



Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 1 | März 2012 | 13. Jahrgang

Herausgegeben von

Maria Borcsa
Michael Broda
Volker Köllner
Henning Schauenburg
Wolfgang Senf
Barbara Stein
Bettina Wilms

Diagnostik und Evaluation



Diagnostik und Evaluation

Herausgegeben von Volker Köllner und Henning Schauenburg

März 2012 · 13. Jahrgang · Seite 1–98

1 · 2012



Volker Köllner



Henning Schauenburg

Editorial

1 Diagnostik und Evaluation – zähneknirschend oder neugierig?

Henning Schauenburg · Volker Köllner

Standpunkte

2 Psychotherapie braucht strukturierte Diagnostik!

Jürgen Hoyer · Susanne Knappe

6 Risiken und Nebenwirkungen strukturierter Diagnostik – Oder: Wie viel strukturierte Diagnostik braucht Psychotherapie?

Eva Maria Meiser-Storck

Aus der Praxis

Richtungen und Verfahren

10 Therapieverlaufs- und Ergebnismessung im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung

Katharina Köck · Wolfgang Lutz

16 Mit Karte und Kompass – OPD im Alltag

Johannes C. Ehrenthal

22 Klinische Ressourcendiagnostik

Bodo Klemenz

26 Wer findet was? – Vergleich von klinischer Diagnostik und strukturiertem Interview bei Angst- und Anpassungsstörungen

Saskia Terber · Isabella Untersinger · Volker Köllner

Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

30 Diagnostik in der Traumatherapie

Laura Pielmaier · Andreas Maercker

36 Depressionsfragebögen für den alltäglichen klinischen Einsatz

Benjamin Gierk · Inka Wahl

41 Diagnostik bei somatoformen Störungen und chronischem Schmerz

Claas Lahmann · Andreas Dinkel

46 Löst „CSSD“ die somatoformen Störungen ab?

Heinz Rüdell · Winfried Rief · Joel Dimsdale

49 Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

Serge Sulz

54 Diagnostik und Evaluation in der Klinischen Bewegungstherapie

Alexander Heimbeck · Katharina Alexandridis

60 Psychotherapieevaluation: Empfehlungen für niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten*Jens Heider · Alexandra Zaby***65 Das Dokumentationssystem Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für die ambulante Versorgung (DSP)[®]***Bernhard Palmowski***68 Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AKQUASI***Benjamin Zimmer · Markus Moessner***72 Diagnostik in der psychosomatischen Rehabilitation***Markus Bassler · Birgit Watzke · Volker Köllner*

Interview**77 „Gutes tun und es auch zeigen“ – Psychotherapeuten und Qualitätssicherung***Hans-Jochen Weidhaas im Gespräch mit Henning Schauenburg*

DialogLinks**81 Mit der Lizenz zum Testen – Testverfahren aus dem Internet***Sonja Heintz · Nadine Wunder*

DialogBooks**86 Buchempfehlungen***Daniela Matte*

Résumé**89 Diagnostik und Therapieevaluation – doch eher eine Chance?***Volker Köllner · Henning Schauenburg*

Im Dialog**91 Allgemeine Psychoedukation in der Akutpsychosomatik am Beispiel einer Tagesklinik***Andreas A. B. Joos · Brigitte Kemter · Angelika Schmidt · Kristina Flößer · Thomas Unterbrink · Michael Wirsching · Armin Hartmann · Almut Zeeck*

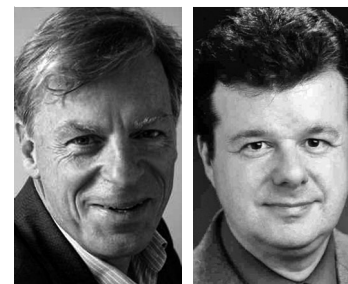
96 Herausgeberteam**97 Impressum****98 Vorschau**

www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich.

Indexiert in PSYINDEX

Diagnostik und Evaluation – zähneknirschend oder neugierig?



Henning Schauenburg · Volker Köllner

Die PiD hat sich diesmal ein auf den ersten Blick etwas trockenes Thema ausgesucht. Und noch dazu eines, das in Psychotherapeutenkreisen hochgradig ambivalent besetzt ist. Diagnostik? „Machen wir, weil wir müssen.“ „ICD ist doch für unser Feld kaum relevant“, „ist trivial und haben wir doch alle in der Ausbildung schon gelernt“. Oder: „verzerrt nur den therapeutischen Kontakt und engt uns ein“. Das ist nur ein Teil der typischen Reaktionen auf das Thema standardisierte Diagnostik. Diese hat also im Feld der Psychotherapie einen zwiespältigen Ruf.

Und Evaluation, also die normierte Erhebung von Veränderungen durch Psychotherapie, sei es im Verlauf, sei es zum Ende einer Therapie? Obwohl jeder im Prinzip den Sinn anerkennt, therapeutische Ergebnisse zu dokumentieren, ist angesichts des Wissens um die Komplexität von Veränderungen und deren Dynamik und Dauerhaftigkeit die Skepsis gegenüber standardisierten Erhebungen groß. Wie können wir Sie also für unser neues Heft erwärmen?

Es ist richtig, Diagnostik ist einerseits Grundlage unseres Handelns, insofern wir erst dann sinnvoll therapeutisch tätig werden können, wenn wir die Probleme unseres Gegenübers, wenn nicht verstanden, so doch wenigstens eingeordnet haben. Aber dann ist es mit der Akzeptanz auch schon schnell vorbei. Die von den Krankenkassen geforderte Vergabe von ICD-Ziffern hängt nicht unbedingt mit den lebens- und alltagsnahen Belastungen und Symptomen unserer Patienten zusammen – geschweige denn, dass sie deren Hintergrund erhellen. Viele von uns sehen die Vergabe solcher Ziffern als notwendigen, ungeliebten und ein wenig kränkenden (uns und die Patienten!) Akt an. Und schwierig ist das allemal nicht. Auf der anderen Seite: Wie genau ist un-

ser durch die Routine beeinflusster Blick wirklich, wie tief dringen wir in die Begleitsymptome, Folgeerscheinungen einer Symptomatik wirklich systematisch ein? Könnte es nicht sein, dass es uns mit einem solchen Selbstbild des routinierten diagnostischen Blicks so geht wie den bekanntlich 85% aller Autofahrer, die fest der Überzeugung sind, besser als der Durchschnitt zu fahren? Vielleicht ist unsere Perspektive manchmal doch ein wenig begrenzt und wir können von standardisierten diagnostischen Verfahren durchaus Nutzen im Interesse unserer Patienten ziehen.

