

# Qualität in der Psychotherapie – (wie) kann man sie messen?

Prof. Dr. Cord Benecke

Institut für Psychologie, Universität Kassel

# Übersicht

## Fragen:

- Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus?
- Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?
- Welche Indikatoren sind geeignet, um Qualität in der Psychotherapie zu bestimmen?
- Was kann „gemessen“ werden – was nicht?
- Zu welchem Zeitpunkt ist es sinnvoll, Qualität der Psychotherapie zu messen?
- Was wissen wir über den Nutzen und die Nebenwirkungen vom „Messen“ der Qualität von Psychotherapie?
- Gibt es verfahrensübergreifende Kriterien für Qualität in der Psychotherapie?

# Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus?

Dass er ein qualitativ gutes Ergebnis hervorbringt!

- **“We don’t really know”** (Cuijpers et al. 2019)
- **Adhärenz zu und Kompetenz in Manualen ist es nicht** (z.B. Webb et al. 2010)

# Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus?

## Fortsetzung

Einige empirisch gut gesicherte Prozess-“Qualität“-Merkmale:

- **Therapeutische Allianz** (z.B. Horvath et al. 2011; Wampold & Imel 2015; Norcross & Lambert 2018)
- **Ruptures and Repair** (z.B. Safran et al. 2011)
- **Empathie** (z.B. Elliott et al. 2011; 2018)
- **Aktivierung** von (insbesondere negativen/schmerzlichen) **Affekten** bei **Patienten** sowie deren vertieftes Erleben und „**Verstehen**“ im Verlauf (z.B. Castonguay et al. 1996; 1998; Hunt 1998; Hayes & Strauss 1998; Whelton 2004; Watson & Bedard 2006; Ausra & Greenberg 2007; Carryer & Greenberg 2010; Friedrich et al. 2017; Høglend & Hagtvet 2019).
- **Etablierung „adaptiverer“ Affektregulierungsfähigkeiten** (z.B. Radkovsky et al. 2014; Sloan et al. 2017; Holl et al. 2020).
- **Psychodynamische Technik** (z.B. Ablon & Jones 1998; Hayes et al. 1996; Ablon et al. 2006; Slavin-Mulford et al. 2011; Zimmermann et al. 2015; Katz & Hilsenroth 2018). Insbesondere die **Fokussierung** auf (bisher abgewehrte negative) **Affekte** (z.B. Horowitz et al. 1984; Piper et al. 1987; Coady 1991; Gaston & Ring 1992; Jones et al. 1992; Coombs et al. 2002; Hilsenroth et al. 2003; Diener et al. 2007).
- Ok: Manchmal auch **KVT-Techniken** (z.B. Tang & DeRubeis 1999; Strunk et al. 2007; Feeley et al. 1999; Benecke et al. in Vorb.)

Aber das Entscheidende scheint zu sein:

# Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus?

## Fortsetzung

- **Gute Therapeuten kreieren gute Prozesse!**
- Und Therapeuten unterscheiden sich erheblich (z.B. Okiishi et al. 2003; Castonguay et al 2010; Saxon et al. 2016)
- Die meiste Outcome-Varianz wird allerdings durch den Patienten erklärt (z.B. Bohart & Wade 2013; Tallman & Bohard 1999):
- „The client’s abilities to use whatever is offered [in therapy] surpass any differences that might exist in techniques or approaches“ (Tallman & Bohard 1999, S. 95).
- **Gute TherapeutInnen passen ihre Therapie an** (z.B. Own & Hilsenroth 2014; Silberschatz, G. 2017; Norcross & Wampold, 2018; Barber & Solomonov 2019; Katz et al. 2019).
- **“A new therapy for each patient”** (Norcross & Wampold, 2018)

