

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

Prof. Dr. Frank Jacobi

Informations- und Diskussionsveranstaltung des Ausschusses
Qualitätssicherung, Wissenschaft, Forschung der Psychotherapeutenkammer
Berlin, 4.3.2020

„Qualität in der Psychotherapie“: Typische Fragen

Messung psychischen Geschehens: Mikro- vs. Makroebene

- Messungen im Rahmen von Fallkonzeption, Verlaufs- und Ergebniskontrolle
- „Deliberate Practice“ als Orientierung für gute Praxis und Qualitätsverbesserung
- Versorgungs-Steuerung (z.B. IAPT)

Phantasien und Ängste?

Um was es letztendlich (allen Beteiligten) geht...

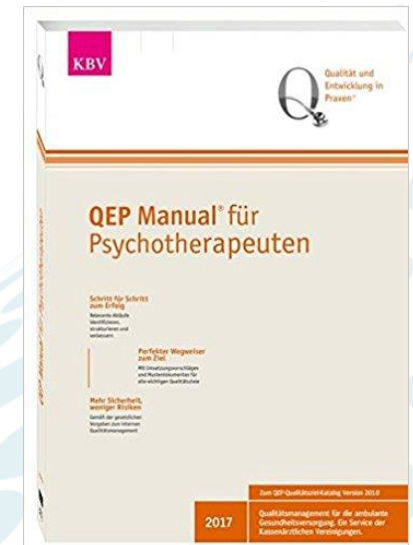
„Qualität in der Psychotherapie“

**Unterschiedliche Perspektiven –
unterschiedliche Antworten auf typische Fragen**

Typische Fragen (I)

Was zeichnet eine (hinreichend) gute Therapeutin bzw. Therapeuten aus? Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus? Gibt es (verfahrenübergreifende und patientenübergreifende) Kriterien für Qualität in der Psychotherapie? Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?

- 1. Strukturqualität:** professionelle Rahmenbedingungen, z.B. Qualifikation (freier akademischer Heilberuf mit anspruchsvoller Fachkunde), Fort- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement im Rahmen der Praxisführung...
- 2. Prozessqualität:** konkrete Umsetzung, z.B. Einhaltung berufsrechtlicher Anforderungen, reflektierte Praxis (z.B. Antrags- und Gutachterverfahren, Super- und Intervision, Rezeption und Reflexion von Leitlinien)...
- 3. Ergebnisqualität:** (messbare) Therapieerfolgsindikatoren auf mehreren Ebenen



Typische Fragen (I)

Was zeichnet eine (hinreichend) gute Therapeutin bzw. Therapeuten aus? Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus? Gibt es (verfahrenübergreifende und patientenübergreifende) Kriterien für Qualität in der Psychotherapie? Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?

- **Voraussetzungen für die Psychotherapiedurchführung** sind bereits sehr umfassend geregelt
 - **Thema Antrags- und Gutachterverfahren:** viel gescholten, aber dennoch hilfreiches Instrument
 - **Berufsordnung: Eigenständige Sicherung der Prozessqualität;** z.B. Sorgfalts-, Aufklärungs-, Dokumentations-, Fortbildungs- und Qualitätssicherungspflichten; konkret z.B. sachgerechte Diagnostik und Fallkonzeption (incl. Zielbildung), Monitoring der eigenen Therapien, Intervision, Qualitätszirkel, selbstgesteuerte Fortbildung...
 - **Externes Qualitätsmonitoring:** z.B. Auswertung von Standard-Indikatoren, Patientenbefragungen
- ➔ **In Abhängigkeit der Perspektive völlig unterschiedliche Antworten auf o.g. Fragen**

Typische Fragen (I)



Psychologische
Hochschule Berlin

Was zeichnet eine (hinreichend) gute Therapeutin bzw. Therapeuten aus? Was zeichnet einen
psychotherapeutischen Prozess aus? Gibt es (verfahrenübergreifende und patientenübergreifende)
Kriterien für Qualität in der Psychotherapie? Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?

„Kennzeichen guter Qualität in der ambulanten Psychotherapie sind gründliche Diagnostik,
umfassende Aufklärung des Patienten, Monitoring des Therapieverlaufs, eine individuelle
patientenorientierte Behandlung und die Berücksichtigung individueller Notwendigkeiten im
Therapieverlauf. Wichtig ist außerdem die Berücksichtigung von Risikofaktoren des Patienten
Therapieplanung und Anpassung an die Ressourcen des Patienten im Sinne von: Welche
Behandlung ist unter Berücksichtigung der individuellen Belastungsfaktoren und Ressourcen
Patienten erfolgsversprechend? Was sind realistische Ziele unter den gegebenen Voraussetzungen?

Für eine gute Qualität sprechen auch eine ausführliche Anamnese und valide Messungen bei
Diagnostik und Differentialdiagnostik. (...) Qualität misst sich zudem an den Ergebnissen einer
Psychotherapie. (...)

Problem solcher Befragungen:
gehalten (z. T. „phrasenhaft“),
oft kaum zu operationalisieren...
niemals vollständig,
oft sehr allgemein

[AQUA (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankensversicherter; Anhang: Zusammenfassende
Ergebnisprotokoll der Expertengespräche]

Typische Fragen (II)

Was kann „gemessen“ werden – was nicht? Zu welchem Zeitpunkt ist es sinnvoll, psychisches Geschehen und dessen Veränderung in der Psychotherapie zu messen? Was sagen die Mess-Ergebnisse über die Qualität aus, bzw. Welche Indikatoren sind geeignet, um Qualität in der Psychotherapie zu bestimmen? Was wissen wir über den Nutzen und die Nebenwirkungen vom „Messen“ der Qualität von Psychotherapie?

- **Vieles für die Psychotherapie hoch relevante kann systematisch erfasst werden!**
(„Messen“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, das „alles“ „objektiviert“ gehört)
 - **Die erhobenen Daten sind nicht selbst-evident, d.h. müssen interpretiert werden!**
(Testergebnisse sind nicht mit Qualität gleichzusetzen)
 - **Daten zum Prozess und Ergebnis können Qualitäts-Probleme aufzeigen!**
(Aber auch hierbei ist sorgfältig zu analysieren und zu entscheiden, was für Schlüsse wer daraus ziehen soll)
- ➔ **In Abhängigkeit der Perspektive völlig unterschiedliche Antworten auf o.g. Fragen**

Messung psychischen Geschehens:

Mikro- vs. Makroebene

Messungen im Rahmen von Fallkonzeption, Verlaufs- und Ergebniskontrolle

„Deliberate Practice“ als Orientierung

Versorgungs-Steuerung (z.B. IAPT)



„Mikro-Ebene“: Diagnostik zur individuellen Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung

- **Vieles für die Psychotherapie hoch relevante kann systematisch erfasst werden!**
(„Messen“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, das „alles“ „objektiviert“ gehört)
- **Die erhobenen Daten sind nicht selbst-evident, d.h. müssen interpretiert werden!**
(Testergebnisse sind nicht mit Qualität gleichzusetzen)
- **Daten zum Prozess und Ergebnis können Qualitäts-Probleme aufzeigen!**
(Aber auch hierbei ist sorgfältig zu analysieren und zu entscheiden, was für Schlüsse wer daraus ziehen soll)

„Mikro-Ebene“: Diagnostik zur individuellen Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung

Lebensbedingungen Soziodemografie Herkunftsfamilie Bildung und Beruf Umfeld Partnerschaft Kinder Bezugspersonen Wohnsituation Allgemeines Wohlbefinden Lebenszufriedenheit Optimismus Ressourcen	Aktuelle Beschwerden Konkreter Behandlungsanlass (Spontanbericht) Psychopathologischer Befund Diagnose(n) Aktuelles Problemverhalten bzw. psychodynamischer Status Symptombelastung Störungsübergreifend Depressivität Ergänzende störungsspezifische Maße Beeinträchtigung Aktuell und im letzten Jahr Partizipationsstörungen (z.B. Arbeitsfähigkeit) Weitere Informationsquellen Externe Personen / Fremdanamnese (z.B. durch Bezugsperson) Psychophysiologische Maße Verhaltenstests	Persönlichkeit Persönlichkeits- Akzentuierung Interpersonelle Probleme Bindungsstile Strukturniveau	Therapieziele zu Beginn im Verlauf Abbau sonstiger aufrechterhaltender bzw. Risikofaktoren
Weitere gesundheitsrelevante Informationen Allg. Gesundheitszustand, weitere Erkrankungen Behandlungen Arztkontakte Medikamente Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Drogen) Anerkannte Behinderungen, Berentung	Bewertung der Therapie Therapie-Inanspruchnahme vs. Abbruch Allgemeine Zufriedenheit mit (Zwischen-) Ergebnis Veränderungen Lebenssituationen Symptombelastung und Beeinträchtigung im Verlauf Nebenwirkungen und neue Probleme „Kundenzufriedenheit“ mit Einrichtung mit Therapie und Therapeut/in	Therapeutische Beziehung und Nutzung anderer „common factors“ Bewertung der Arbeitsbeziehung („alliance“) im Verlauf z.B. Umgang mit Krisen (Veränderungs-) Motivation (auch in schwierigen Momenten)	
	Entwicklung und Verlauf der Problematik Biografische, Störungs- und Behandlungs- Anamnese (u.a. traumatisierende Erfahrungen, „Makroanalyse“, Bedeutung von Vorbehandlungen)		

- Komplexität dieses Gefüges liegt in der Natur der Sache
- Es gehört zu den grundlegenden Prozesskompetenzen von Psychotherapeuten, aktiv, explizit, systematisch und theoriegeleitet zu diagnostizieren.
- Hilfen zur Diagnostik (Instrumente) sind vorhanden
- Verzicht auf systematische Einholung und Dokumentation bzw. Sichtung solcher Information birgt Gefahren und behindert Potenziale

„Ein guter therapeutischer Prozess ist einer, der zu guten Ergebnissen führt!“

- **Belastung** (Symptome) und **Beeinträchtigung** (Partizipationsstörungen) sind zentrale Komponenten des Krankheits-Begriffs und sollten hinsichtlich Therapieplanung und Ergebnisbewertung ernst genommen werden!
- Auch Erhöhung von **Lebensqualität** und Coping ist von Belang (auch wenn gewisse Symptomatik fortbesteht)!
- Entscheidend für Nachhaltigkeit positiver Veränderungen: **Abbau von Vulnerabilitäten und Erhöhung von Resilienzen!**

Störungsübergreifende und störungsspezifische **Instrumente zur dimensionalen Erfassung von Symptomen:**

ISR, FEP-2, BSI, ...

IIP, PID5-100, ...

PHQ-9, GAD-7, BDI, AKV, PDS, IES-R ...

OPD-SFK, IPO-16 ...

Etc...

Typische Bereiche für Partizipationsstörungen

1. Anpassung an Regeln und Routinen
2. Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsbereitschaft
4. Anwendung fachlicher Kompetenzen
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Durchhaltefähigkeit
7. Selbstbehauptungsfähigkeit
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten
9. Gruppenfähigkeit
10. Familiäre bzw. intime Beziehungen
11. Spontan-Aktivitäten
12. Selbstpflege
13. Verkehrsfähigkeit



P-CODE: _____
DATUM: _____
THERAPEUTIN: _____

Mini-ICF
Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen nach International Classification of Functioning

+

GAF
Global Assessment of Functioning nach DSM-IV

Instrumente zur dimensionalen Erfassung Lebensqualität sowie allgemeinen Bewertungen zur Therapie:

WHO-QOL-BREF

VEV, BVB-09

Etc...

„Ein guter therapeutischer Prozess ist einer, der nicht zu schlechten Ergebnissen führt!“

- Auch **negatives / unethisches Verhalten** sind gut systematisch erfassbar (Cave: Wer bekommt diese Daten, und wer interpretiert sie?); beachte **Dokumentationspflichten**
- Auch **Nebenwirkungen und Verschlechterungen** sind gut systematisch erfassbar (Cave: Wer bekommt diese Daten, und wer interpretiert sie?)
- **Analyse von Therapieabbrüchen und Misserfolgen** sind hervorragender Ansatzpunkt, die eigenen Therapien systematisch zu verbessern ➔ *Deliberate Practice*

Therapeutinnen, Therapeuten, Patientinnen und Patienten bemühen sich in der Regel um einen respektvollen und professionellen Umgang miteinander. In Ausnahmefällen kann es jedoch bedauerlicherweise zu unangenehmen Erlebnissen oder Übergriffen zwischen Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/Patientinnen kommen. Die folgenden Aussagen beschäftigen sich mit diesen Ereignissen.

Auch wenn ein Großteil der folgenden Aussagen nicht auf Sie zutreffen wird, bitten wir Sie dennoch, uns darüber Auskunft zu geben.

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.	gar nicht	ein wenig	teilweise	völlig	Wenn ja, in welcher Art und Weise?
16 Ich fühlte mich durch die Aussagen der Therapeutin / des Therapeuten verletzt.	0	1	2	3	_____
17 Ich hatte das Gefühl dass sich mein Therapeut / meine Therapeutin über mich lustig macht.	0	1	2	3	_____
18 Während der Therapie kam es zu direkten sexuellen Übergriffen durch meinen Therapeuten / meine Therapeutin.	0	1	2	3	_____
19 Meine Therapeutin / mein Therapeut hat mich körperlich angegriffen.	0	1	2	3	_____
20 Mein Therapeut / meine Therapeutin zwang mich, Dinge zu tun (Konfrontationen, Rollenspiele etc.), die ich eigentlich gar nicht wollte.	0	1	2	3	_____
21 Mir wurde bekannt, dass meine Therapeutin / mein Therapeut die Schweigepflicht gebrochen hat.	0	1	2	3	_____

Exkurs 1 zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung:



Forschung zum Einsatz von Stundenbögen und systematischem Feedback in der Psychotherapie

Hintergrund und Annahmen:

- Gibt es Möglichkeiten, typische **Verzerrungen und Schwächen beim klinischen Vorhersagen** (vgl. Meehl, 1954) systematisch zu reduzieren?
- Ist ein etablierter Behandlungsansatz verfügbar, erleichtert dies zwar die Umsetzung im Einzelfall, ersetzt aber nicht individuelle Fallkonzeption; „Prozessqualität“ (Umsetzung der Interventionen lege artis?) ist fortlaufend zu prüfen
- Monitoring der „Ergebnisqualität“ nicht nur zur Legitimation, sondern auch gut für Reflektion, Supervision...
- Zahlreiche Befunde zu Verzerrungen im Therapeutenurteil und Nicht-Übereinstimmen von Therapeuten- und Patientensicht ➔ Einsatz aktuarischer Methoden kann individuelle Therapie verbessern

Exkurs 1 zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung: Forschung zum Einsatz von Stundenbögen systematischem Feedback in der Psychotherapie



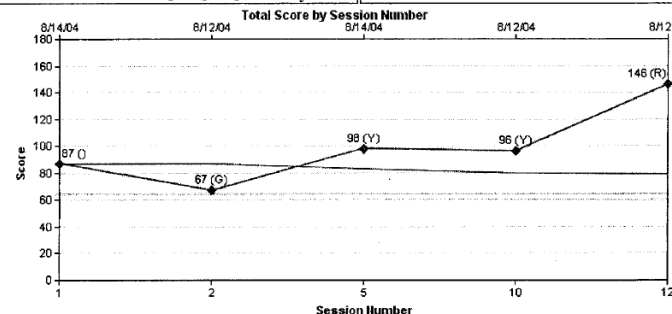
**Michael J. Lambert
et al.**
(Brigham Young
University, Utah, USA)



Wolfgang Lutz et al.
(Universität Trier)

Name: Jones, Meridith ID: 32685423	Alert Status: Red
Session Date: 8/12/2004 Session: 12	Most Recent Score: 146
Clinician: Admin, APCS Clinic: Clinic A	Initial Score: 87
Diagnosis: Chemical Dependency	Change From Initial: Reliably Worse
Algorithm: Empirical	Current Distress Level: High

Most Recent Critical Item Status:		Subscales	Current	Output.	Comm.
8. Suicide - I have thoughts of ending my life.	Almost Always	Symptom Distress:	82	49	25
11. Substance Abuse - After heavy drinking, I need a drink the next morning to get going.	Almost Always	Interpersonal Relations:	31	20	10
26. Substance Abuse - I feel annoyed by people who criticize my drinking.	Frequently	Social Role:	33	14	10
32. Substance Abuse - I have trouble at work/school because of drinking or drug use.	Almost Always	Total:	146	83	45
44. Work Violence - I feel angry enough at work/school to do something I might regret.	Almost Always				



Graph Label Legend:

(R) = Red: High chance of negative outcome (Y) = Yellow: Some chance of negative outcome
(G) = Green: Making expected progress (W) = White: Functioning in normal range

Feedback Message:

The patient is deviating from the expected response to treatment. They are not on track to realize substantial benefit from treatment. Chances are they may drop out of treatment prematurely or have a negative treatment outcome. Steps should be taken to carefully review this case and identify reasons for poor progress. It is recommended that you be alert to the possible need to improve the therapeutic alliance, reconsider the client's readiness for change and the need to renegotiate the therapeutic contract, intervene to strengthen social supports, or possibly alter your treatment plan by intensifying treatment, shifting intervention strategies, or decide upon a new course of action, such as referral for medication. Continuous monitoring of future progress is highly recommended.