Und Evaluation? Wir als Therapeuten wissen doch, wie es unserem Patienten und Klienten geht und wie erfolgreich oder auch begrenzt die gemeinsamen therapeutischen Bemühungen ggf. sind. Dafür brauchen wir keine Fragebögen mit ihrer problematischen Validität und begrenzten Reichweite – oder?

Aber vielleicht entgehen uns trotz unserer Erfahrungen manche unterschweligen therapeutischen Prozesse oder auch sogar gelegentlich gravierende Dinge, die das tatsächliche Endergebnis eines therapeutischen Prozesses in anderem Licht erscheinen lassen können.

Systematische Evaluationen mit einer großen Zahl von Therapeuten ergaben, dass es den perfekten Therapeuten nicht gibt, dass sich bei genauerem Hinschauen bei jedem Bereiche finden lassen, in denen wir unseren Patienten nicht so gut helfen können, wie andere. Es gibt also immer etwas zu tun und zu lernen und Evaluationsverfahren können uns, wenn wir möchten, evtl. sogar genau sagen, wo. Ein spannendes Feld.

Sie merken, die Diskussion um Sinn und Zweck von Diagnostik und Evaluation berührt den Kern unseres Selbstverständnisses. Es könnte sein, dass wir hier niemals zufrieden sein dürfen, weil uns dies

in trügerischer Sicherheit wägen und uns auch unsere Aufgabe vergessen lassen würde, gemeinsam mit unseren Patienten sowohl nach einem immer tieferen Verständnis als auch nach immer umfassenderen „Lösungen“ zu suchen.

Gleichzeitig stellt die Gesellschaft in Gestalt der Kostenträger zunehmend durchaus nachvollziehbare Fragen nach der Legitimität und dem Ergebnis unseres Handelns. Auch wenn wir uns der Wirksamkeit unseres Handelns einigermaßen sicher sein können, sind dennoch im Bereich der Versorgung nicht alle Fragen beantwortet. Wir finden deshalb, dass das ungeliebte Thema ausgezeichnet gerade jetzt in die PiD passt.

Wir haben uns bemüht, sowohl die spannungsreiche Dialektik von Nutzen und Begrenzung diagnostischer und bewertender Prozesse zu beschreiben als auch praktische Handlungsanleitungen, z.T. für Krankheitsbilder, z.T. für therapeutische Settings zu geben. Die hilfreichen Möglichkeiten des Internets werden ebenso beschrieben wie die grundsätzlichen Möglichkeiten, die uns die EDV in diesem Bereich bietet. Zuletzt sprechen wir mit Hans-Jochen Weidhaas, der als erfahrener Ständesfunktionär und inzwischen Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV einen guten Einblick in die gesamtgesellschaftlichen und standespolitischen Aspekte der Legitimierung von Psychotherapie hat.

Wenn wir also trotz der Ambivalenz gegenüber dem Thema den einen oder die andere mit diesem Heft anregen, sich der Auseinandersetzung zu stellen, vielleicht tatsächlich mit der Möglichkeit und Chance der Diagnostik und vor allem der Evaluation eigener Therapien etwas zu spielen, ohne dies deshalb gleich zu absolut zu setzen, dann würde uns das freuen.

Psychotherapie braucht strukturierte Diagnostik!

Jürgen Hoyer · Susanne Knappe

Zusammenfassung Strukturierte klassifikatorische Diagnostik ist für die klinisch-psychologische Forschung von kardinaler Bedeutung. Epidemiologie, Grundlagenforschung, Psychotherapieforschung sind ohne reliable und valide Diagnostik nicht denkbar. Aber brauchen wir strukturierte Diagnostik in Form von diagnostischen Interviews oder Selbstbeurteilungsverfahren auch in der Praxis der Psychotherapie? Ist durch eine stärker standardisierte diagnostische Praxis ein echter Zugewinn bei den Erfolgsraten der Therapie zu erwarten? Lassen sich so Misserfolge minimieren? Im vorliegenden Beitrag werden die Argumente vorgestellt, die für den Einsatz psychologischer Testverfahren und insbesondere für eine strukturierte Diagnostik sprechen: Vorteile ergeben sich dabei nicht nur im Hinblick auf Fragen der Qualitätssicherung und Professionalisierung psychotherapeutischen Handelns; sie helfen auch, den therapeutischen Prozess transparenter und effektiver für TherapeutIn und PatientIn zu gestalten.

Schlüsselwörter

- ◉ standardisierte Diagnostik
- ◉ Reliabilität
- ◉ Qualitätssicherung
- ◉ Prozessqualität
- ◉ Akzeptanz von Maßnahmen

Wie die Attributionsforschung zeigt, machen sich Menschen fast ununterbrochen, wenn auch meist nur implizit, „einen Reim“ auf das, was sie sehen und erleben. Je nachdem, worauf sie das zurückführen, was passiert, werden sie ihr Handeln ausrichten. Diagnostik im weitesten Sinne, als eine Einordnung von Dingen und Erlebnissen, findet schlichtweg statt, egal ob wir wollen oder nicht. Das ist in der Psychotherapie nicht anders. Nur erwartet die behandlungsbedürftige Person mit Recht, dass die Diagnostik der TherapeutIn professionell, wissenschaftlich fundiert und möglichst präzise ist. Diese Erwartung ist nachvollziehbar und gerechtfertigt, und die helfende Profession sollte sie so gut wie möglich erfüllen!