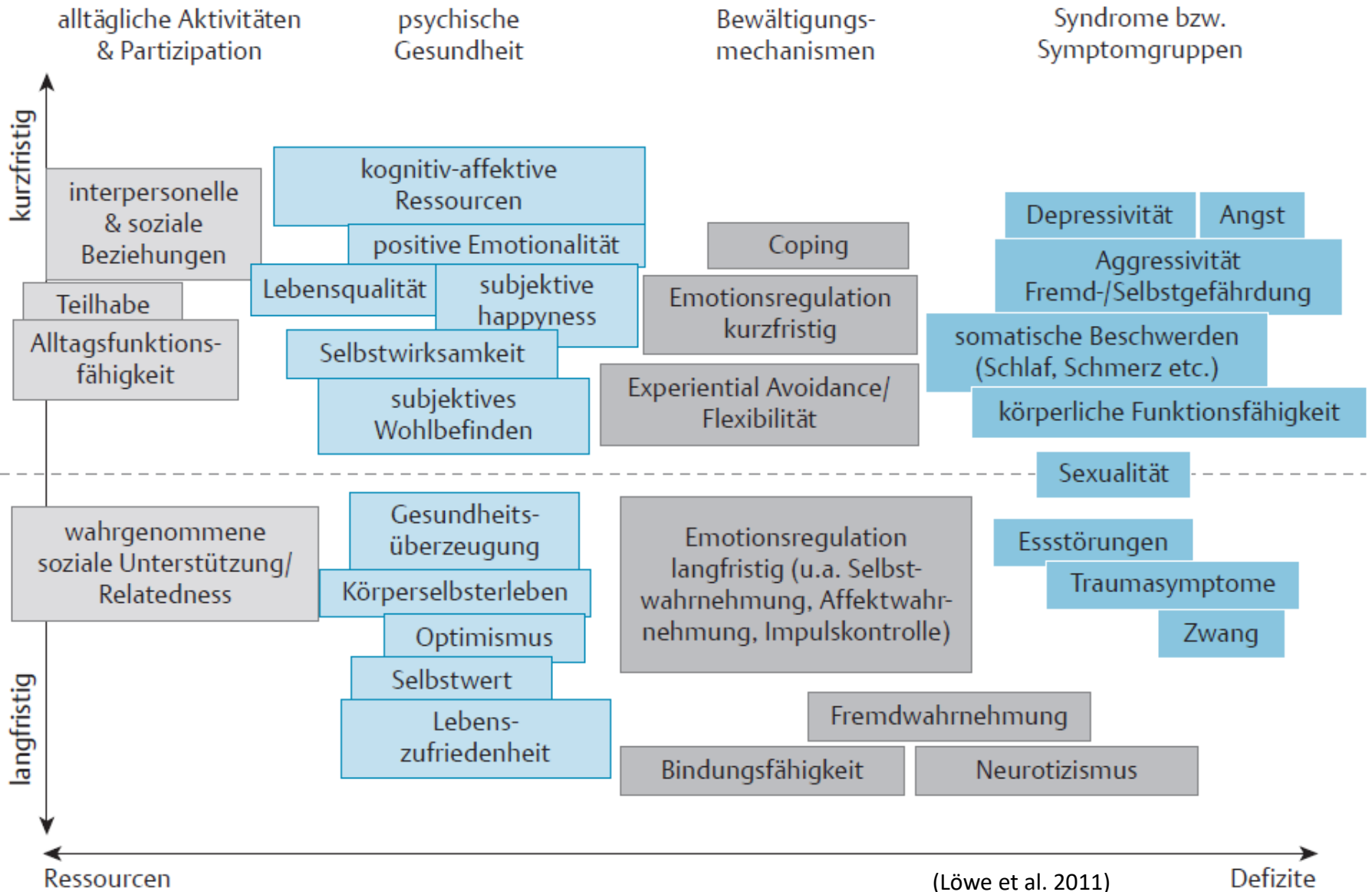
# Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?

**Dass es den PatientInnen besser geht!**

Frage ist nur:

Was heißt denn das?

# Dimensionen der Veränderungsmessung



# Dimensionen der Veränderungsmessung

Die Arbeitsgruppe „Klinische Psychodiagnostik und Psychometrie“ der DKPM empfiehlt

fünf „**Zentrale Dimensionen zur Erfassung der Wirksamkeit von Psychotherapie**“ (Rabung et al. 2019):

- 1) *Symptomschwere* (Basisdimensionen: Depressivität, Angst, somatische Beschwerden),
- 2) Gesundheitsbezogene *Lebensqualität*,
- 3) Interpersonelle *Beziehungsgestaltung*,
- 4) *Affektregulation* und
- 5) *Selbstwirksamkeit*.



# Dimensionen der Veränderungsmessung

Man kann ja auch mal die PatientInnen fragen, was diese als „good outcome“ wahrnehmen.

Binder et al. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients’ point of view. *Psychotherapy Research*.

