

Externe und Interne Qualitätssicherung –

Beiträge zu einer konstruktiven Fehlerkultur

Prof. Dr. Cord Benecke
Universität Kassel

Gibt es überhaupt ein „Qualitätsproblem“?

Verschiedene Studien:

- eher Nein

Wenn, dann

- bei einzelnen Therapeut:innen
- bei schweren psychischen Störungen

Was macht Psychotherapie gut?

Was macht Psychotherapie besser?

Aktuell: 2 Strategien

Fokus auf

1. Normierung, Kontrolle, Steuerung von Behandlung
2. Entwicklung von generell kompetenten TherapeutInnen

Fokus auf

(externe) **Kontrolle und Steuerung**

Steuerung Rahmenbedingungen 1

Beschluss



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

Vom 17. Mai 2018



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Letztes Jahr mussten wir noch zu eher unkonventionellen Mitteln greifen, um etwas über das vom IQTIG geplante neue QS-System zu erfahren:



Mittlerweile liegt ein Zwischenbericht vor.

Frau Piechotta hat die Pläne ausführlich dargestellt.

Mein Fazit zum geplanten QS-System:

Weil die eigentliche Qualität von psychotherapeutischen Prozesse nicht wirklich erfaßbar ist...

- wird irgendwas drum herum gemessen:
- Im Wesentlichen, **ob sich die TherapeutInnen formal an die Berufsordnung halten.**
- Es wird nur gefragt, **ob** etwas gemacht wurde,
- **nicht, ob es gut gemacht wurde ...**
- Aus diesen Daten lässt sich die Qualität einer Psychotherapie m.E. *nicht* ablesen.
- Dennoch: Konsequenzen, wenn die Indikatoren ein „Qualitätsproblem“ identifiziert haben.

Da wird Datenschrott erzeugt:

pro Jahr 1,5 Millionen Datensätze ohne Aussagewert.

Entscheidend: Auch der schlechteste Therapeut kann „alles richtig“ machen.

Wahrscheinlich: **sehr ungünstige Lenkungswirkungen**

zum Schaden von „schwierigen“, komorbid- und/oder persönlichkeitsgestörten, älteren, weniger gebildeten etc. PatientInnen.

Richtung: Normierung

Steuerung Rahmenbedingungen 2

Mai 2021 der Versuch, via Omnibusgesetz in Form des Änderungsantrags 49 zum GVWG eine Regelung einzuschleusen, mit welcher absehbar Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie der Weg bereitet worden wäre, **anstelle von individueller Indikationsstellung und Behandlungsplanung künftig *Diagnose-bezogen normierte Behandlungspakete* zu verordnen.**

- **Protest lief unter *#RasterPsychotherapie*** ¹
- Konnte (vorerst) abgewendet werden

Themen werden aber wiederkommen:

- Verteilung der Ressourcen
- Ambulante Psychotherapie von Menschen mit schweren psychischen Störungen

¹ Siehe z.B.: [Benecke Stellungnahme zu Antrag 49 zum GVWG \(1\).pdf](#)

Diese Regelungen würden sich gut begründen lassen, wenn klar wäre, dass die in Deutschland durchgeführten Psychotherapien

- unnötig lang sind,
- die falschen Patient*innen („nur leichte Fälle“) und
- diese schlecht oder mit den falschen Methoden behandeln.