Diagnostik und Psychotherapie sind untrennbar verbunden. Diagnostik in der Psychotherapie umfasst vielfältige Funktionen: Sie wird gebraucht, um das Problem oder die Störung zu beschreiben und zu analysieren, um mögliche Zielbereiche zu definieren und die richtigen Interventionsstrategien zu identifizieren und schließlich den Behandlungserfolg zu prognostizieren. Sie erfüllt eine zwingend

notwendige Kontroll- und Steuerungsfunktion, nämlich die Dokumentation und Evaluation des Behandlungsfortschrittes (vgl. Hoyer u. Uhmann 2008, Lai-reiter 2000). Nicht zuletzt erfüllt Diagnostik aber auch eine therapeutische Funktion: Symptome, die einzuordnen sind und für die es etwa Behandlungsleitlinien gibt, sind in der Regel weniger beängstigend als Symptome unklarer Natur. Trotzdem enthalten einige PsychotherapeutInnen ihren PatientInnen die Information über ihre Diagnose offenbar vor: In einer Studie aus dem Jahr 2006 konnten sich jedenfalls 30% der PatientInnen, die einen Fragebogen über ihre Depressionstherapie beantworteten, nicht erinnern, jemals klar über die Diagnose informiert worden zu sein. Bemerkenswert dabei: Diese Subgruppe der PatientInnen wies am Ende gegenüber denjenigen, denen ihre Diagnose mitgeteilt wurde, einen signifikant *geringeren Behandlungserfolg* auf (Hoyer, Helbig u. Wittchen 2006). Gerade die klassifikatorische Funktion der Diagnostik – nämlich die nachvollziehbare Zuordnung der berichteten Symptomatik zu diagnostischen Kriterien und zu einer prüfbareren Diagnose – scheint trotz solcher Ergebnisse immer noch umstritten. Das ist ein Fehler! Eine strukturierte klassifikatorische Diagnostik bringt klare Vorteile nicht nur für die Forschung, sondern auch und in erster Linie für PatientInnen und TherapeutInnen: Minimierung potenzieller Fehlerquellen, Transparenz und Struktur des therapeutischen Vorgehens, frühzeitige Identifikation des Behandlungsfokus und gezielte Zuweisung zu Behandlungsstrategien – also letztlich gar eine Verhinderung diagnostischer Fehler mit möglicherweise weitreichenden Folgen für PatientInnen und Vorbeugung von Frustration über einen „schwierigen“ Behandlungsverlauf für TherapeutInnen.

Korrespondenzadresse

- ◉ Prof. Dr. Jürgen Hoyer
Institut für Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Straße 46
01187 Dresden
hoyer@psychologie.tu-dresden.de

Auch ein professioneller diagnostischer Prozess muss Fehlerquellen berücksichtigen.

Dass klassifikatorische Entscheidungen oft schwer zu treffen sind, liegt in der Natur der Sache. Die Komplexität menschlichen Erlebens und Verhaltens „in Schubladen zu pressen“ verlangt Vereinfachung, Reduktion und Abstraktion. Das ist durchaus nicht einfach, mitunter mit Fehlern behaftet – und dennoch ein Muss in der Psychotherapie! So nennt Stieglitz (2000) die *Subjekt- bzw. Situationsvarianz* (eine PatientIn wird zu zwei verschiedenen Zeitpunkten die Symptome ihrer Störung immer unterschiedlich erleben und darstellen), die *Informationsvarianz* (unterschiedliche Untersucher haben unterschiedliche Informationen zur Verfügung), die *Beobachtungsvarianz* (verschiedene Beobachter legen ihr Augenmerk auf verschiedene Merkmale und gewichten sie anders) und die *Kriterienvarianz* (verschiedene Beurteiler haben unterschiedliche – oft implizite – Kriterien hinsichtlich einer Störung). Die Entwicklung klarer Kriterien für psychische Störungen in den klassifikatorischen Systemen ICD und DSM hilft, das letztgenannte Problem zu minimieren; der Einsatz strukturierter Interviews kontrolliert zudem die Informations- und Beobachtungsvarianz deutlich. Derartige Interviews sind für Epidemiologie, klinische Grundlagen- und Psychotherapieforschung längst unverzichtbar geworden und halten zunehmend Einzug in die psychotherapeutische Praxis.

Im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitet sind das Diagnostische Interview psychischer Störungen (DIPS; Schneider u. Margraf 2011), das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen, Zaudig u. Fydrich 1997) und das Computerisierte International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen u. Pfister 1997). Strukturierte Interviewleitfäden wie das DIPS und das SKID geben die Fragen lediglich vor und verlangen vom Urteiler die diagnostische Entscheidung darüber, ob der Bericht der PatientInnen für die Erfüllung eines diagnostischen Kriteriums spricht. Deshalb wird für das DIPS und auch das SKID eine Durchführung nur von diagnostisch/psychotherapeutisch erfahrenem Personal empfohlen. Insbesondere das DIPS erlaubt auch die Ableitung verhaltenstherapeutisch-relevanter Aspekte für die Antragsstellung und Therapieplanung. Das standardisierte CIDI hingegen verfolgt auch eine Codierung der Antwort, um die Beobachtervarianz weiter zu minimieren, sodass dieses In-

strument auch von trainierten Laien wie etwa Sprechstundenhilfen, Pflegepersonal, Praktikanten etc. durchgeführt wird. Die computerisierte Version des CIDI ermöglicht zudem eine rasche und objektive Auswertung nach ICD und/oder DSM-Kriterien quasi auf Knopfdruck, von der Ebene einzelner Symptome bis hin zum Diagnoseschlüssel.

Alle Interviews liegen mittlerweile in verschiedenen Formen, u.a. für Kleinkinder (Baby-DIPS; Schneider u. Wolke 2007) und Frauen (CIDI-V; Martini et al. 2009), für die spezielle Erfassung einzelner Symptomgruppen wie etwa Substanzkonsum und in Kurz- und Langversionen (z. B. Mini-DIPS; Margraf u. Schneider 1994) vor und werden – nicht nur in unserem Institut – von TherapeutInnen und PatientInnen als effektive und zugleich umfassende Form der klassifikatorischen Diagnostik geschätzt. Die Reliabilität und Validität dieser diagnostischen Instrumente sind dem klinischen Urteil deutlich überlegen (vgl. zusammenfassend Knappe et al. 2008).