REMEMBER, THE USER IS SOLELY RESPONSIBLE FOR ANY AND ALL DECISIONS AFFECTING PATIENT CARE. THE OOB-A IS NOT A DIAGNOSTIC TOOL AND SHOULD NOT BE USED AS SUCH. IT IS NOT A SUBSTITUTE FOR A MEDICAL OR PROFESSIONAL EVALUATION. RELIANCE ON THE OOB-A IS AT USER'S SOLE RISK AND RESPONSIBILITY. SEE LICENSE FOR FULL STATEMENT OF RIGHTS, RESPONSIBILITIES & DISCLAIMERS.

Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical Results and Practice Suggestions



Michael J. Lambert, Cory Harmon, and Karstin Slade
Brigham Young University



Jason L. Whipple
Fort Wainwright



Eric J. Hawkins
VA Puget Sound Health Care System

We describe and illustrate our system to measure, monitor, and feed back information about patient treatment. This clinical innovation relies on research-based clinical decision tools that provide psychotherapists with timely warnings when a patient's deviation from an expected treatment response foretells possible treatment failure. We summarize the results of four controlled studies using this methodology; the collective results suggest that measuring, monitoring, and predicting treatment failure (feedback) enhance treatment outcomes for patients who have a negative response. Clinicians are encouraged to employ these methods in routine practice despite their confidence in their own ability to predict patient outcome. © 2004 Wiley Periodicals, Inc. *J Clin Psychol/In Session* 61: 165-174, 2005.

1. fühlte ich mich wohl
2. ging ich vielen Interessen nach
3. fühlte ich mich ohnmächtig
4. war ich nervös
5. fühlte ich mich unbelastet und zufrieden
6. hatte ich Schlafprobleme
7. belastete mich meine Zukunftsaussicht
8. war ich ängstlich
9. war ich den an mich gestellten Anforderungen gewachsen
10. war ich sehr einsam und alleine
11. hatte ich Probleme, mich für andere zu freuen
12. war ich unter Anspannung und innerem Druck
13. war ich leicht von anderen zu überreden
14. war ich guter Dinge
15. war ich selbstsicher und selbstbewusst
16. hatte ich Probleme, andere zu unterstützen
17. fühlte ich mich von anderen nicht geschätzt
18. hatte ich Probleme, Aggressionen zu zeigen, wenn nötig
19. war ich selbstbeherrscht
20. war ich leicht von anderen auszunutzen
21. empfand ich einen Sinn in meinem Leben
22. war ich voller Kraft und Ausdauer

- Wohlbefinden
Kongruenz (An)
Kongruenz (Ve)
Beschwerden (A)
Wohlbefinden
Beschwerden
Beschwerden (D)
Beschwerden (A)
Wohlbefinden
Beschwerden (D)
Interpersonale Beziehung
Beschwerden (A)
Interpersonale Beziehung
Wohlbefinden
Kongruenz (An)
Interpersonale Beziehung
Kongruenz (Ve)
Interpersonale Beziehung
Kongruenz (An)
Interpersonale Beziehung
Kongruenz (An)
Wohlbefinden

Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapie- verläufen (FEP-2, Lutz et al. 2009)

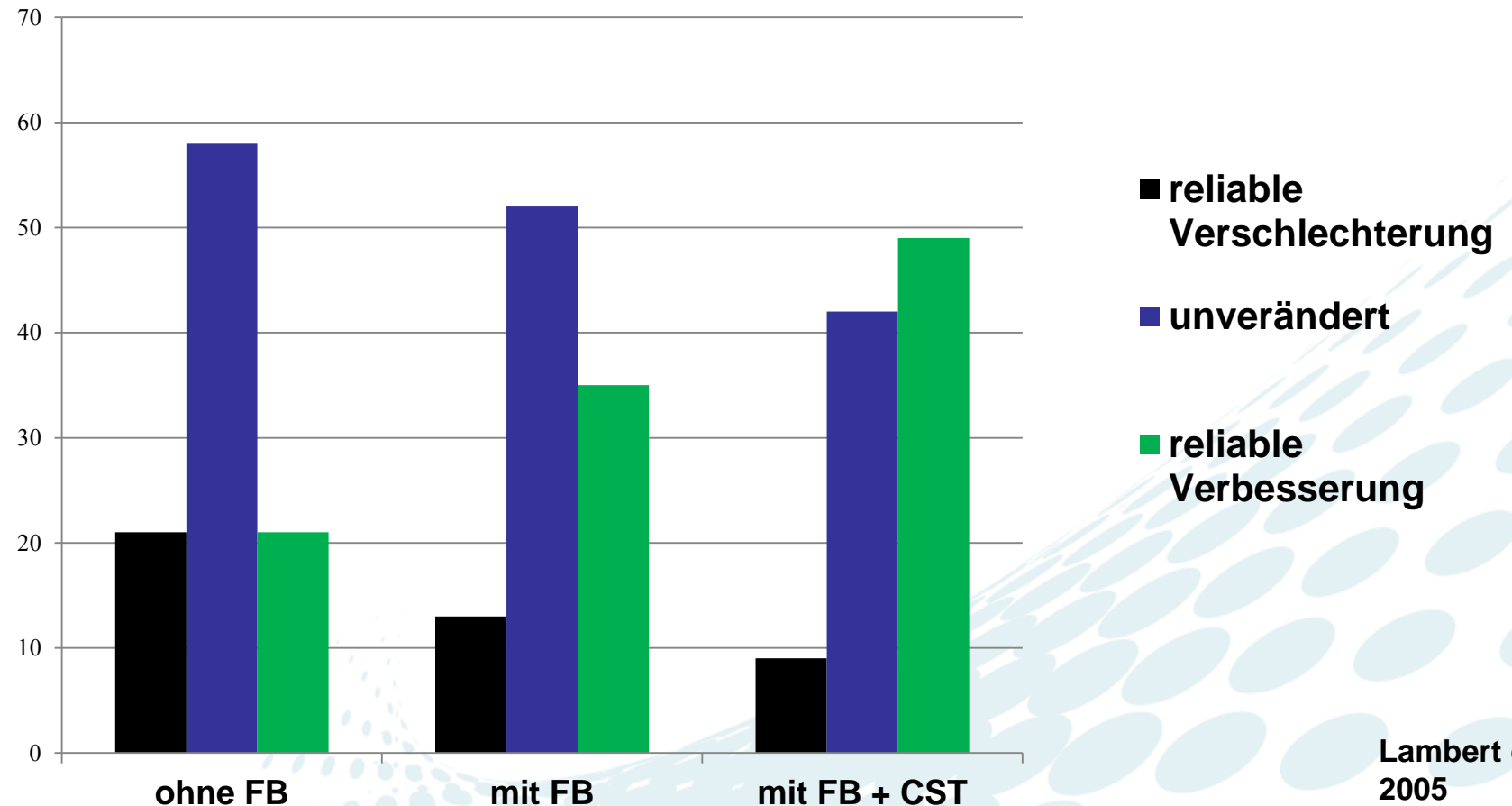
Exkurs 1 zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung:

Forschung zum Einsatz von Stundenbögen und systematischem Feedback in der Psychotherapie

„not on track“ ohne Feedback
schlechter als

„not on track“ mit Feedback
schlechter als

**„not on track“ mit Feedback
und Handlungsvorschlägen**
am besten:
Feedback bei allen Th. und Pat.



Exkurs 1 zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung:



Forschung zum Einsatz von Stundenbögen und systematischem Feedback in der Psychotherapie

Author's Manuscript

Note: This is a pre-print peer reviewed article. The final version will be published in a forthcoming issue of *Behaviour Research and Therapy*.