Ergebnis der qualitativen Analyse der Interviews:

“The former patients' descriptions of good outcome clustered around four themes:

- establishing **new ways of relating to others**;
- **less symptomatic distress**, or changes in behavioural patterns contributing to suffering;
- better **self-understanding and insight**; and
- **accepting and valuing oneself.**”

Immer noch:

**Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer  
Psychotherapie?**

Dass es den PatientInnen **NACHHALTIG** besser geht!!

# Die **Münchner Psychotherapiestudie** (MPS)

AP, TP, VT bei Depressionen (Huber et al. 2012)

Vergleich von

- **Analytischer Psychotherapie** (39 Monate, 234 Sitzungen, n=43) mit
- **Tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie** (34 Monate, 88 Sitzungen, n=35) und
- **Verhaltenstherapie** (26 Monate, 45 Sitzungen, n=41)

bei depressiven Patienten

Analytische Psychotherapie zeigt ein Jahr nach Ende der Behandlungen in einer Vielzahl von Störungsmaßen signifikant höhere Effekte. Zur 3-Jahreskatamnese vergrößern sich die Unterschiede zwischen den drei Therapieverfahren noch deutlich.

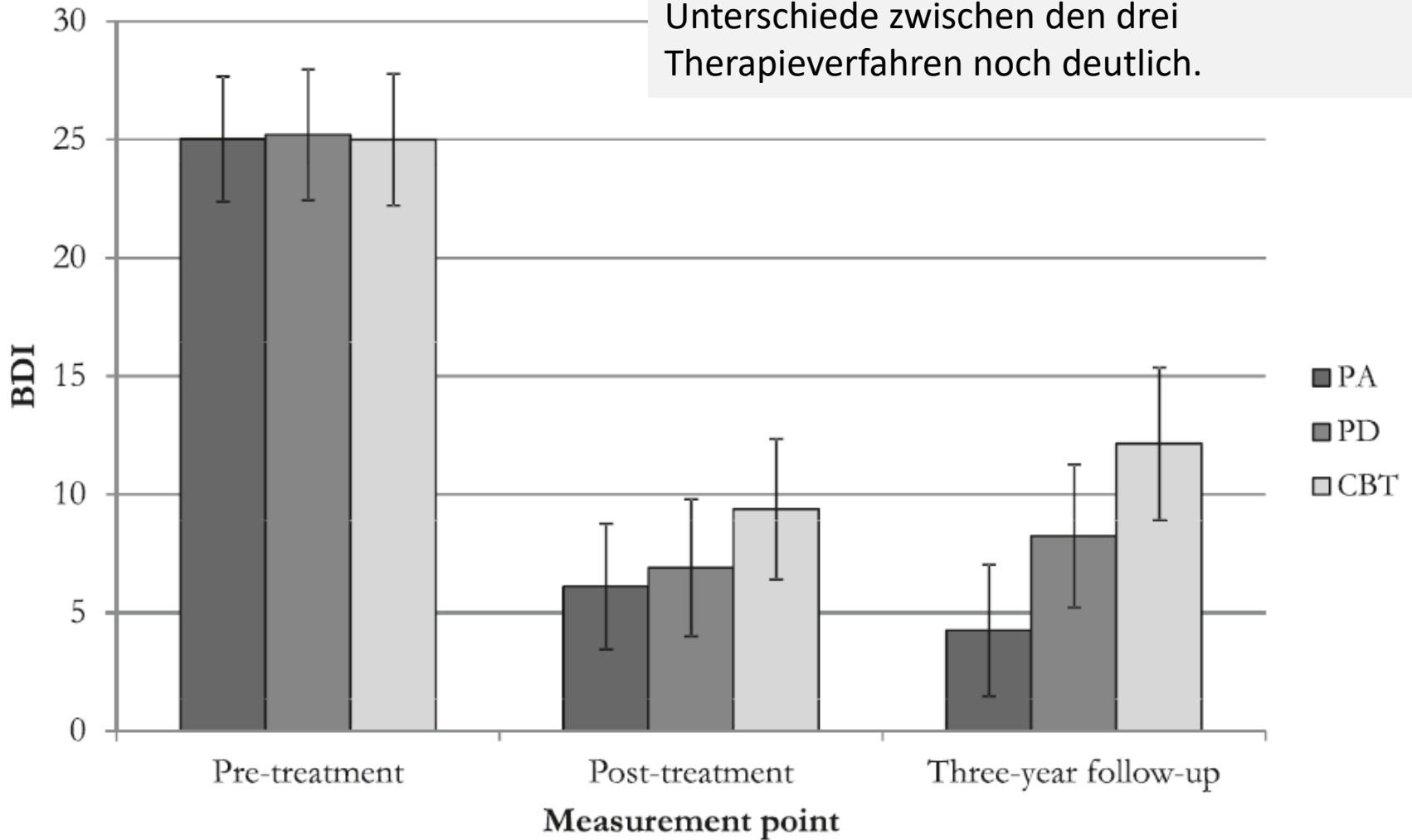


Figure 2: Estimated means and 95%-confidence intervals of BDI summary score across treatment groups and measurement points