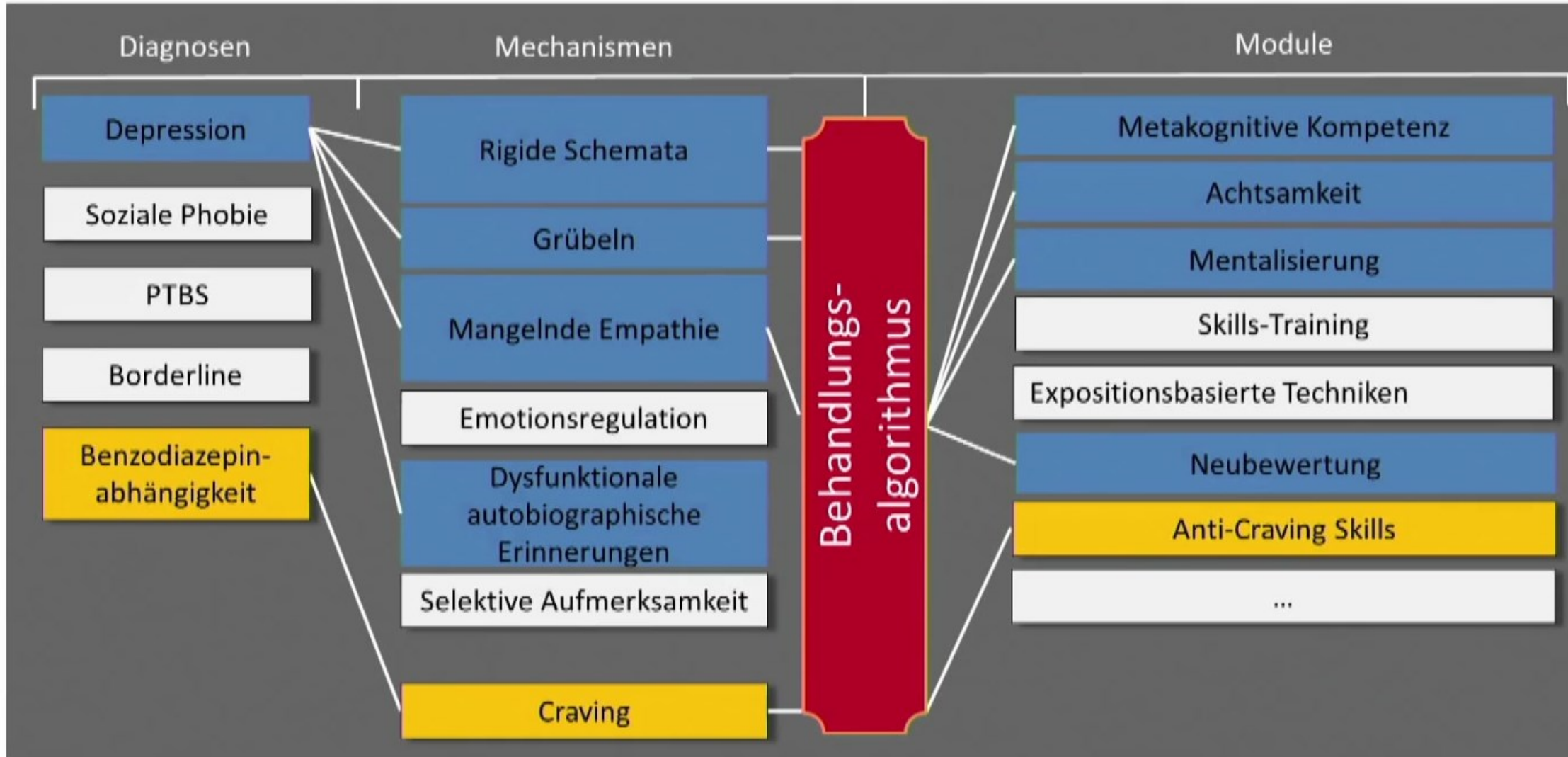
Steuerungsstrategie 3

- der laufenden Therapien

Kommt aus der Forschung (nicht Politik):

- Modulare Psychotherapie
- „Enhanced Psychotherapy“
- Feedback-Systeme
- ...

Modulare Psychotherapie



„Enhanced Psychotherapy“

- Die Grundidee einer solchen „Enhanced Psychotherapy“ besteht darin, **innovative Therapiemodule**, die stark **mechanismen- und prozessorientiert** sind, für bestimmte umschriebene Therapieziele und individualisiert zu entwickeln und diese mit Leitlinien-Psychotherapie zu kombinieren und integrieren. Diese Therapiemodule können **auf verschiedenen Konzepten beruhen** und auch miteinander kombiniert werden, darunter beispielsweise (a) digitale Behandlungsansätze (z. B. virtuelle Realitätsumgebungen oder serious games), (b) kognitive und emotionale Trainings und (c) nicht-invasive Hirnstimulationsverfahren (d) Therapietools für PatientInnen mit einem erhöhten Risiko für ein ungünstiges Therapieergebnis. **Die Wahl der modularen Therapie erfolgt auf einer Datenbasis, die sich auf eine multidimensionale Diagnostik stützt.**
- Die Implementierung eines **engmaschigen Monitorings des Therapieprozesses** ermöglicht auch die **adaptive Gestaltung der Behandlung**, indem PatientInnen mit einem hohen Risiko für ein Nicht-Ansprechen auf die Therapie identifiziert werden können und **gegebenenfalls ein Therapiewechsel oder zusätzliche Interventionen eingeleitet werden**. Prozess- und Outcomedaten werden integriert, um die Therapiestrategie zu verfeinern und um die Vorhersagekraft klinischer Entscheidungen zu verbessern. **Ziel dieses Ansatzes ist es, eine individualisiertere Therapie zu ermöglichen, die letztendlich zu nachhaltigeren Behandlungserfolgen führt und beispielsweise auch häufige Komorbiditäten besser adressiert.** Moderne Verfahren des **Maschinellen Lernens** und der **Künstlichen Intelligenz** sollten zur Integration von relevanten psychosozialen und biomedizinischen Daten **zur erfolgreichen Therapiesteuerung genutzt** werden.

"Trier Treatment Navigator"

- „In der Praxis personalisieren Therapeuten ihr Behandlungsangebot, indem sie Therapien intuitiv und aufgrund ihrer klinischen Erfahrung an die Bedürfnisse des Patienten anpassen.
- Diese Personalisierung erfolgt allerdings unsystematisch und wirft die Frage auf, ob diese Personalisierung durch ein evidenzbasiertes Vorgehen unterstützt und vor allem für Risikopatienten eine verbesserte Behandlung nach sich ziehen könnte“.