Citation: Delgadillo, J., Overend, K., Lucock, M., Groom, M., Kirby, N., McMillan, D., Gilbody, S., Lutz, W., Rubel, J.A., & de Jong, K. (in press). Improving the efficiency of psychological treatment using outcome feedback technology. *Behaviour Research and Therapy*.

DOI: 10.1016/j.brat.2017.09.011

„reflecting practitioner“

„Kontrollierte Praxis“,
QS: Prozess- und
Ergebnisqualität

Therapieplanung,
Adaptation,
Bewertung

Material für Indikation,
Prozess-Steuerung,
Supervision, Legitimation

Sonderfall:
Misserfolg

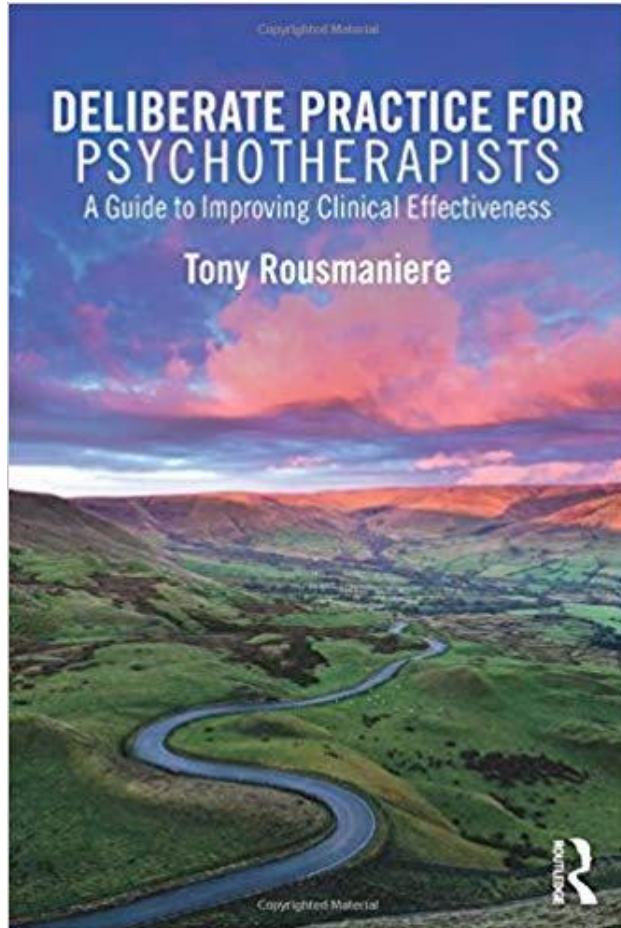
Warnsignale („red flag“),
die frühzeitiges
Nachsteuern
ermöglichen

Improving the efficiency of psychological treatment using outcome feedback technology

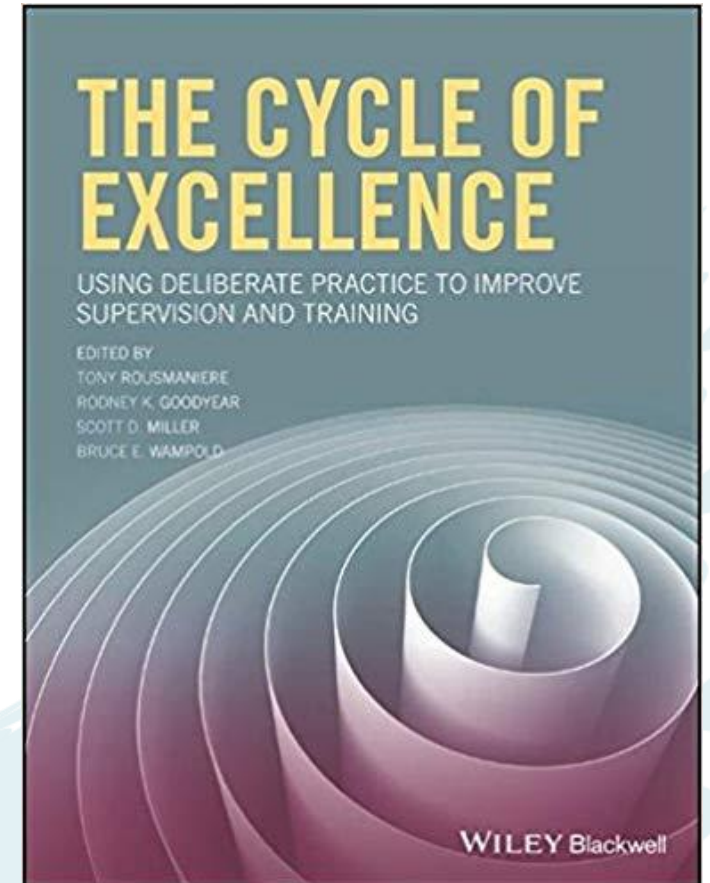
Jaime Delgadillo¹, Karen Overend², Mike Lucock³, Martin Groom⁴, Naomi Kirby⁴, Dean McMillan², Simon Gilbody², Wolfgang Lutz⁵, Julian A. Rubel⁵ and Kim de Jong⁶

Exkurs 2 zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung:

„Deliberate Practice“ (T. Rousmaniere)



<https://www.dpfortherapists.com/tonyrousmaniere>



Exkurs 2 zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung:

„Deliberate Practice“ (T. Rousmaniere)



Ausgangspunkt: Expertise-Forschung

Deliberate practice is a term introduced by K. Anders Ericsson and colleagues in the science of expertise (Ericsson, Krampe, & Tesch-Romer, 1993). Defined as “the individualized training activities specially designed by a coach or teacher to improve specific aspects of an individual’s performance through repetition and successive refinement” (Ericsson & Lehmann, 1996, pp. 278–279), deliberate practice involves an intensive training process with repetitive skill-building exercises informed by expert feedback and performed throughout a professional career.

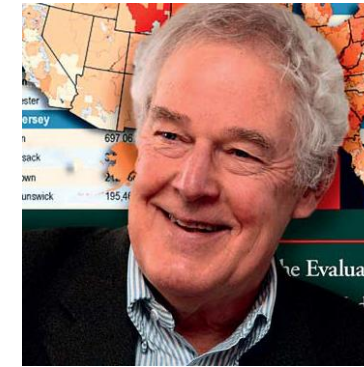
Einige Grundprinzipien:

- #1: Focus on stalled or deteriorating cases
- #5: Emphasize homework
- #6: Use video recordings
- #8: Assess effectiveness through client outcome
- #9: Don’t rely on clinical experience alone to improve your effectiveness

„Makro-Ebene“: Behandlungsdaten zur Versorgungssteuerung

- **Vieles für die Psychotherapie hoch relevante kann systematisch erfasst werden!**
(„Messen“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht, das „alles“ „objektiviert“ gehört)
- **Die erhobenen Daten sind nicht selbst-evident, d.h. müssen interpretiert werden!**
(Testergebnisse sind nicht mit Qualität gleichzusetzen)
- **Daten zum Prozess und Ergebnis können Qualitäts-Probleme aufzeigen!**
(Aber auch hierbei ist sorgfältig zu analysieren und zu entscheiden, was für Schlüsse wer daraus ziehen soll)

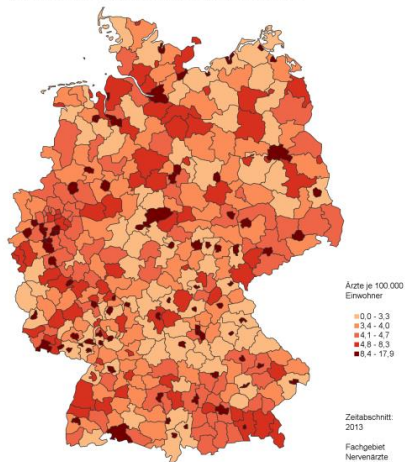
„Small Area Variations in Health Care Delivery“ (Science, 1973): Im Vergleich der Regionen fand man Unterschiede im Versorgungsgeschehen und in der medizinischen Infrastruktur, die medizinisch in keiner Weise erklärbar waren