Immer noch:  
**Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer  
Psychotherapie?**

Dass es den PatientInnen **NACHHALTIG** besser geht!!

Wie bekommt Psychotherapie das hin?

Was muss sich im Prozess ändern, dass es zu nachhaltigen positiven Veränderungen kommt?

➤ Reduzierung der Vulnerabilität und Erhöhung der Resilienz (Jacobi, eben gerade)

Immer noch:  
**Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer  
Psychotherapie?**

Vulnerabilitäts- bzw. Resilienz-Faktoren:

**Basale psychische Fähigkeiten/Funktionen**, z.B.:

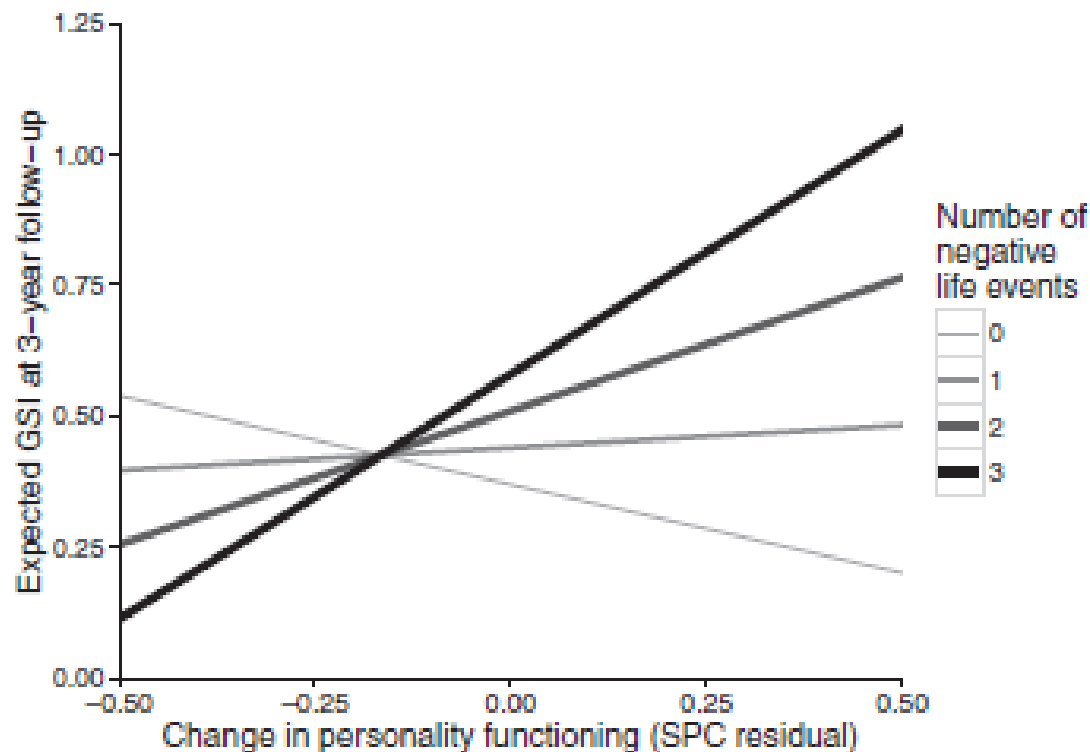
- Strukturelle Funktionen / Strukturniveau (OPD)
- Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK)
- Levels of Personality Functioning Scale (DSM-5)

# Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome

Dorothea Huber  
Klinikum München, Munich, Germany, and International  
Psychoanalytic University

Johannes Zimmermann  
Psychologische Hochschule Berlin

Günther Klug  
Technische Universität München



*Figure 1.* Change in personality functioning predicted general distress at follow-up only when participants experienced multiple negative life events after treatment.