Trier Therapie *N*avigator (TTN)

Personalisierte Behandlungsempfehlung

- Therapieabbruchrisiko
- Auswahl der Behandlungsstrategie



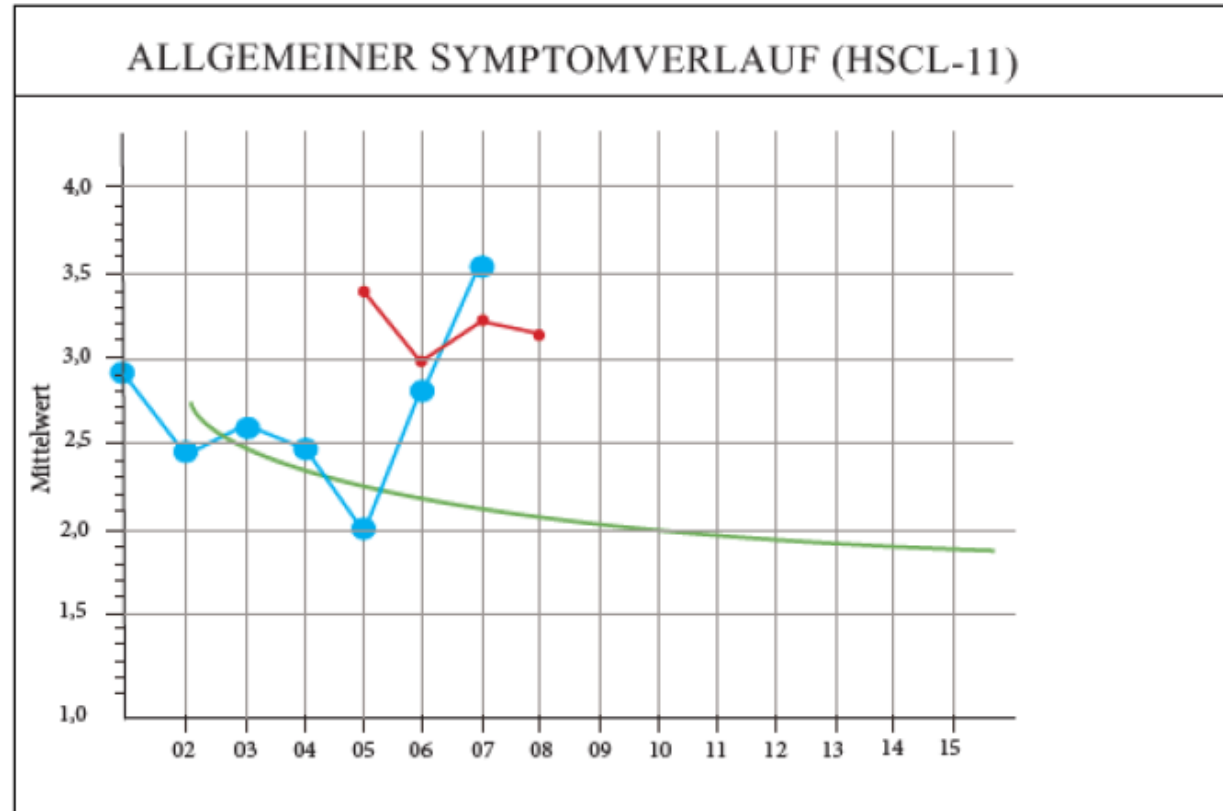
Personalisierte Behandlungsanpassung

- Detektion von negativen
Therapieverläufen
- Klinische Unterstützungstools

S



Feedback für Patient XXYYP01



ALLGEMEINER SYMPTOMVERLAUF



Allgemeiner Symptomverlauf ist nicht erwartungsgemäß.

KLINISCHE UNTERSTÜTZUNGSTOOLS



Risiko / Suizidalität



Motivation / Therapieziele



Therapeutische Beziehung



Soziale Unterstützung / Kritische Lebensereignisse



Emotionsregulation / Selbstregulation

Wenn mensch das weiterdenkt ...

Psychotherapie der Zukunft sähe dann ungefähr so aus:

- Extern vorgeschaltete (KI-gestützte) Diagnose-Stellung,
 - daraufhin wird ebenfalls KI-gestützt die Indikation gestellt und
 - ein fixes, diagnosebezogenes Behandlungspakte verordnet.
-
- Psychotherapie ist dann das Abarbeiten der vorgegebenen Module,
 - und wird aber noch laufend *enhanced* durch KI-basierte Steuerung von „nicht erwartungsgemäßen“ Verläufen.
- Abschaffung der *Person* des/der PsychotherapeutIn

Aber vorhin Frank Jacobi (Michael Lambert):

„Feedback besonders wirksam bei großer Diskrepanz zwischen Vorhersage der Behandelnden und der statistischen Vorhersage

➔ **Feedback muss über ohnehin vorhandene Reflexion hinausgehen!**“

➤ Bei **ohnehin kompetenten TherapeutInnen** bringt ein solches Feedbacksystem nicht sehr viel.

Die anderen Voraussetzungen, wie

- *Commitment* (sich auch wirklich verbessern wollen UND Überwindung des eigenen Widerstands gegenüber externer “Kontrolle”)
- *Awareness of discrepancy between goal and reality* (Bewusstsein für eigene Unzulänglichkeiten UND Glaube an Verbesserungsmöglichkeit)

lassen vermuten: die wirklich schlechten TherapeutInnen erfüllen diese Voraussetzungen nicht.