Immer wieder gibt es Einwände und Hemmnisse, diagnostische Interviews in der klinischen Praxis einzusetzen. Für eine wissenschaftliche Überlegenheit der intuitiven klinischen Diagnose wird jedoch nur vereinzelt argumentiert (z. B. Becker et al. 2006). Viel häufiger scheinen praktische Erwägungen gegen die vermeintlich relativ aufwendigen Interviews zu sprechen: vor allem der Zeit- und Auswertungsaufwand. Ferner dürfte sich so manche KollegIn angesichts vorgegebener Fragenabfolgen ihrer Kunst beraubt fühlen, schnell diagnostische Heuristiken zu entwickeln und diese durch geeignete Fragen flexibel zu überprüfen. Auch den PatientInnen ist es vermeintlich lieber, gleich in den hilfreichen Kontakt, in die Therapie, einzusteigen, als sich dem aufwendigen Vorgeplänkel der Diagnostik unterziehen zu müssen. Menschlich verständlich ist das. Aber trotzdem: Sind solche Interviews in der Praxis nicht doch machbar und nützlich? Der zeitliche Aspekt allein mag auf den ersten Blick dagegen sprechen; neben Zeit für eine Schulung zur Durchführung und Auswertung (zumindest für SKID und CIDI) werden pro Interview ca. 90 Minuten veranschlagt; ggf. bedarf es eines zusätzlichen Termins, wenn stark belastete Patienten eine Pause benötigen bzw. eine sehr umfangreiche Symptomatik berichten.

Auf den zweiten Blick ergeben sich jedoch erhebliche Vorteile: Aufgrund der umfassenden und vollständigen Symptombe-

schreibung sowie der Einordnung in die diagnostischen Systeme erübrigt sich eine zeitraubende, und manchmal für Patienten auch irritierende Nachexploration; der Behandlungsfokus kann möglichst früh bestimmt und bearbeitet werden. Dies zeigt, dass diagnostische Interviews in der Praxis durchführbar sind – ihr Nutzen steht ohnehin außer Frage.

An der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden behandeln wir seit mehr als einem Jahrzehnt PsychotherapiepatientInnen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie. Dabei gehen wir, was die klassifikatorische Diagnostik anbetrifft, etwas ungewöhnlich vor. Der Erstkontakt zur TherapeutIn erfolgt erst nach der – in unserem Fall: standardisierten – Diagnostik. Warum diese Abfolge? Die Antwort: Die Entscheidung, ob eine Richtlinienpsychotherapie indiziert ist und ob sie sozialrechtlich zu begründen ist, hängt ganz wesentlich mit dem (gemäß Psychotherapierichtlinien) „Anwendungsbereich“ (also letztlich mit der Diagnose) zusammen. Erst wenn feststeht, ob und welche Diagnose(n) gegeben sind, erfolgt die Zuweisung zur Ausbildungs- oder zur Forschungs- und Lehrambulanz oder zu anderen Behandlungs- und Beratungsangeboten. Der erste genuin therapeutische Kontakt erfolgt also erst, wenn bereits abgeklärt ist, dass bei der gegebenen psychischen Störung eine Verhaltenstherapie mit hoher Wahrscheinlichkeit indiziert ist. Das erscheint uns eine gute Voraussetzung für eine Therapie, aber eben auch für eine gute therapeutische Beziehung zu sein. Umgekehrt gilt: Die TherapeutIn kann relativ sicher sein, dass sich nicht erst im Verlauf herausstellt, dass gar keine psychische Störung gegeben ist und eigentlich eher eine Beratung indiziert ist. Auch hier kann also ein diagnostisches Interview helfen, frühzeitig den Behandlungsfokus und ggf. das weitere Prozedere (wie etwa die gezielte Zuweisung zu anderen Versorgungsstrukturen oder auch spezialisierten Behandlern) reliabel zu bestimmen.

Sicherlich ist dieses Vorgehen in einer Einrichtung mit einem größeren Behandlungsteam leichter durchzuführen als in der niedergelassenen Psychotherapiepraxis. Aber auch dort ist es machbar. Zwei der fünf probatorischen Sitzungen für die strukturierte Diagnostik aufzuwenden, erscheint handhabbar und legt sichere Grundlagen für die weiteren Indikationsentscheidungen. Was die Patienten davon halten, haben wir übrigens bei einer

größeren Stichprobe erfragt. Die überwältigende Mehrheit der PatientInnen hält die standardisierte Diagnostik für gut. 88% der PatientInnen begrüßten, dass in dem Interview exakte und detaillierte Fragen gestellt wurden. Nur 4,9% fanden es in irgendeiner Weise störend, dass Fragen und Antworten per Computer bearbeitet wurden. Obwohl dies nicht das primäre Ziel der Diagnostik ist, war die Aussage von 76% der PatientInnen erfreulich, die das Interview angenehm oder sehr angenehm fanden (Hoyer et al. 2006). Kontraindikationen sind selbstverständlich zu erwähnen. Bei akuten Notfallsituationen oder bei akuten schweren psychischen Störungen (Psychosen) sind (standardisierte) Interviews nicht anzuwenden. Bei Älteren und ggf. bei Patienten mit einer Vielzahl komorbider Störungen dauern die Interviews oft außergewöhnlich lang und müssen ggf. auf zwei Termine verteilt werden.

Sicherlich werden manche PatientInnen möglicherweise zunächst etwas anderes erwarten, nämlich die Möglichkeit, ausführlich und in freier Form von ihren Problemen zu berichten, „das Herz auszuschnitten“ und so eine Entlastung zu erfahren. Unserer Erfahrung nach ist es aber wenig problematisch, die PatientInnen von dem strukturierten Vorgehen zu überzeugen, wenn sie von Anfang an darüber aufgeklärt werden und die Funktion der Diagnostik angemessen erläutert wird. Auf eine umfassende und vollständige Diagnostik zu verzichten, solange die PatientIn emotional in Not ist, kann jedenfalls nicht die Alternative sein.