# Was kann „gemessen“ werden?

Als Psychoanalytiker sage ich natürlich:

**Nichts von Relevanz!**



# Was kann „gemessen“ werden?

Ziemlich viel! (vgl. vorhin: Frank Jacobi)

- Aktuell scheint sich ein **mixed method** Ansatz durchzusetzen.
- Beispiel: Midgley et al. (2014). The meaningful assessment of therapy outcomes: **Incorporating a qualitative study into a randomized controlled trial** evaluating the treatment of adolescent depression. *Psychotherapy*, 51(1), 128–137

**Zu welchem Zeitpunkt ist es sinnvoll,  
Qualität der Psychotherapie zu messen?**

**Störung**

**Prozess**

**Ergebnis**

A: Leiden,  
Symptomatik,  
Störungen

C: Der

E: I

Veränderung  
von  
Vulnerabilität  
und Resilienz

F: Weitere  
Persönlichkeits-  
entwicklung

Zeit

**Ohne längere Katamnese  
ist Qualität nicht erfassbar**

# Gibt es verfahrensübergreifende Kriterien für Qualität in der Psychotherapie?

Ja

# Fazit zu den Fragen:

Das ist alles sehr schön,  
aber eben auch sehr „wissenschaftlich“,  
d.h.: wahrscheinlich untauglich für die  
Umsetzung in eine flächendeckende  
Qualitätssicherung.

Denn:

Warum wir eigentlich hier sind, ist ja das:

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

**des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Beauftragung des IQTIG mit der  
Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich  
Krankenversicherter**

Vom 17. Mai 2018

# I. Gegenstand der Beauftragung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird beauftragt, ein einrichtungsübergreifendes zunächst sektorspezifisches **Qualitätssicherungsverfahren** zu entwickeln für **die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter**.

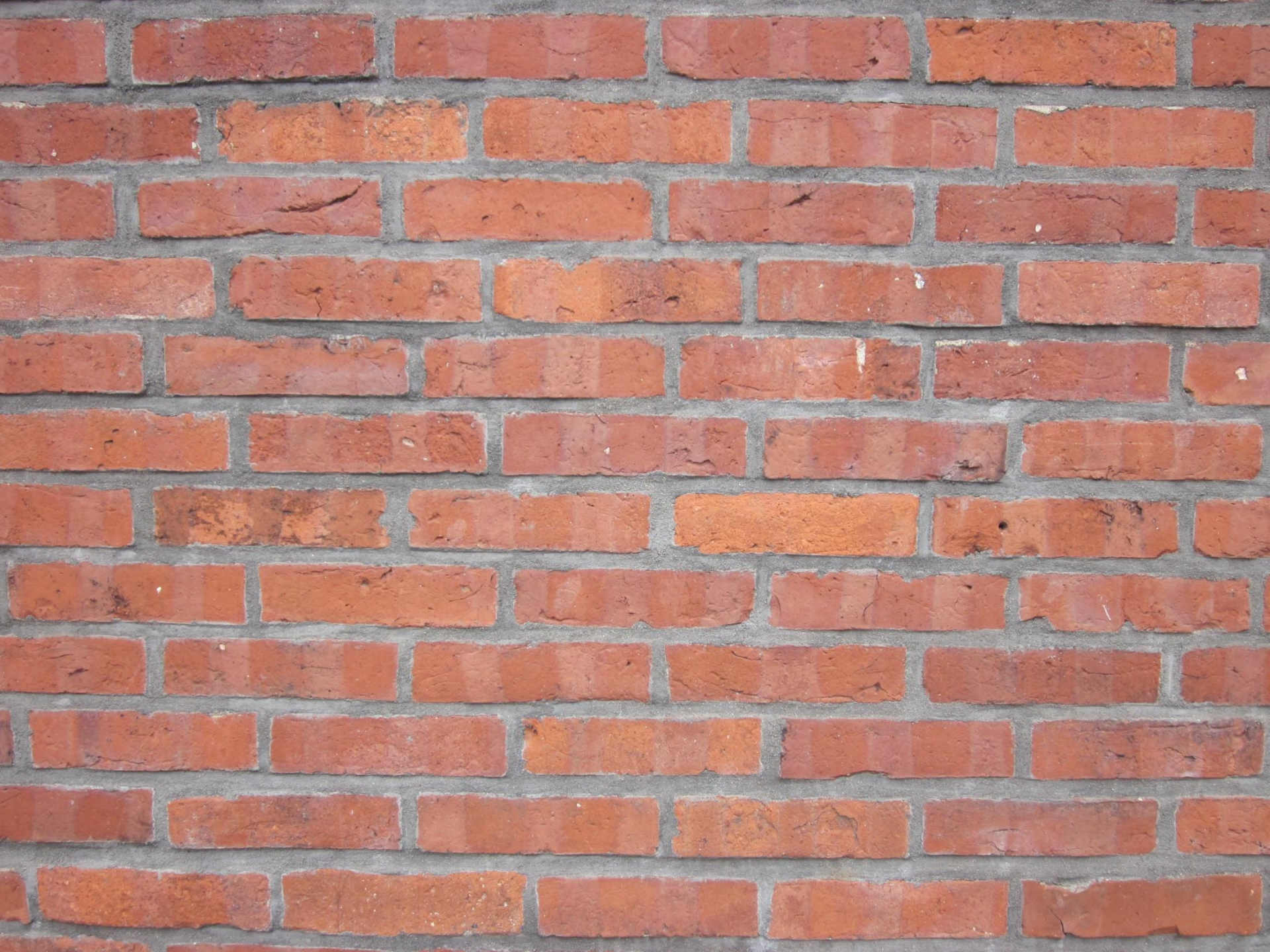
Ziel des einrichtungsübergreifenden zunächst sektorspezifischen QS-Verfahrens ist die **Messung und vergleichende Darstellung der Qualität** der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter.