➤ bei denen wirkt das auch nicht ...

Daher:

Fokus auf

therapeutische Kompetenz

Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects

John Okiishi,¹ Michael J. Lambert,^{1*} Stevan L. Nielsen¹
and Benjamin M. Ogles²

¹Brigham Young University, UT, USA

²Ohio University, OH, USA

Improving the effects of psychotherapy has been accomplished through a variety of methods. One infrequently used method involves profiling patient outcomes within therapist in order to find the empirically supported psychotherapist. This study examined data collected on 1841 clients seen by 91 therapists over a 2.5-year period in a University Counseling Center. Clients were given the Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) on a weekly basis. After analysing data to see if general therapist traits (i.e. theoretical orientation, type of training) accounted for differences in clients' rate of improvement, data were then analysed again using Hierarchical Linear Modeling (HLM), to compare individual therapists to see if there were significant differences in the overall outcome and speed of client improvement. There was a significant amount of variation among therapists' clients' rates of improvement. The therapists whose clients showed the fastest rate of improvement had an average rate of change 10 times greater than the mean for the sample. The therapists whose clients showed the slowest rate of improvement actually showed an average increase in symptoms among their clients. Use of this information for improving quality of patient outcomes is discussed. Copyright © 2003 John Wiley & Sons, Ltd.

Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects

Verschiedene Studien: zwischen 5 und 12 % der Ergebnisvarianz geht auf TherapeutInnen-Effekte zurück (Crits-Christoph et al. 1991; Okiishi et al 2003; Saxon & Barkham 2012; Wampold, Imel, & Flückiger 2018)

In naturalistischen Settings zeigt sich, dass die **Therapeuteneffekte** ziemlich dramatisch anstiegen, wenn die Schwere der Symptome der **Patienten sich erhöhte**, d. h. die Variabilität in den Ergebnissen war größer, wenn schwerer gestörte Patienten in Behandlung waren (Baldwin & Imel 2013).

Wie kann
Kompetenzentwicklung
gefördert werden?

„bad therapist“: Manifestationen und Warnsignale



Direktes Fehlverhalten, Kunstfehler bzw. Unzulänglichkeiten in Therapien

- Fehlende emotionale
- „eigene Themen“
eigene Bedürfnisse
„emotionaler Verdrängung“
verbreiten wollen
- Persönliche Verdrängung
Nähe und Distanz
- Invalidierendes
Orientierung („Kunstfehler“)
- Nachhaltig negative
- Regelmäßig in
Ausfallhonorar
- Fehlende Anpassung
(z.B. sprachlich
oder Patienten
Motivationslage
nicht möchte)

„bad therapist“: Manifestationen und Warnsignale



Probleme in professionellen (oder Ausbildungs-) Kontexten und Prozessen

„bad therapist“: Manifestationen und Warnsignale

- Organisatorische
- Schwierige
- Regelmäßige
- Auflagen

Personale und interpersonale Defizite

- Hinweise auf mangelnde Intelligenz
- „lässt nichts blicken“
- Anteile in Therapie
- Selbst
- Häufige
- Häufige
- Patienten
- Mangelnde
- anderen
- ...

- Inflexibel (bis hin zur ideologischen Rigidität)

These:
Alles das ist schon während der
Aus-/Weiterbildung sichtbar!

Naturngemäß besonders heikler Bereich...

- Diagnostik,
- fachlicher Austausch,
- Missung von Leitlinien
- Eindruck, Selbsterfahrung nicht für die
- therapeutischen und organisatorischen Probleme zu
- nutzen, um die es eigentlich gehen müsste
- Erweckt regelmäßig den Eindruck, Probleme mit Ehrlichkeit und Integrität sowie psychischer Stabilität und psychischer Gesundheit (z.B. Persönlichkeitsstörung, Sucht) und eigener Selbstfürsorge zu haben
- ...

ische
Berlin
ilität für

Universitäten

Polyvalenter Bachelor

Basiswissen: alle PT-Verfahren

Psychotherapie-Master

Grundkompetenzen in allen PT-Verfahren

Approbation

Medizin

Weiterbildungseinrichtung

Theorie, Supervision, Selbsterfahrung

Psychotherapie-Verfahren

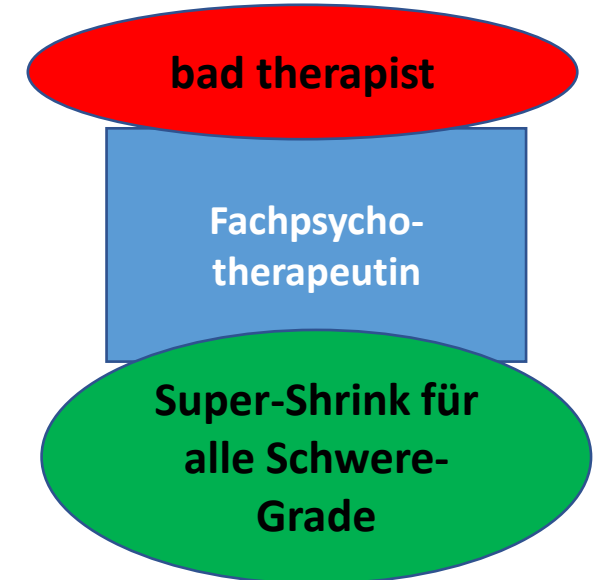
Weiterbildungsambulanz / Polyklinik / Tagesklinik / Klinik