„In health care, geography is destiny“
(John E. „Jack“ Wennberg)

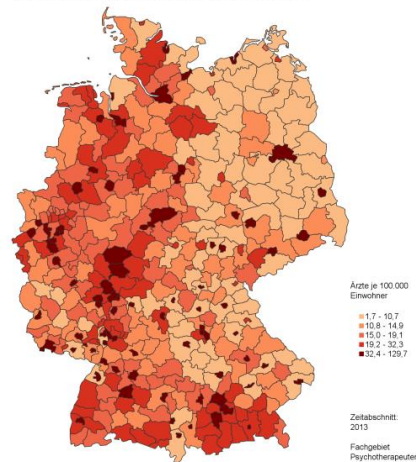
<http://www.dartmouthatlas.org/>

Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013



© 2015 versorgungsatlas.de

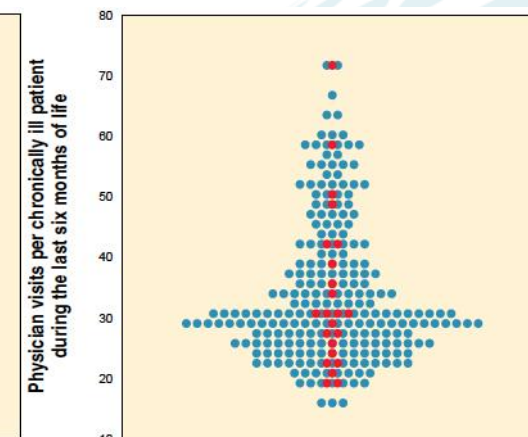
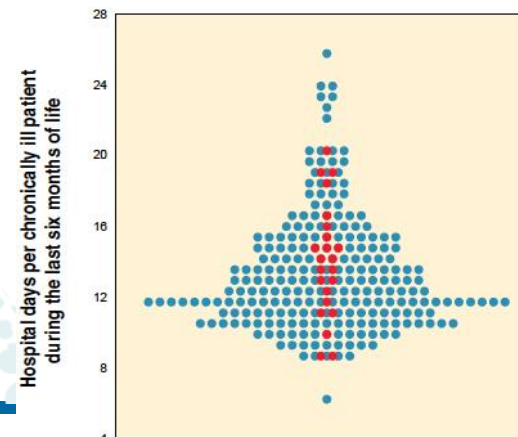
Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013



© 2015 versorgungsatlas.de

Choosing Wisely: Prevalence and Correlates of Low-Value Health Care Services in the United States

Carrie H. Colla, Ph.D.^{1,2}, Nancy E. Morden, M.D., M.P.H.^{1,2,3}, Thomas D. Sequist, M.D., M.P.H.^{4,5,6}, William L. Schpero, M.P.H.¹, and Meredith B. Rosenthal, Ph.D.⁷



UK seit ca. 2008:

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

Hintergrund: National Health Service (NHS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), “The Depression Report” (2006)

Schlüsselpersonen: Richard Layard, David Clark

Zentrale Ansatzpunkte:

- **mehr *evidence-based* psychologische Therapie für Angst- und Depressionsbehandlung** (zunächst nur *CBT*, mittlerweile auch *counselling*, *couples therapy*, *interpersonal psychotherapy* and *brief psychodynamic therapy*)
- **bessere Verbreitung und Zugang** (*dissemination*)

Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data



David M Clark, Lauren Carvin, John Green, Richard Layard, Stephen Pilling, Magdalena Janecka

Summary

Background Internationally, the clinical outcomes of routine mental health services are rarely recorded or reported; however, an exception is the English Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) service, which delivers psychological therapies recommended by the National Institute for Health and Care Excellence for depression and anxiety disorders to more than 537 000 patients in the UK each year. A session-by-session outcome monitoring system ensures that IAPT obtains symptom scores before and after treatment for 98% of patients. Service outcomes can then be reported, along with contextual information, on public websites.

Methods We used publicly available data to identify predictors of variability in clinical performance. Using β regression models, we analysed the outcome data released by National Health Service Digital and Public Health England for the 2014–15 financial year (April 1, 2014, to March 31, 2015) and developed a predictive model of reliable improvement and reliable recovery. We then tested whether these predictors were also associated with changes in service outcome between 2014–15 and 2015–16.

Findings Five service organisation features predicted clinical outcomes in 2014–15. Percentage of cases with a problem descriptor, number of treatment sessions, and percentage of referrals treated were positively associated with outcome. The time waited to start treatment and percentage of appointments missed were negatively associated with outcome. Additive odd ratios suggest that moving from the lowest to highest level on an organisational factor could improve service outcomes by 11–42%, dependent on the factor. Consistent with a causal model, most organisational factors also predicted between-year changes in outcome, together accounting for 33% of variance in reliable improvement and 22% for reliable recovery. Social deprivation was negatively associated with some outcomes, but the effect was partly mitigated by the organisational factors.

Interpretation Traditionally, efforts to improve mental health outcomes have largely focused on the development of new and more effective treatments. Our analyses show that the way psychological therapy services are implemented could be similarly important. Mental health services elsewhere in the UK and in other countries might benefit from adopting IAPT’s approach to recording and publicly reporting clinical outcomes.

Funding Wellcome Trust.

Copyright © The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.



Lancet 2018; 391: 679–86

Published Online
December 7, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

See [Comment](#) page 636

Department of Experimental Psychology, University of Oxford, Oxford, UK (Prof D M Clark DPhil, L Carvin BA Hons); The Oxford Academic Health Sciences Network, Oxford, UK (Prof D M Clark, L Carvin); Department of Clinical Health Psychology, Central and North West London National Health Service Trust, London, UK (J Green PhD); Centre for Economic Performance, London School of Economics, London, UK (R Layard MSc); Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK (Prof S Pilling PhD); and Seaver Autism Center, Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA (M Janecka PhD)

Correspondence to:
Prof David M Clark, University of Oxford, Oxford, UK
david.clark@psy.ox.ac.uk

IAPT-Zentren:

Deutliche Zusammenhänge und Unterschiede, u.a.....