1. Das IQTIG hat dazu die vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele unter Berücksichtigung der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie zu überprüfen und zu aktualisieren und in einem **Qualitätsmodell** für das gesamte QS-Verfahren **einschließlich der Patientenbefragung** abzubilden. Darüber hinaus soll das IQTIG eine Einschätzung der Voraussetzungen für eine mögliche Umsetzung geben sowie
2. auf dieser Basis **Instrumente und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und – soweit sachgerecht abbildbar - Ergebnisqualität** entwickeln.

Die zu entwickelnden Instrumente und Indikatoren sollen **neben den messenden und vergleichenden Aspekten auch auf die Förderung der Qualität** ausgerichtet sein.

**Was wird da also gerade diskutiert?**





**Alles geheim!!!**

# Die Mauer des Schweigens

ist vertraglich geregelt:

## „IV. Weitere Verpflichtungen

Mit dem Auftrag wird das IQTIG verpflichtet,

- a. die durch die Geschäftsordnung des G-BA bestimmte **Vertraulichkeit** der Beratungen und Beratungsunterlagen zu beachten ...“



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen



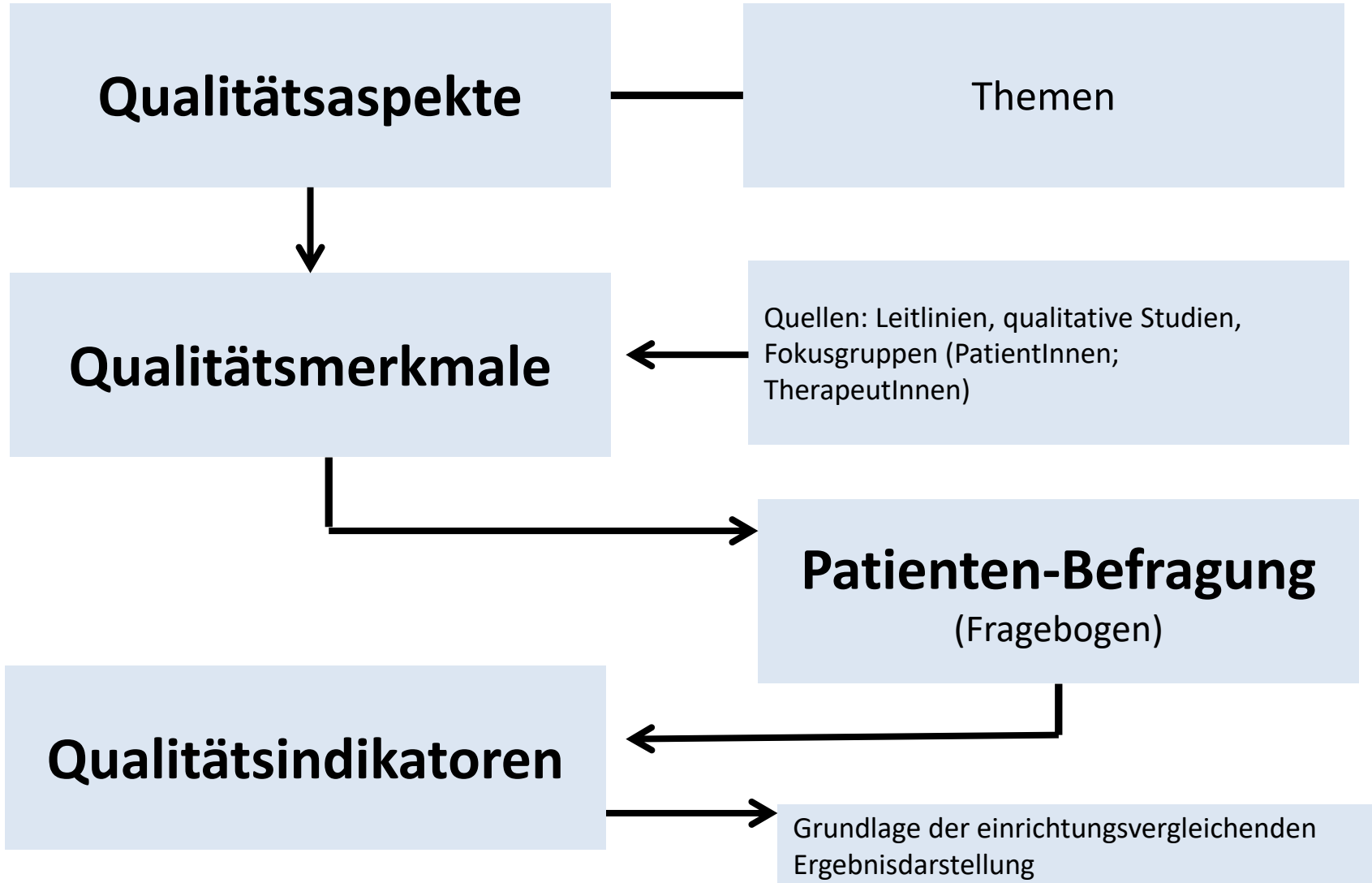
A close-up photograph of a red brick wall. The bricks are arranged in a standard pattern with visible mortar joints. A white diagonal banner is overlaid across the center of the image, containing the text "Alles geheim!!!".

**Alles geheim!!!**

# Methodische Grundlagen V1.1

Stand: 15. April 2019

# Qualitätsmodell



**Und wie wird das neue  
Qualitätsmodell für die ambulante  