bad therapist

**Fachpsycho-
therapeutin**

**Super-Shrink für
alle Schwere-
Grade**

Zeit, 5 Jahre



Universitäten

Polyvalenter Bachelor

Basiswissen: alle PT-Verfahren

Psychotherapie-Master

Grundkompetenzen in allen PT-Verfahren

Approbation

Medizin

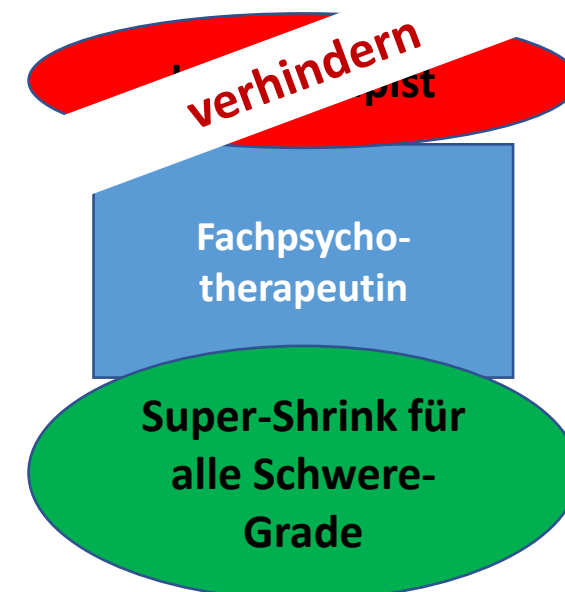
Weiterbildungseinrichtung

Theorie, Supervision, Selbsterfahrung

Anti-bad-therapist-Maßnahmen,
z.B. strukturiertes Monitoring der
Entwicklung
z.B. video-gestützte Intervention
z.B. 360-Grad-Feedback
z.B. PatientInnen-Befragung
etc.

Weiterbildungsambulanz / Polyklinik / Tagesklinik / Klinik

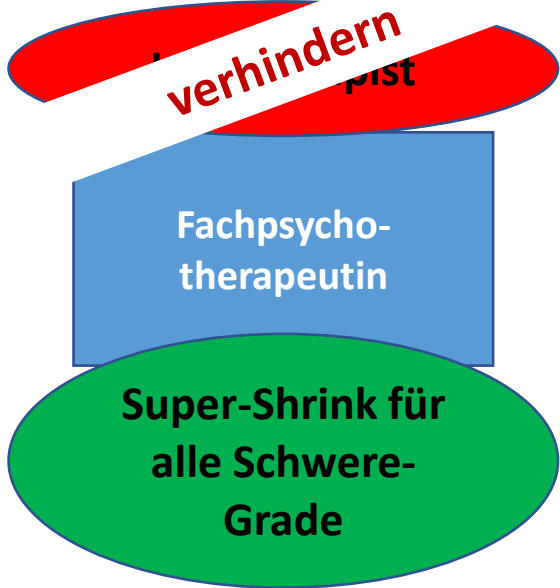
Zeit, 5 Jahre



Universitäten	
Polyvalenter Bachelor Basiswissen: alle PT-Verfahren	Psychotherapie-Master Grundkompetenzen in allen PT-Verfahren

Approbation

Medizin



Zeit, 5 Jahre



Universitäten

Polyvalenter Bachelor

Basiswissen: alle PT-Verfahren

Psychotherapie-Master

Grundkompetenzen in allen PT-Verfahren

Approbation

Medizin

Weiterbildungseinrichtung

...orie, Supervision

00:26:31

z.B. 3
z.B. 1
etc.