Kürzere Wartezeiten, bessere Ergebnisse

Weniger ausgefallene Sitzungen, bessere Ergebnisse

Höhere Therapiedosis, bessere Ergebnisse

Und: Manche Zentren haben deutlich schlechtere Ergebnisse als andere

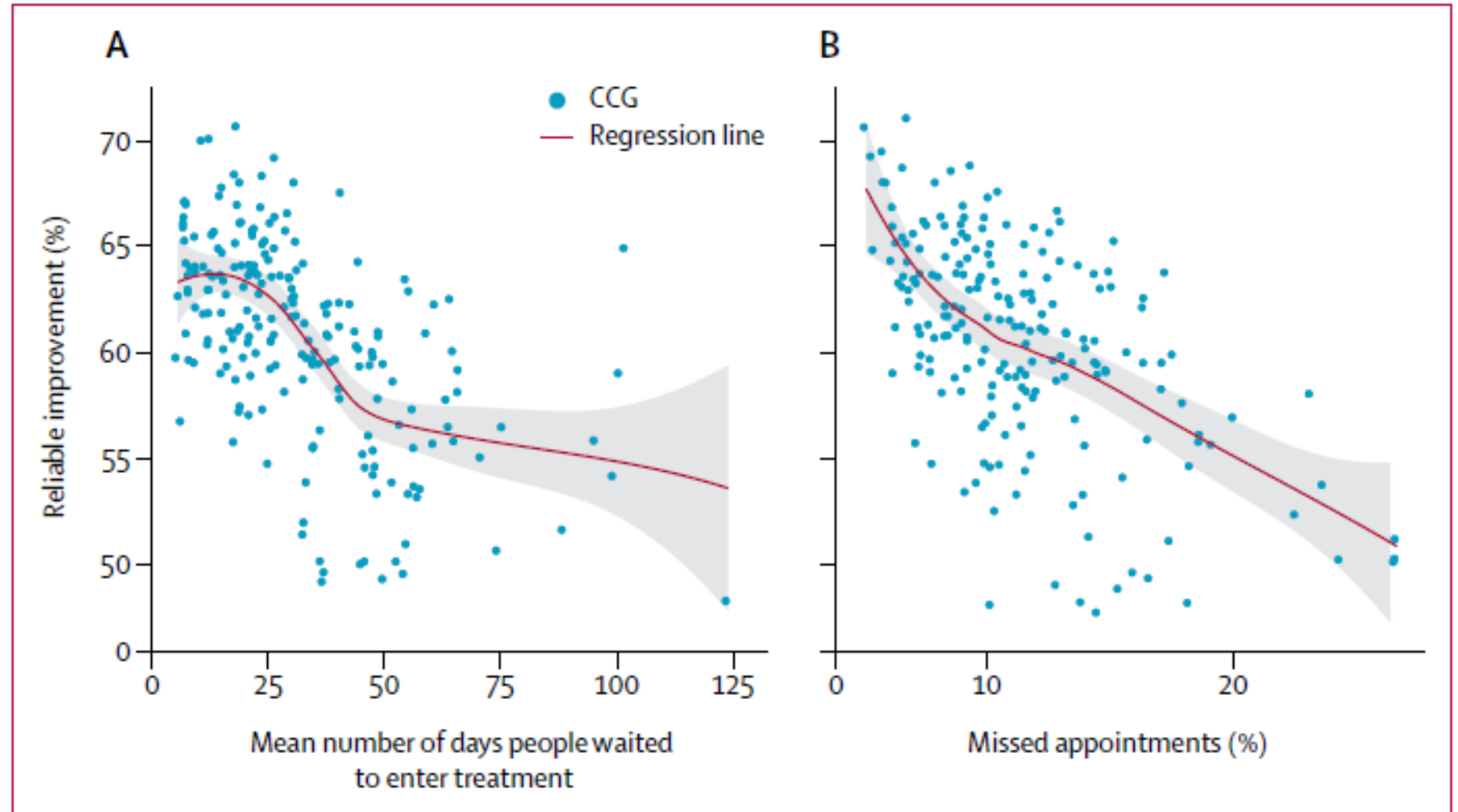


Figure: Reliable improvement of patients in relation to time waited to start treatment in a CCG (A) and missed appointments (B)

Botschaften der IAPT-Konzeption und der Ergebnispublikationen

- **stepped care Ansatz** (in Abhängigkeit von Schwere und Verlauf der Symptomatik wird unterschiedlich intensiven Behandlungsformaten zugewiesen)
 - **Umsetzung in Zentren entscheidend:** Nicht nur eine Therapieform selbst, sondern (insbesondere) auch deren Implementation hat Einfluss auf das Therapieergebnis
 - **Entscheidend für eine transparente Erfolgsbewertung ist das (vollständige) routinemäßige Monitoring** (GAD-7, PHQ-9)
 - **Dies mache Versorgungs-Verbesserung möglich** (D. Clark: „Den schlechteren helfen, es besser zu machen...“), ggf. auch über bestimmte Anreize (z.B. Prämien für gute Recovery-Raten...)
- ➔ **Hypothese: Genau hier möchten IQTIG/G-BA hin**

Problem: keine unabhängige Evaluation (trotz beunruhigender Klagen und Kritik), kein Hinterfragen möglich (Too big to fail...?)

G-BA Beauftragung IQTIG:

Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter

Das Verfahren soll – unabhängig von der spezifischen Diagnose und unabhängig vom angewandten psychotherapeutischen Verfahren – für alle gesetzlich krankenversicherten behandelten Patienten einer ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung

1. die qualitätsrelevanten Prozesse im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen untersuchen und messen.
2. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob Aspekte zur Ergebnisqualität (z. B. Veränderung der Symptomatik; Veränderung der Funktionalität) erfasst werden können. Sofern patientenbezogene Endpunkte im QS-Verfahren erhoben werden, sind alle weiteren Voraussetzungen für einen sachgerechten Einrichtungsvergleich zu berücksichtigen (u. a. Zuschreibbarkeit und Risikoadjustierung unter Berücksichtigung des Schweregrads der Erkrankung, der Komorbidität und multimodaler Therapieansätze wie z. B. Einsatz von Pharmakotherapie oder stationärer Behandlung).
3. Es ist sicherzustellen, dass das QS-Verfahren nicht in den therapeutischen Behandlungsprozess eingreift z. B. durch die Vorgabe bestimmter Psychologischer Testverfahren.

Ziel der Beauftragung ist u. a. ein kompaktes, fokussiertes und fallbezogenes Instrumentarium für den Einsatz in der ambulanten psychotherapeutischen Einrichtung zu entwickeln, welches diagnose- und verfahrensübergreifend einsetzbar ist. Das Instrument soll sich hierbei an qualitätsrelevanten Prozessen und, soweit sachgerecht abbildbar, an patientenrelevanten Endpunkten orientieren.

Beachte: In den (ziemlich geheimen) Gremien zur Ausarbeitung sind keine Methodiker/Psychometriker vorgesehen, obwohl dies angesichts der Komplexität der zu nutzenden Daten nötig wäre (z.B. zur Quantifizierung von Unsicherheit)...

G-BA Beauftragung IQTIG:

Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankensversicherter

Zur Abbildung der Patientenperspektive ist eine Patientenbefragung mit einem validierten Patientenfragebogen zu entwickeln.

Das zu entwickelnde Befragungsinstrument ist integraler Bestandteil des QS-Verfahrens und greift die Qualitätsaspekte/-merkmale auf, die am besten über eine Patientenbefragung abgebildet werden können (qualitätsrelevante Prozesse und – soweit sachgerecht abbildbar –patientenbezogene Ergebnisqualität).

Aufgrund der kleinen Fallzahlen je Leistungserbringer ist der Nutzen eines längeren, z. B. 2-jährigen, Beobachtungszeitraums zu überprüfen. Die Zeitpunkte der Auslösung und die Dokumentation beim Leistungserbringer sind zu prüfen und im Umsetzungskonzept sowie im Datenschutzkonzept zu berücksichtigen.

Des Weiteren ist ein Auswertungskonzept zu entwerfen.

Als besondere Herausforderungen bei der Entwicklung dieser Konzepte sind u. a. die geringen Fallzahlen in den psychotherapeutischen Praxen, heterogene Behandlungs- und Therapieverläufe und mögliche zeitliche Unterbrechungen zwischen den psychotherapeutischen Behandlungen zu berücksichtigen.

In einem ersten Schritt wurde ein Qualitätsmodell für die ambulante psychotherapeutische Versorgung entwickelt. Im Anschluss sollen nun dokumentations- bzw. sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren entwickelt werden.

Phantasien und Ängste?

Kostenträger und Versorgungs-Politik

- **Ohne Steuerung und Kontrolle laufen Qualität (Patientensicherheit) und Kosten aus dem Ruder**
- **Evidenzbasierung nützt Patienten-Wohl und Effizienz** (vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und enormen Gesundheitskosten) [Cave: die “Evidenzbasierung” z.B. der IAPT-Versorgung ist fraglich]
- **Versorgungs-Steuerung anhand von Reglementierung und Anreiz-Setzungen ist nötig und möglich**
- **Transparenz anhand von dokumentierbaren Indikatoren ist ein Schlüssel zur Qualitätssicherung – in somatischer Medizin und auch in Psychotherapie**

Beispiele für Algorithmen in existierenden IQTIG QS-Verfahren:

- **Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten**
- **Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation und zur Überdokumentation**
- **Widersprüche, z.B. „Häufige Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen“**
- **Häufig führende Indikation 'sonstiges'**
- **Abweichung von Leitlinien, z.B. „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes oder fehlende Angabe des Base Excess“**
- ...

Beispiele für Indikatoren in der Psychotherapie

[AQUA (2015): Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter; Anhang]



Abgeleitet aus S3-Leitlinie Depression: Z: Anzahl der Patienten, die (unter Berücksichtigung der individuell erforderlichen Sicherheitskautele) in psychiatrische Behandlung überwiesen wurde; N: Alle Patienten mit akuter Suizidgefährdung und fehlender Absprachefähigkeit, die sich in Behandlung befinden.