Psychotherapie aussehen?**

**Nur so ungefähr ...?**



**Alles geheim!!!**



Es geht um ...

- die „Messung und vergleichende Darstellung der Qualität“,
- ein „Qualitätsmodell für das gesamte QS-Verfahren einschließlich der Patientenbefragung“,
- „Instrumente und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und [...] Ergebnisqualität“

# **Konzentration auf die Patienten-Befragung**

# Beispiel:

## Psy-BaDo-PTM

### Version 4.13

## Glossar

Dr.med. Friedrich von Heymann

Prof. Dr. rer.soc. Karin Tritt

### Angaben der BehandlerInnen:

- Angaben zu Behandlungsbeginn
- Im Verlauf
- Zum Behandlungsende

### Angaben der PatientInnen:

- Angaben zu Behandlungsbeginn
- Im Verlauf
- Zum Behandlungsende

(Stand 06.03.2018)

**Keine Katamnesen**

# Kristallkugel:

Die neue Patienten-Befragung *könnte* enthalten:

- ganz viel zu „**Information und Aufklärung**“:
  - über verschiedene Verfahren
  - Wirkeintritt, mögliche Nebenwirkungen
  - etc
- etwas was zu „**therapeutischer Beziehungsgestaltung**“.
  - empathisch, wertschätzend etc.
  - interessiert und unvoreingenommen
  - geschützte Atmosphäre etc
- bestimmt was zu **Partizipation**:
  - Entscheidungen, Zielvereinbarungen oder so
- zum **Verlauf** eher nichts:
  - Vielleicht ob Zwischenstand oder bevorstehendes Ende besprochen wurden
- wenig zum **Behandlungsergebnis**:
  - Vielleicht ob es besser geht, ob Pat besser mit Erkrankung umgehen kann, ob sich Teilhabe verbessert hat etc.
- **keine Katamnesen** ...
  - obwohl das ja das Entscheidende wäre!!