Strukturierte Diagnostik wird in der Regel durch Tests im Sinne von Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren oder durch strukturierte Tagebücher ergänzt. Selbstbeurteilungsinstrumente sind dabei insbesondere im Rahmen einer aussagefähigen Verlaufs- und Ergebnisevaluation unerlässlich (Hoyer u. Uhmann 2008). Besonders die Beurteilung inter- und intraindividuelle Abweichungen wird durch normierte Instrumente erheblich erleichtert. Idiografische und normorientierte Diagnostik sind alternative Zugänge, die das gleiche Phänomen auf verschiedenen Messebenen, und damit vollständiger, beschreiben (Hoyer, Margraf u. Schneider 2008). Der Aufwand selbst für das fortlaufende Ausfüllen und Auswerten, zum Beispiel eines Depressionsfragebogens, ist dabei gering.

Was passiert, wenn eine standardisierte Diagnostik fehlt? Der klinische Eindruck

ist immer Teil der Diagnostik, er entscheidet zum Beispiel über den Einsatz (Testierfähigkeit: ja oder nein), sowie Art (welche Instrumente) und Umfang (Dauer) der Diagnostik und fließt bei der Gesamtschau aller diagnostischen Befunde ein. Der Ableitung von Diagnosen allein anhand des klinischen Eindrucks oder anhand freier Explorationen fehlt es jedoch an der Replizierbarkeit, was für die weitere (Behandlungs-)Planung und Prognose ernsthafte Nachteile haben kann (Knappe u. Hoyer 2010). Fehldiagnosen oder das Nichterkennen komorbider Störungen sind nie gänzlich auszuschließen; sie sollten aber so weit wie möglich minimiert werden. Besonders wichtig sind dabei Halo-Effekte, die entstehen, wenn nach einer vermeintlichen Hauptdiagnose gesucht wird. Ist sie einmal gefunden, werden weitere Symptome durch die Hauptdiagnose „überstrahlt“ oder werden durch diese erklärbar. So ist eine depressive Episode augenscheinlich recht gut zu erkennen, wenn der Patient über Antriebsmangel, fehlendes Interesse, Rückzug und Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung klagt. Vorbestehende und nicht selten die Rezidive einer Depression verursachende Angststörungen werden aber oft übersehen, solange die Diagnostik nicht systematisch und strukturiert vorgenommen wird.

Das Nichterkennen einer Störung muss nicht notwendigerweise zu gravierenden Nachteilen für den Patienten führen. In manchen Fällen liegen der behandelten und der nicht-behandelten Störung die gleichen psychologischen Vulnerabilitäten zugrunde. Werden diese gut behandelt, so bessert sich gegebenenfalls auch die nicht behandelte Störung. So haben Untersuchungen von Borkovec gezeigt, dass erfolgreiche Behandlungen einer generalisierten Angststörung in der Mehrzahl der Fälle auch zu einem Rückgang komorbider Panikstörungen führte (Borkovec, Abel u. Newman 1995). Eigene Daten zeigen, dass komorbide sexuelle Funktionsstörungen nach erfolgreicher Angst- oder Depressionsbehandlung remittieren, ohne explizit behandelt worden zu sein (Hoyer et al. 2009). Dieser „positive Ansteckungseffekt“ mag vielen TherapeutInnen bekannt sein und sie bewegen, an ihrer intuitiv-klinischen Diagnostik festzuhalten. Dennoch gilt aber: Allein auf einen „globalen Therapieeffekt“ zu setzen, der auf alle komorbiden Störungen generalisiert, wäre schlicht fahrlässig und inakzeptabel.

Hierzu ein Fallbeispiel:

» Eine ca. 35-jährige Patientin stellte sich in der Institutsambulanz vor und durchlief zunächst das oben dargestellte diagnostische Prozedere. Mittels der computerisierten Version des CIDI wurden eine schwere rezidivierende depressive Störung und eine Soziale Phobie diagnostiziert. Die soziale Angst der Patientin, insbesondere die Angst vor Autoritäten, war so schwer, dass sie auch im Kontakt zum Behandler spürbar war, denn die Patientin wirkte sehr befangen und submissiv. Trotz zahlreicher stationärer Behandlungsintervalle in der Psychiatrie innerhalb der letzten 15 Jahre, wurde zu keinem Zeitpunkt die Soziale Phobie diagnostiziert. Die detaillierten CIDI-Informationen etwa zum Alter bei Erstauftreten von Symptomen ergaben, dass die Patientin schon seit ihrer Kindheit unter starken Symptomen der Sozialen Angststörung einschließlich sozialer Vermeidungstendenzen litt. Die Soziale Phobie ging außerdem der ersten Episode der depressiven Störung voraus und trat auch unabhängig von den depressiven Episoden auf. Aufgrund dieser neuen diagnostischen Einschätzung ergab sich eine Fallkonzeption, die sich deutlich vom früheren Behandlungsansatz „Depression“ unterschied: Die Belastung durch die Soziale Phobie löste immer wieder neue depressive Episoden aus. Wir vereinbarten, so bald wie möglich die sozialen Ängste zu behandeln und definierten diesbezügliche Verhaltensziele (z.B. Kollegen auf der Arbeit um Hilfe bitten; im Urlaub mit Leuten in Kontakt kommen etc.). Die Patientin erlebte allein schon durch diesen neuen Zugang und diese neue Erklärung ihrer Symptomatik eine erhebliche Reduktion ihrer anfänglichen Hoffnungslosigkeit. Beide Störungen waren am Ende einer verhaltenstherapeutischen Langzeittherapie vollremittiert. Circa drei Jahre nach dem ersten Behandlungsintervall kam es in Zusammenhang mit einer Extrembelastung zu einem Rückfall, eine stationäre Behandlung war allerdings nicht nötig, da die Beeinträchtigung viel geringer als in früheren Störungsepisoden war. Die Patientin ist nach der zweiten Behandlung mit Kurzzeit-Verhaltenstherapie seit über fünf Jahren störungsfrei. «