Abgeleitet aus S3-Leitlinie Bipolare Störungen: Z: % der Patienten, bei denen mehrfach dokumentiert wurde, dass die Angehörigen eingebunden wurden; N: Patienten, die mit Einbindung der Angehörigen einverstanden waren

DGPPN-Indikatoren SCHIZOPHRENIE, QI 12: Diagnostik/standardisierte Erfassung der Psychopathologie

NHS – The Information Centre (Großbritannien): The number of people who are moving to recovery as a proportion of those who have completed a course of psychological treatment

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (USA): Child and Adolescent Major Depressive Disorder: Suicide Risk Assessment

...man überlege sich, wie umfangreich bereits eine **Basisdokumentation** sein müsste, um “Qualität der ambulanten Psychotherapie” adäquat abzubilden...

Phantasien & Ängste

Praktiker/innen

- **Dokumentationsaufwand läuft aus dem Ruder** (und reduziert wertvolle Therapiezeit) – reichen nicht bereits verfügbare (Abrechnungs-) Daten aus, um potenziell problematische Verläufe zu identifizieren (und dann ggf. An die Kammer zu melden, die weitere Untersuchungen anstellen kann)?
- **Den Patienten sei ein ständiges Fragebogen-Ausfüllen nicht zumutbar**
- **Die „Vermessung“ der Individualität von Patienten und von Psychotherapie sei an sich bereits vermessen (bzw. unmöglich und schädlich)**
- **Einsatz von routinemäßigem Outcome-Monitoring störe (bzw. „entzaubere“) therapeutische Prozesse und die therapeutische Beziehung**
- **Es entsteht die Gefahr, dass den Befindlichkeiten des Patienten „hinterhergelaufen“ wird, nur um möglichst positive Bewertungen zu bekommen (was wiederum dem eigentlichen Patientenwohl nichts nutzt)**
- **Werde ich damit zum „gläsernen Therapeuten“, dem ständig das Effektivitäts-Controlling im Nacken sitzt?**

➔ **Zusätzliche grundsätzliche Fragen tauchen auf, die gar nichts mehr mit der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung selbst zu tun haben, z.B.:**

- Wie weit soll und darf die Kontrolle einzelner Behandler/innen gehen, und wie werden nicht nur patientenseitige, sondern auch therapeutenseitige Daten geschützt?
- Wäre nicht eine selbst durchgeführte interne Qualitätssicherung im freien, selbstständigen akademischen Heilberuf Psychotherapie angemessener als eine verordnete Kontrolle anhand vorgegebener Qualitätsindikatoren?
- Ist es nicht Aufgabe der Kammern, auf Einhaltung der Berufsordnung zu achten und ggf. problematischem Verhalten von einzelnen Therapeutinnen oder Therapeuten nachzugehen (z.B. anhand von gemeldeten Auffälligkeiten von Abrechnungsdaten, Critical Incident Reporting System CIRS, ...) ?
- Oder muss aus Gründen des Patientenschutzes unbedingt eine entsprechende externe Kontrolle durch die Kostenträger oder andere administrative Stellen gewährleistet werden?
- Bekommen wir es mit einer „Industrialisierung der Versorgung“ zu tun, wenn wir NHS-Strategien übernehmen?
- Evaluation von IAPT unzureichend (vgl. Scott, 2018, 2019) ➔ Wer kontrolliert die Controller...?

The perversion of care: Psychological therapies in a time of IAPT

Rosemary Rizq*

Department of Psychology, Roehampton University, Holybourne Avenue,
London, SW15 4JD, UK

(Received 6 March 2011; final version received 26 June 2011)

In this article, I argue that sweeping changes brought in by the government's Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme have resulted in a perversion of care where National Health Service (NHS) mental health services now disavow the realities of suffering, dependence and vulnerability and turn away from the complexities of managing those in psychological distress. Drawing on work by Freud (1927). *Fetishism*. In *SE Vol XXI: The future of an illusion. civilization and*

Psychodynamic Practice, 2019

Vol. 25, No. 2, 113–126, <https://doi.org/10.1080/14753634.2019.1605682>

 Routledge
Taylor & Francis Group



A plea for a measure of opacity: Psychoanalysis in an age of transparency Annual Birkbeck Counselling Association Lecture December 2018

Rosemary Rizq*

University of Roehampton, UK

'Whatever can be catalogued is an occasion for despair'. Gabriel Marcel (1964).

Ever since the Enlightenment, knowledge has been linked to the metaphor of light. The idea that *'to see is to know'* so firmly grounds our current way of being in and understanding the world it is hard to imagine otherwise. But our insistence on open government, freedom of information and the public's right to know privileges not only the visibility of information but also the visibility of the self. In this paper, I consider how we might think about and respond to the ever-increasing demand for transparency in the consulting room. I draw on the ideas of Derrida, Laplanche and Glissant to argue for what has been called *'the right to opacity'*, suggesting that psychoanalytic practitioners are particularly well placed to offer a critical perspective on today's culture of surveillance.

Article



Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) - The Need for Radical Reform

Michael J Scott 

Abstract

Improving Access to Psychological Therapies is a UK government-funded initiative to widen access to the psychological treatment of depression and anxiety disorders. The author has had the opportunity to independently assess 90 Improving Access to Psychological Therapies clients, using a standardised semi-structured interview, the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM Disorders (SCID) and to listen to their account of interaction with the service. The results suggest that only the tip of the iceberg fully recovers from their disorder (9.2%) whether or not they were treated before or after a personal injury claim. There is a pressing need to re-examine the modus operandi of the service.

Journal of Health Psychology
2018, Vol. 23(9) 1136–1147
© The Author(s) 2018



Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1359105318755264
journals.sagepub.com/home/hpq



← **Schwerwiegende wissenschaftliche Vorwürfe
– aber keine Diskussion seitens IAPT...**

Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries

Tony Rousmaniere
University of Washington

Caroline Vaile Wright
American Psychological Association, Washington, DC

James Boswell
University at Albany, State University of New York

Michael J. Constantino
University of Massachusetts Amherst

Louis Castonguay
The Pennsylvania State University

John McLeod
University of Oslo

Diane Pedulla and Katherine Nordal
American Psychological Association, Washington, DC

Performance accountability—also frequently referred to as quality improvement in the fields of medicine and public policy—is under growing scrutiny in mental and behavioral health care. As one high-profile example, psychologists and other mental health providers will be deemed “eligible clinicians” under the 2015 Medicare Access and Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act starting in 2019. This will incentivize psychologists to track their Medicare patients’ clinical outcomes and report them in data registries, and those who do not will suffer a reimbursement penalty. However, many psychologists are not aware of these developments or prepared for this change. The goal of this article is to provide information to psychologists about quality improvement and clinical data registries from four distinct, though overlapping, vantage points: professional governance, quantitative research, qualitative research, and clinical practice. We review recent regulations and research in this area, with an emphasis on exploring both the potential benefits and challenges of quality improvement. We conclude by providing recommendations for the field of psychology.

Vier Perspektiven:

- „professional governance“
(Steuerung der Versorgung)
- quantitative Forschung
- qualitative Forschung
- Klinische Praxis

Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries

Tony Rousmaniere
University of Washington

Caroline Vaile Wright
American Psychological Association, Washington, DC

James Boswell
University at Albany, State University of New York

Michael J. Constantino
University of Massachusetts Amherst

Louis Castonguay
The Pennsylvania State University

John McLeod
University of Oslo

Diane Pedulla and Katherine Nordal
American Psychological Association, Washington, DC

Empfehlungen von Rousmaniere et al. (2019) (Auswahl):

1. **Zusammenarbeit** der APA und ihrer beruflichen Interessensvertretung (APAPO) mit **psychologischer Forschung und Praxis** hinsichtlich der Instrumente zur Qualitätsentwicklung und “Qualified Clinical Data Registries”
2. Nutzung einer großen **Bandbreite von Instrumenten** – inklusive der Erhebung von qualitativen Daten (McLeod, 2017) und Verfahren, die für Minderheiten und Randgruppen angemessen sind (Leong, 2014). Die **Grenzen empirischer Messungen** sollten im Auge behalten werden (Wolpert, 2014).
3. **Überarbeitung bestehender Verfahren** zur Qualitätsverbesserung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse aus Therapeuten- und Patientenschaft (Moltu et al., 2018).