# Validität solcher Daten?

- Hängt sehr davon ab, was mit denen gemacht wird, bzw.
- was die PatientInnen und TherapeutInnen *denken*, was mit den Daten gemacht wird.
- Beispiel: IAPT

# <https://survivingwork.org/>

“Here is a summary of what **550 current and past IAPT workers** told us about services over the last two weeks:

...

**Have you ever been asked to manipulate performance data?**

**41% said Yes**

Most common manipulations are:

- **coaching patients to give good answers to questionnaires** carried out after each session (GAD7 and PHQ9)
- **discharging patients early if they showed good recovery scores to avoid a bad score**
- carrying out questionnaires at end of session when people are routinely feeling better
- discharging patients to reach targets
- repeating questionnaires to get better results
- classifying an assessment as treatment to avoid reporting long waiting times (around 8-12 months)
- **completing data for patients who have self-discharged**
- waiting lists converted to a holding list where patients continually have to respond to letters in an attempt to reduce the volume of referrals”

(SurvivingWork.org 2020)



<https://survivingwork.org/>

“Here is a summary of what **550 current and past IAPT workers** told us about services over the last two weeks:

...

**Have you ever been asked to manipulate performance of your service?**

**41% said Yes**

Most common manipulations are:

- coaching patients to give good feedback after each session (GAD7 and PHQ9)
- discharging patients with good scores to avoid a bad score
- carrying out a waiting list exercise where people are routinely feeling better

**Daten-Schrott**

results

– attempt to avoid reporting long waiting times (around 8-12

– patients who have self-discharged

– converted to a holding list where patients continually have to respond to letters in an

– “reduce the volume of referrals”

(Survivingwork.org 2020)

# Alternativen?

# Critical Incident Reporting System (CIRS)

- Berichterstattungssysteme zur anonymen Meldung von kritischen Ereignissen (*critical incident*) oder auch Beinahe-Fehlern (*near miss*)
- In Kliniken mittlerweile obligat.
- Mitarbeiter können Bericht verfassen. Wichtig: auslösende Situation, die Verhaltensweise der beteiligten Personen und die daraus hervorgehenden Konsequenzen (Erfolg oder Misserfolg).
- Die Datenerhebung für die darauffolgende Analyse erfolgt über die Beobachtung oder das Führen von Interviews durch geschultes Personal
- Das **Ziel** von CIRS ist es, sicheres, unkompliziertes und anonymes wechselseitiges Lernen aus kritischen Ereignissen zu gewährleisten. Der Grundgedanke ist, dass Fehler, die im Alltag auftreten, zukünftig vermieden werden können.

# „CIRS“ in der ambulanten Psychotherapie?

- Geht das?
- „gehäufte“ Einzelfälle genau anschauen:
  - Beispiel: 3 Jahre Therapie, dann direkt in die Klinik
  - Beispiel: regelmäßig sehr unregelmäßige Sitzungen
- Krankenkasse hätte die Daten zur Identifizierung
- Kammer-Gremium prüft diese „interessanten Fälle“

# Alternativen?

1. Flächendeckende und umfassende **Prä-Post-Katamnese-Erhebungen**: **Wenn, dann bitte richtig!**
  - Valide Symptombelastungsmaße,
  - Struktur-Indikatoren etc,
  - lange Katamnesen,
  - Verschaltung mit anderen KK-Daten etc.
2. Gute Therapie wird von guten TherapeutInnen gemacht:  
**Evaluation der Aus-/Weiterbildungen**
3. Gute Therapie wird von guten TherapeutInnen gemacht:  
**Identifizieren der schlechten TherapeutInnen**
4. **watchful waiting**: Einfach mal beobachten, wie sich das System ohne Gutachterverfahren (und mit Ausbildungsreform) entwickelt

**Vielen Dank!**