**Systematische Erweiterung des
Kompetenzspektrums:**

**Behandlung von Menschen mit allen
Schweregraden**

Weiterbildungsambulanz / Polyklinik / Tagesklinik / Klinik

Zeit, 5 Jahre

~~verhindern~~

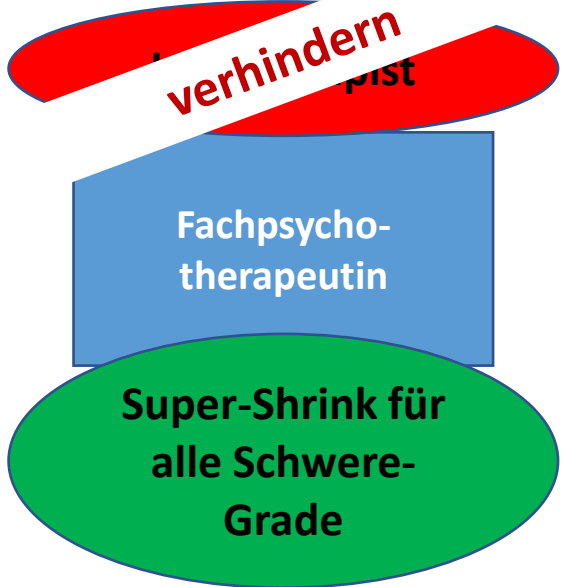
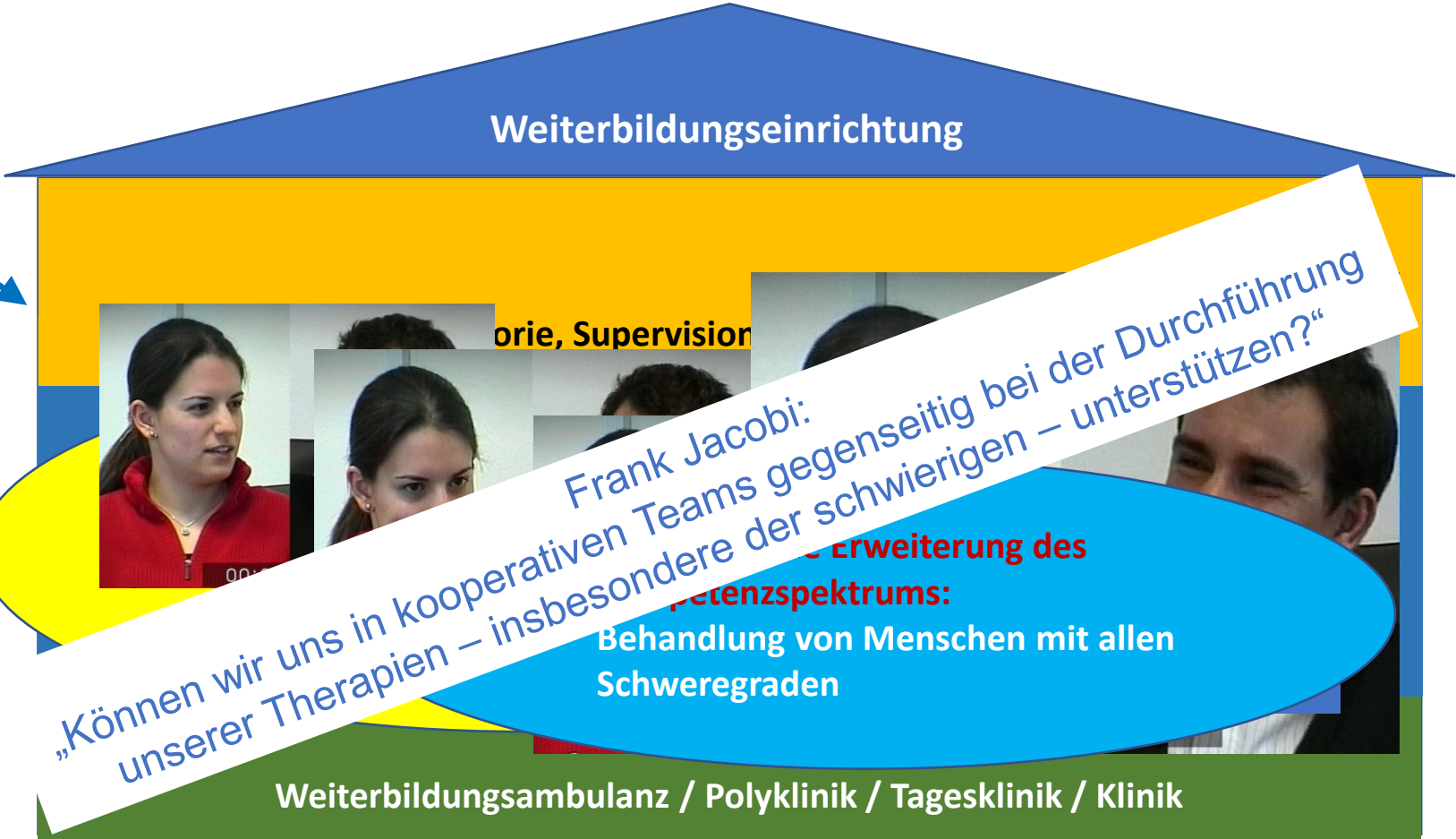
**Fachpsycho-
therapeutin**

**Super-Shrink für
alle Schwere-
Grade**

Universitäten	
Polyvalenter Bachelor Basiswissen: alle PT-Verfahren	Psychotherapie-Master Grundkompetenzen in allen PT-Verfahren

Approbation

Medizin



Zeit, 5 Jahre



Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychoanalytischer Ausbildungsambulanzen (QVA-Studie)

Prinzipiell auch für
andere Verfahren
geeignet

Ein Vorschlag von

Prof. Dr. Cord Benecke
Institut für Psychologie, Universität Kassel

Ziele der QVA-Studie

Wir erwarten uns von den Ergebnissen der QVA-Studie

- eine **verlässliche Datenbasis** über die in den psychoanalytischen Ausbildungsambulanzen vorstellig werdenden und behandelten PatientInnen;
- die Extrahierung von **Indikationskriterien** („Welche/r Patient/in bekommt was?“);
- die Erfassung der **langfristigen Ergebnisse psychoanalytisch begründeter Behandlungen** (sowohl von AusbildungskandidatInnen als auch von Niedergelassenen);
- die Erfassung von **langfristigen Kosten-Nutzen-Aspekten**,
- die Identifikation von für die **Ergebnisqualität** (Outcome) relevanten **Struktur- und Prozessmerkmalen**, sowie, daraus abgeleitet,
- **Empfehlungen in Bezug auf Struktur- und Prozessmerkmale** dieser Ambulanzen, um eine größtmögliche patienten- und versorgungsrelevante **Ergebnisqualität** zu erreichen.