[...]

Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries

Tony Rousmaniere
University of Washington

Caroline Vaile Wright
American Psychological Association, Washington, DC

James Boswell
University at Albany, State University of New York

Michael J. Constantino
University of Massachusetts Amherst

Louis Castonguay
The Pennsylvania State University

John McLeod
University of Oslo

Diane Pedulla and Katherine Nordal
American Psychological Association, Washington, DC

Empfehlungen von Rousmaniere et al. (2019) (Forts.):

5. **Motivation und Freiwilligkeit** sollten im Zentrum der Mitarbeit stehen (statt finanziellen Anreizen oder Strafmaßnahmen einzelner Praktiker)
6. Auf Basis erhobener Daten sollten **keine Vergütungs – oder Personalentscheidungen** getroffen werden. Falls es dazu kommt, ist auf eine angemessene Interpretation der Daten im klinisch-praktischen Kontext zu achten.
7. Die **praktische Umsetzbarkeit** qualitätsverbessernder Maßnahmen im klinischen Alltag muss gewährleistet sein. Solche Maßnahmen können stets nur Hilfsmittel für die effektive Auswahl, Planung und Implementierung klinischer Praktiken sein

Um was es letztendlich (allen Beteiligten) geht...

Epidemiologische bzw. Public Health Perspektive:

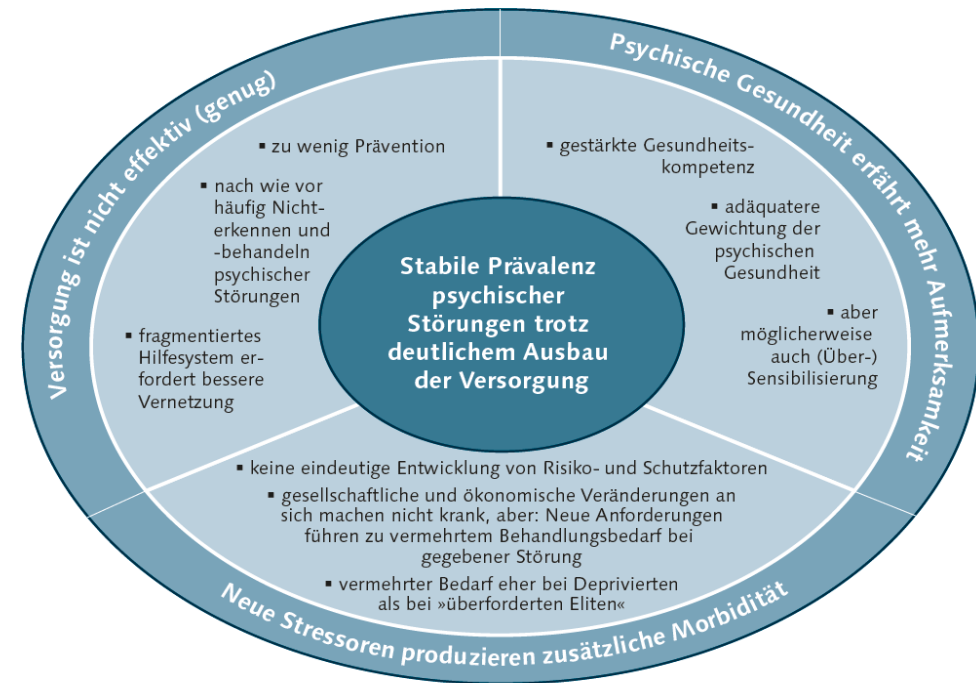
Erhalt und Wiederherstellung psychischer Gesundheit bergen
die größte Herausforderung
– bzw. das größte Potenzial –
der Gesundheitsversorgung des
21. Jahrhunderts überhaupt

Dies galt so vor 20 Jahren noch nicht (vgl. „No health without mental health“; EC 2005, Lancet 2007)



Ein versorgungs- epidemiologisches Paradox?

Warum sinkt die Häufigkeit
psychischer Störungen
trotz vermehrter
Behandlungsangebote nicht?¹



SCIENCE vs PSEUDOSCIENCE

SCIENCE

PSEUDOSCIENCE

- | SCIENCE | PSEUDOSCIENCE |
|---|--|
| ▶ Follows the evidence wherever it leads | ▶ Starts with a conclusion, then works backwards to confirm. |
| ▶ Embraces criticism | ▶ Hostile to criticism |
| ▶ Uses precise terminology with clear definitions | ▶ Uses vague jargon to confuse and evade |
| ▶ Claims are conservative and tentative | ▶ Grandiose claims that go beyond the evidence. |
| ▶ Properly considers all evidence and arguments | ▶ Cherry picks only favorable evidence, relies on testimonials or weak evidence. |
| ▶ Uses rigorous and repeatable methods | ▶ Uses flawed methods with unrepeatable results |
| ▶ Engages with peers and community | ▶ Lone mavericks working in isolation |
| ▶ Follows careful and valid logic | ▶ Uses inconsistent and invalid logic. |
| ▶ Changes with new evidence | ▶ Dogmatic and unyielding |



FB.COM/THE SKEPTICS GUIDE



Psychologische
Hochschule Berlin

„Wissenschaftliche
Haltung“:

Relevanz für
Psychotherapie-
Praxis...?

Keeping Psychologists in the Driver's Seat: Four Perspectives on Quality Improvement and Clinical Data Registries

Tony Rousmaniere
University of Washington

Caroline Vaile Wright
American Psychological Association, Washington, DC



James Boswell
University at Albany, State University of New York

Michael J. Constantino
University of Massachusetts Amherst

Louis Castonguay
The Pennsylvania State University

John McLeod
University of Oslo

Diane Pedulla and Katherine Nordal
American Psychological Association, Washington, DC

Schöner Schluss-Satz:

As we proceed, we would do well to remember the words of psychologist Irene Elkin, “The data are always friendly.”

“Unseren Empfehlungen liegt der feste Glaube daran zugrunde, dass Qualitätssicherungs-Regelungen und – Prozeduren in der komplexen Vernetzung von Ansprüchen, Bedürfnissen und Realitäten klinischer Praxis sorgfältig abgewogen sein müssen – also insbesondere folgendes im Blick haben müssen:”

- client needs and satisfaction,
- cost reductions and resources management (including triage and referrals),
- therapists expertise and training needs,
- optimal access, continuation, modification, augmentation, and termination of services,
- while maintaining the ultimate goal of improving patient-centered care.

(Zwischen-) Fazit zur Debatte um „Qualität in der Psychotherapie“

- **Die Perspektive determiniert die Antwort auf die typischen Fragen zur Qualitätssicherung stark** (Steuerung/“professional governance“, Akteure / Interessensvertreter/“stakeholder“, quantitative Forschung, qualitative Forschung, Klinische Praxis)
- **Die inhärente Vielschichtigkeit ist kompliziert** (mehr als einfach nur „pro und contra“, oder als „Was ist denn nun dazu die wissenschaftliche Evidenz?“)
- **Das Thema ist emotional besonders aufgeladen angesichts „Risiken und Nebenwirkungen“** (oder gar Kollateralschäden), **Ideologien und auch standespolitischen Aspekten...**

- Was zeichnet eine (hinreichend) gute Therapeutin bzw. Therapeuten aus?
- Was zeichnet einen guten psychotherapeutischen Prozess aus?
- Gibt es (verfahrenübergreifende und patientenübergreifende) Kriterien für Qualität in der Psychotherapie?
- Was ist ein qualitativ gutes Ergebnis einer Psychotherapie?
- Was kann „gemessen“ werden – was nicht?
- Zu welchem Zeitpunkt ist es sinnvoll, psychisches Geschehen und dessen Veränderung in der Psychotherapie zu messen?
- Was sagen die Mess-Ergebnisse über die Qualität aus?
- Was wissen wir über den Nutzen und die Nebenwirkungen vom „Messen“ der Qualität von Psychotherapie?

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

Prof. Dr. Frank Jacobi

Informations- und Diskussionsveranstaltung des Ausschusses
Qualitätssicherung, Wissenschaft, Forschung der Psychotherapeutenkammer
Berlin, 4.3.2020