Diagnostische Interviews und psychometrische Tests helfen, Verschlechterung der Symptomatik und Behandlungserfolge zu verhindern. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlern und Misserfolgen in der Psychotherapie ist gegenüber der Erfolgsfor-

schung deutlich unterrepräsentiert. Eigene Daten zeigen, dass messbare Verschlechterungen und als Misserfolg einzustufende Behandlungen eher selten sind (Jacobi, Uhlmann u. Hoyer, im Druck). Trotzdem gilt es, diese weiter zu minimieren. Aus unserer Sicht ist es dabei eher wahrscheinlich, dass eine große Zahl der Misserfolge letztlich auf diagnostische Fehler zurückgeht, wie sie bei der klinischen Urteilsbildung schlichtweg häufiger auftreten als bei einer standardisierten oder strukturierten Diagnostik. Niemand wird z.B. mit einer Depressionsbehandlung Erfolg haben, wenn diagnostisch eine manische Episode, und damit eine bipolare Störung, übersehen wurde. Die Behandlung einer Essstörung wird kaum Erfolg haben können, wenn eigentlich eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vorliegt und das Essverhalten de facto der Emotionsregulation dient.

Fazit

Behandlungsbedürftige Personen dürfen eine professionelle, wissenschaftlich fundierte und präzise Diagnostik ihrer Beschwerden erwarten. Das Ergebnis des diagnostischen Prozesses entscheidet über die Zuweisung zu Behandlern und Behandlungsstrategien, und damit letztlich über das „Wohl und Wehe“ der PatientInnen. Die Berufsordnung der PsychotherapeutInnen verlangt eine Behandlung nach aktuellsten Standards; eine strukturierte / standardisierte Diagnostik hilft diese Standards zu erfüllen. Potenzielle Fehlerquellen klinischer Urteile werden minimiert, eine reliable und valide Dokumentation und Evaluation des Behandlungsverlaufes wird möglich, wenn zusätzlich standardisierte Testverfahren eingesetzt werden. Auch ein professioneller diagnostischer Prozess kann fehlerbehaftet sein. Eine gänzlich fehlende strukturierte / standardisierte Diagnostik birgt die Gefahr, relevante Störungen zu übersehen und Behandlung fehlerhaft zu planen; sie stellt letztlich einen groben Behandlungsfehler dar.



Jürgen Hoyer

Prof. Dr., Psychologischer Psychotherapeut, wissenschaftliche Qualifikation in Göttingen und Frankfurt, seit 2002 Leitung der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie (IAP) an der TU Dresden.

Forschungsschwerpunkt: verhaltenstherapeutische Behandlung der Angststörungen.



Susanne Knappe

Dr. rer. nat., Studium der Psychologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, 2007 Aufnahme des Weiterbildungsstudiengangs „Psychologische Psychotherapie“, therapeutische Tätigkeit in der Instituts- und Forschungsambulanz (IAP) der Technischen Universität Dresden. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden. 2010 Promotion zum Thema „Familial Risk Factors for the Onset and Course of Social Anxiety Disorder. A Community-Based Study in Adolescents and Young Adults“ an der Technischen Universität Dresden. Seit 2011 tätig im einem EU-weiten Projekt „ROAMER – A Roadmap for Mental Health in Europe“.

Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie und Verlauf von Angststörungen (insbesondere Sozialer Phobien), familiäre Transmission psychischer Störungen.

Literatur

- Becker J, Kocalevent R-D, Rose M et al. Standardisierte Diagnosefindung: Computergestützte (CIDI) – versus klinische Diagnosestellungen an einer psychosomatischen Stichprobe. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2006; 56: 5–14
- Borkovec TD, Abel JL, Newman H. Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 479–483
- Hoyer J, Helbig S, Wittchen H-U. Experiences with psychotherapy for depression in routine care: a naturalistic patient survey in Germany. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2006; 13: 414–421
- Hoyer J, Margraf J, Schneider S. Fragebogen, Ratingskalen und Tagebücher für die verhaltenstherapeutische Praxis. In: Margraf J, Schneider S, Hrsg. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. 3. erweiterte Aufl. Heidelberg: Springer; 2008: 409–433
- Hoyer J, Scholz D, Ruhl U et al. Patients' feedback after computerized clinical diagnostic interviews for mental disorders. *Psychotherapy Research* 2006; 16: 357–363
- Hoyer J, Uhlmann S. Therapieevaluation. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2008; 1: 84–106
- Hoyer J, Uhlmann S, Rambow J et al. Reduction of sexual dysfunction: By-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Sexual and Relationship Therapy* 2009; 24: 64–73
- Jacobi F, Uhlmann S, Hoyer J. Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie im Druck*
- Knappe S, Hoyer J. Brauchen wir strukturierte und standardisierte Interviews zur Diagnostik? *Psychiatrie Up2Date* 2010; 4: 134–135
- Knappe S, Runge J, Beesdo K et al. Diagnostik psychischer Störungen: „Gold“ oder „Blech“ Standard? – Kritische Randbemerkungen zu standardisierten diagnostischen Instrumenten und der Bewertung klinischer Routinediagnosen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2008; 58: 72–75
- Laireiter AR. Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In: Laireiter AR, Hrsg. *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer; 2000: 3–23
- Margraf J, Schneider S. Mini-Dips: Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen: Kurzfassung. Berlin: Springer; 1994
- Martini J, Wittchen H-U, Soares CN et al. New women-specific diagnostic modules: the Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-VENUS). *Archives of Womens Mental Health* 2009; 12: 281–289
- Schneider S, Margraf J. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Vol. 4. Heidelberg, Berlin: Springer; 2011
- Schneider S, Wolke D. Interview zur Erfassung des Schrei-, Schlaf- und Fütterverhaltens von Babys (Baby-DIPS). Basel: Universität Basel, Eigendruck; 2007
- Stieglitz R-D. Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2000
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe; 1997
- Wittchen H-U, Pfister H. DIA-X-Interviews: Manual für Screening Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X Lifetime); Interviewheft Querschnittsuntersuchung (DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-1 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittsuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt: Swets & Zeitlinger; 1997

Risiken und Nebenwirkungen strukturierter Diagnostik

Oder: Wie viel strukturierte Diagnostik braucht Psychotherapie?