Zeitplan QVA-Studie

**Interviews mit
Ambulanz-
leitungen.**

Jahr 1

Jahr 2

Jahr 3

Jahr 4

Jahr 5

Jahr 6

Jahr 7

Jahr 8

Jahr 9

Jahr 10

Jahr 11

Jahr 12

Erhebungen A

Befragung der PatientInnen
vor Behandlungsbeginn
mittels Basisbogen-Patient

Erhebungen C

Online-Verlaufs-Befragung der PatientInnen, alle 6 Monate, pro Pat 8 Jahre lang

Erhebungen D

Online-Verlaufs-Befragung der behandelnden TherapeutInnen, bis Behandlungsende

Erhebungen B

**Befragung der behandelnden
TherapeutInnen**
nach Probatorik
mittels Basisbogen-Therapeut

**Publikation
Studien-
Design**

**Prä-Daten
(A und B)
Auswertung
und
Publikation**

**Zwischen-
Auswertungen
und
Publikation**

**Abschluss-
Auswertungen
und
Publikation**

Projekt-Phase I

Projekt-Phase II

Projekt-Phase III

Erhobene Daten (Pat.)

Akronym	Kurzbeschreibung	Items
SDF	Soziodemografie-Frag	11
FIMA	Fragebogen zur Erfassung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie Arbeitsausfallzeiten (adaptiert) (Seidl et al. 2015).	6-17 (Sprungregeln)
PHQ-D	8 DSM-IV Verdachtsdiagnosen plus Schweregrad der depressiven und körperlichen Beschwerden (PHQ-D) (Gräfe et al. 2004)	39-70 (Sprungregeln)
Cross D	Syndromübergreifendes Erhebungsinstrument – Angstsymptome (Craske et al. 2013)	12
ACE-D	Adverse Childhood Experiences Questionnaire (deutsch: Wingefeld et al. 2011), erfasst traumatische Ereignisse in Kindheit und Jugend.	10
IPO-30	Kurzform des Inventory of Personality Organization (Hörz-Sagste	30
OPD-SFK	Kurzfo	
OPD-KF	Der O	
LPFS-BF	LPFS-	
PID5BF+ modified	Erfasst	
SELB	Modul	
DSQ 30	Defenc	
SES	Subjec	
EER	Frageb	
DERS-SF	Difficu	
HFERST	Heidel	
IIP-32	Inventar Interpersoneller Probleme (Thomas et al. 2011)	32
BEFKI-gc K	Skala zur Messung kristalliner Intelligenz (Schipolowski et al. 2017)	12
WHOQOL-BREF	Lebensqualität gemäß WHO	25

Entspricht den aktuellen Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Klinische Psychodiagnostik und Psychometrie“ der DKPM zu den fünf „Zentralen Dimensionen zur Erfassung der Wirksamkeit von Psychotherapie“:

- 1) **Symptomschwere** (Basisdimensionen: Depressivität, Angst, somatische Beschwerden),
- 2) Gesundheitsbezogene **Lebensqualität**,
- 3) Interpersonelle **Beziehungsgestaltung**,
- 4) **Affektregulation** und
- 5) **Selbstwirksamkeit** (Rabung et al. 2019).

Plus psychodynamische und andere Extras.

Akronym	Kurzbeschreib	Items
FIMA	Fragebogen medizinischer Leistungen sowie Arbeitsausfallzeiten (adaptiert) (Seidl et al. 2015).	6-17 (Sprungregeln)
PHQ-D	8 DSM-IV Verdachtsdiagnosen plus Schweregrad der depressiven und körperlichen Beschwerden (PHQ-D) (Gräfe et al. 2004)	39-70 (Sprungregeln)
Cross D	Syndromübergreifendes Erhebungsinstrument – Angstsymptome (Craske et al. 2013)	12
GSCR	Global Symptom Change Rating (Heuft et al. 1998; Heymann und Tritt 2018)	3
OPD-SFK	Kurzform des OPD-Strukturfragebogens (Ehrenthal et al. 2012; Dinger et al. 2014; Ehrenthal et al. 2015), erfasst die Selbsteinschätzung des <i>Strukturniveaus</i> der Persönlichkeit nach dem OPD-System	12
LPFS-BF	LPFS-BF ist ein Kurzfragebogen zur Erfassung des Kriteriums A des AMDP (Bach und Hutsebaut 2018)	12
PID5BF+ modified	Erfassung von Kriterium B („Traits“) des AMDP des DSM-5 (Kerber et al. 2020)	36
SELB	Modul D „Selbstwirksamkeit“ aus dem HEALTH (Rabung et al. 2009)	5
EER	Fragebogen zu Emotionserleben (Benecke et al. 2008), Erlebesskala (mod.) + „Unklarheit über Gefühle“	20
DERS-SF	Difficulties in Emotion-Regulation Scale – Kurzform (Kaufman et al. 2016)	18
WHOQOL-BREF	Lebensqualität gemäß WHO	25

Plan:

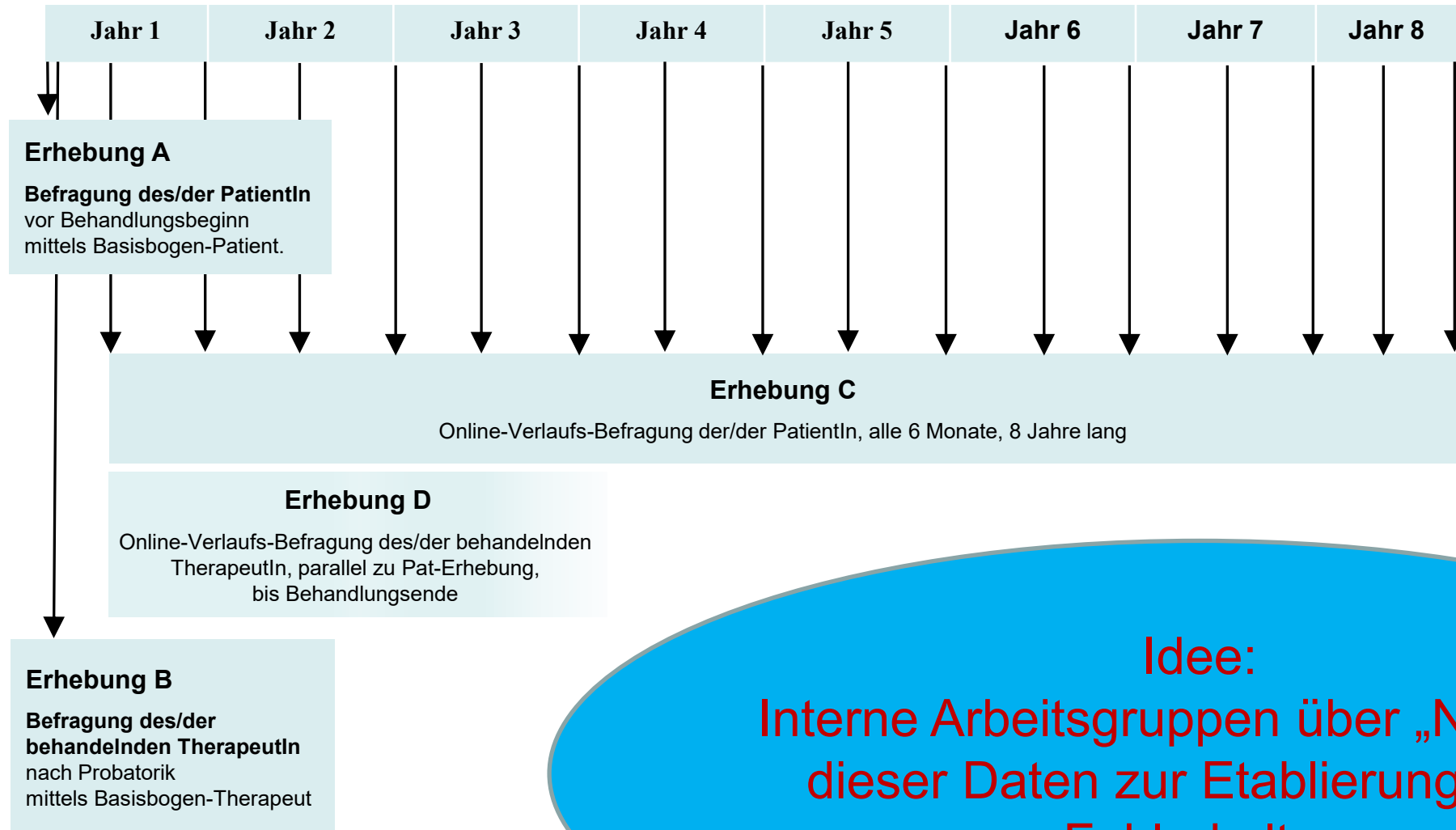
Integration der IQTIG-Indikatoren, auch, um die das IQTIG-System validieren zu können.

	Qualität der therapeutischen Beziehung auf den Skalen <i>Ziele, Prozess</i> und <i>Bindung</i> .	
--	--	--

Tab. 1: Basisbatterie-PatientIn, Online-Fragebögen vor Erstkontakt.

Tab. 3: Verlaufsbogen-PatientIn, Online-Fragebögen im Verlauf (alle 6 Monate für 8 Jahre)

Erhebungen pro PatientIn / Behandlung



Idee:
Interne Arbeitsgruppen über „Nutzung“
dieser Daten zur Etablierung einer
Fehlerkultur
(der TherapeutInnen / der Einrichtung)

Vielen Dank!