Eva Maria Meiser-Storck

Zusammenfassung Der Einsatz strukturierter Diagnostik im wissenschaftlichen Kontext steht derzeit außer Frage. Allerdings nimmt der Einsatz strukturierter Diagnoseverfahren auch in der klinischen Praxis z. B. zur Therapieevaluation immer mehr zu. Der Artikel befasst sich mit Risiken und Nebenwirkungen strukturierter Testdiagnostik im klinischen Alltag, welche z. B. durch die Störanfälligkeit der Selbstbeurteilungsbögen, mangelnde Überlegungen zu Ökonomie, Zumutbarkeit und Nützlichkeit oder auch durch die Vernachlässigung der therapeutischen Beziehungsgestaltung bzw. Beeinflussung des therapeutischen Prozesses aufgrund intensiver Therapieevaluation provoziert werden können. Durch eine pointierte Darstellung dieser Kritikpunkte soll der Dialog zwischen Testbefürwortern und Testkritikern angeregt werden, um einen sinnvollen Einsatz strukturierter Diagnostik für den klinischen Alltag zu finden.

Schlüsselwörter

- klinische Diagnostik
- strukturierte Diagnostik
- Selbstbeurteilungsverfahren
- klinische Interviews
- Ökonomie
- Zumutbarkeit
- Nützlichkeit
- therapeutische Beziehungsgestaltung
- therapeutischer Prozess

Korrespondenzadresse

- Dipl.-Psych. Eva Maria Meiser-Storck
Fachklinik für Psychosomatische
Medizin
Mediclin Bliestalkliniken
66440 Blieskastel
Eva-Maria.Meiser-Storck@mediclin.
de

Einleitung

Die Kritik an psychologischen Testinstrumenten ist vielfältig. Sie reicht von grundsätzlicher Infragestellung der theoretischen Grundannahmen bis hin zur Kritik an bestimmten Durchführungsbedingungen. Während die „seriöse“ wissenschaftliche Kritik an Gütekriterien, Testkonstruktion, Normierung etc. an einzelnen Testverfahren berechtigt erscheint, werden grundsätzlichere Bedenken der erfahrenen, oftmals niedergelassenen Kollegen von den Testbefürwortern belächelt oder abgetan. Leider scheinen hier die Fronten etwas verhärtet, da keiner mehr dem anderen wirklich zuhört. Oftmals mischen sich unter die Testkritiker, denen zuzuhören sich lohnen würde, Polemiker, welche fundierte, erfahrene Aussagen in den Hintergrund treten lassen und versuchen, mit ausgefeilter Eloquenz und viel Engagement, aber wenig durch klinische Erfahrung belegbare Aussagen die Testbefürworter zu überzeugen. Das geht in zweierlei Hinsicht schief. Erstens hören die Testbefürworter nach spätestens zwei Sätzen nicht mehr zu, da die Testgegner schon in einer Schublade für unfundierte Polemik gelandet sind, zweitens könnte eine sol-

che Kritik ja auch bedrohlich sein und die eigene vermeintliche Daseinsberechtigung, die sich vielleicht bei dem einen oder anderen an fundierten Testergebnissen misst, infrage stellen.

Sicher ist ein annähernder Dialog für beide Seiten hilfreich. Dieser Artikel versucht diesen Dialog anzuregen. Er stellt keinen wissenschaftlichen Anspruch, er orientiert sich an der klinischen Erfahrung. Die Kritikpunkte finden ihren Beleg auch im klinischen Alltag. Der Schwerpunkt soll allerdings auf dem Versuch liegen, zunächst möglicherweise unbegründet wirkende Bedenken vor dem Hintergrund des klinischen Alltags ernst zu nehmen und zu beleuchten mit dem Ziel, eine „ungiftige“, sinnvolle, aber auch notwendige Testdosis im klinischen Alltag zu finden.

Vorab einige Überlegungen zu Definition und Zielsetzung von Diagnostik: Diagnostik beschreibt die Zuordnung eines Diagnosenamens zu einem bestimmten klinischen Störungsbild (Hiller et al. 2004). Ziele der Diagnostik sind die Ordnung der Vielfalt psychischer Auffälligkeiten und die Subsumierung unter Allgemeinbegrifflichkeiten sowie die Verbindung der Diagnosen mit einer Reihe von Informationen wie z. B. Angaben über Ursachen, Zusammenhänge, Verlauf oder Therapie. Diagnosen dienen also der Arbeitsökonomie, was u. a. einen raschen Informationsaustausch z. B. auch im Schriftverkehr erleichtert. Diagnosen können helfen, Aussagen über Therapierbarkeit zu treffen oder das Störungsbild als krankheitswertig gegenüber Kostenträgern zu verteidigen.

Zusammengefasst dient die Diagnostik und Klassifikation der Vereinheitlichung menschlicher Eigenarten von Krankheitswert, um eine bessere Handhabung derselben und Kommunikation über diese zu ermöglichen. Eine wichtige Funktion für die

Diagnostik psychopathologischer Störungsbilder haben Klassifikationssysteme. Bei der Nutzung der aktuellen Klassifikationssysteme sollte allerdings das Bewusstsein für einen weiteren Optimierungsbedarf trotz der Nützlichkeit und der regelmäßigen Aktualisierung der Systeme präsent sein, was auch für die Anwendung diagnostischer Hilfsmittel, wie z. B. der auf den Klassifikationssystemen basierenden strukturierten Interviews oder Selbst- bzw. Fremdbeurteilungsskalen gilt. So gibt es immer noch Störungsbilder, die durch das Raster der Klassifikation fallen, in keine Kategorie zu passen scheinen. Vor allem die zeitlichen Vorgaben machen die Diagnosevergabe bei Störungsbildern schwierig.

Zudem stellt sich die Frage nach der Definition standardisierter Diagnostik. Hierzu ist es wichtig, das jeweilige diagnostische Vorgehen der erfahrenen Therapeuten zu hinterfragen. Um zu einer Diagnose zu gelangen, richtet sich das Vorgehen sicher nach den vorhandenen Klassifikationssystemen und ist somit eigentlich ebenfalls „standardisiert“. Daraus würde sich die Frage entwickeln, wie viel Standardisierung braucht die klinische Diagnostik? Die Klassifikationssysteme sind entwickelt worden, um eine einheitlichere Diagnosevergabe ökonomisch zu sichern. Stellt nicht das Plädoyer für weitere unterstützende Messinstrumente zur Absicherung einer einheitlichen Diagnosestellung das einfache und risikoarme Handling der Klassifikationssysteme infrage?

Da in der klinischen Psychologie eine Vielzahl von Verfahrensgruppen unterschieden werden (wie z. B. strukturierte Interviews, Verfahren zur Verhaltensbeobachtung, projektive Verfahren, Felddiagnostik etc.), soll hier darauf hingewiesen werden, dass sich dieser Beitrag hauptsächlich mit der kritischen Betrachtung der Anwendung klinischer Untersuchungsverfahren, hauptsächlich von Selbstbeurteilungsskalen und klinischen Interviews im stationären und ambulanten Setting befassen wird. Es folgt der Versuch der Zusammenstellung möglicher Kritikpunkte für den unreflektierten Einsatz standardisierter Testverfahren in der klinischen Praxis zur Anregung von Reflexion und Diskussion zum Thema.

Vielzahl unterschiedlicher Testverfahren

Das Angebot an klinischen Untersuchungsverfahren breitet sich aufgrund der wachsenden Begeisterung für immer wieder neue Testinstrumente mehr und mehr aus. Die Vielzahl der Testinstrumente zur Messung spezifischer Störungs- oder Leistungsbilder und die mangelnde Bereitschaft, das Spektrum der Messinstrumente zum Wohle der eindeutigeren Kommunikation zu reduzieren, führen zu einer unspezifischen Kommunikationsbasis zwischen den Behandlern. Unterschiedliche Messinstrumente kommen beim gleichen Probanden nicht unbedingt zum gleichen Messergebnis.

Vernachlässigung des klinischen Eindrucks

Die Kritik der Vernachlässigung des klinischen Eindrucks wird oftmals dahingehend formuliert, dass Testdiagnostik eher etwas „für Anfänger“ sei. Es wird davon ausgegangen, dass alteingesessene Kollegen die Testdiagnostik nicht mehr benötigen. Aber gerade bei den Berufsanfängern besteht die Gefahr, dass sie durch die Testergebnisse verunsichert und die eigenen diagnostischen Fähigkeiten infrage gestellt werden. In Ausbildung und Schulung sollte daher ebenfalls Wert auf die Schulung der Sensibilität für diagnostische Hinweise innerhalb der therapeutischen Beziehung (wie z. B. Gegenübertragungspänomene) gelegt werden. Hier ist es aber auch wichtig, dass der angehende Therapeut ein gewisses Selbstbewusstsein im Umgang mit Testinstrumenten entwickelt, das ihm auch erlaubt, die Testergebnisse infrage zu stellen, z. B. bei einem BDI von 35 keine schwere depressive Episode zu diagnostizieren, wenn das klinische Bild derselben nicht entspricht, eventuell von einer Verdeutlichungstendenz ausgegangen werden kann, die Ergebnisse im Rahmen einer kurzfristigen Problemaktualisierung erklärbar sind oder die bevorstehende Entlassung das Testergebnis beeinträchtigt. Ebenso sollte z. B. bei besonders guten Testergebnissen ein Augenmerk auf die Neigung des Patienten zu sozial erwünschtem Verhalten oder zur Akquieszenz gerichtet werden. Zudem sollten Therapeuten, die sich intensiver standardisierter Diagnostik bedienen, in der Durchführung der Tests geschult sein. Hinreichende Kenntnisse der methodischen Grundlagen und hinrei-

chende Voraussetzungen sollten für die adäquate Anwendung der Instrumente gegeben sein.

Bei den Fremdbeurteilungsverfahren werden notwendige, aber meist auch zeitaufwendige Schulungen oftmals vernachlässigt. Aber ohne diese Trainings, welche u. a. unter Berücksichtigung von Reliabilitätsprüfungen durchgeführt werden, sind Fremdbeurteilungsverfahren nicht zuverlässig einsetzbar (Stieglitz 2000).

Eingeschränkter Einsatz bzw. Störungsanfälligkeit der Selbstbeurteilungsfragebögen

Prinzipiell sind Selbstbeurteilungsbögen bei fast allen Störungsbildern einsetzbar. Allerdings setzen bestimmte Störungsbilder Grenzen, die den Einsatz der Verfahren verhindern. So können bestimmte Symptome der Schizophrenie (z. B. Denkstörungen) durch einen Selbstbeurteilungsbogen nicht erfasst werden, ebenso sind Störungsbilder ab einem bestimmten Schweregrad der Selbstbeurteilung nicht mehr zugänglich, wie z. B. schwere gehemmt-depressive Episoden (Hiller et al. 2004). Das heißt, bestimmte Störungsbilder werden nicht erfasst, die Diagnostik unterliegt der Beurteilung der Therapeuten.

Die Gefahr, dass bestimmte Symptome, z. B. durch eine Bagatellisierungstendenz des Patienten oder dem Versuch, nicht psychisch krank zu wirken, nicht gesehen werden, bestehen bei Selbstbeurteilungsinstrumenten genauso wie in einem strukturierten Interview bzw. einem direkten Anamnesegespräch, wobei in einem Anamnesegespräch direkte Verhaltensbeobachtungen während der Fragestellung die Diagnostik erleichtern können und einen Hinweis auf Bagatellisierung- bzw. Verdeutlichungstendenz liefern können.

Woran misst Testdiagnostik Therapieerfolg?

Gerade in der Rehabilitation werden Testergebnisse besonders durch Aspekte der Sozialmedizin beeinflusst. Hier haben Patienten nicht selten das Bedürfnis nach Verdeutlichung ihrer Symptomatik, welche zu einer Verfälschung der Testergebnisse führen kann. Auch Akquieszenz bzw. Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit können aufgrund der Abhängigkeit vom Kostenträger bei beste-