

# Externe und Interne Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Perspektive „Fehlerkultur“

**Prof. Dr. Frank Jacobi**

Online-Veranstaltung der Berliner Psychotherapeutenkammer  
(Ausschuss Qualitätssicherung, Wissenschaft, Forschung):  
Externe und Interne Qualitätssicherung – Beiträge zu einer konstruktiven Fehlerkultur

Berlin, 18.8.2021

# Überblick

## „Qualität in der Psychotherapie“: Typische Fragen und unterschiedliche Akzente eines emotional aufgeladenen Themenfeldes

### Was macht eine gute Qualität aus bzw. wie kann man Qualität verbessern?

- Deliberate Practice (z.B. T. Rousmaniere)
- Systematisches Feedback (z.B. M. Lambert)

### Was macht eine schlechte/schädliche Qualität aus?

- akzidentielle therapeutische Fehler vs. (systematisches) Fehlverhalten
- „*bad therapist*“: Warnsignale
- Beschwerdestellen der Kammern/Ombudstellen/Critical Incident Reporting/Ethikverein etc.

Bezug zu „*Qualitätsmodell und Qualitätsindikatoren für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter*“ (IQTIG/G-BA)

# „Qualität in der Psychotherapie“

**Typische Fragen und unterschiedliche Akzente  
eines emotional aufgeladenen Themenfeldes**

# 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?

**Strukturqualität, Prozessqualität** (eigentlich bereits herkömmlich ausführlich geregelt) & **Ergebnisqualität** (noch ungeregelt)

**Kann externes Qualitätsmonitoring** (Standard-Indikatoren, Patientenbefragungen) **Qualität sichern und verbessern?**

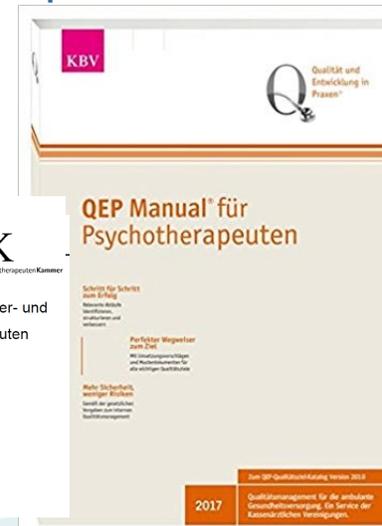
- Information und Aufklärung zum Therapieverfahren und den Behandlungsoptionen
- Diagnostik
- Informationen zu den Rahmenbedingungen
- Information und Aufklärung zur Diagnose
- Information und Aufklärung zur aktuellen Therapie
- Gemeinsame Behandlungsplanung
- Therapiezielvereinbarung
- *Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung*
- *Erfassung und Besprechung des Therapiefortschritts im Verlauf*
- Kooperation
- Vorbereitung und Gestaltung des Therapieendes
- *Outcome*

## Muster-Berufsordnung



für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

in der Fassung der Beschlüsse des  
7. Deutschen Psychotherapeutentages  
in Dortmund am 13. Januar 2006



# 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

# Einige kritische Aspekte in diesem emotional aufgeladenem Themenfeld

## QS in der Psychotherapie vs. QS in der Medizin vs. QS im Allgemeinen

Reaktanz bei ungleichen Anforderungen; Problem von Nicht-Übertragbarkeiten; unterschiedliche Maßstäbe...

## Sinn und Kontext bestimmen die Bewertung von Maßnahmen:

- **Consumer-Schutz vs. Steuerung von Kassenleistung vs. intrinsischer Antrieb**  
Wer entscheidet, was warum wie kontrolliert wird?
- **Beispiel Pat.-Befragung:** Zur Aufdeckung von therapeutischem Fehlverhalten, zum „Benchmarking“/Praxis-Wettbewerb, zur Bewilligung von Therapieverlängerung, zur Forschung über Psychotherapiequalität, zur Steuerung der Therapie im Hier & Jetzt etc...
- **Beispiel „How not to do it“:** Sehr gutes didaktisches Instrument für Aus- und Fortbildung (z.B. Therapie-Videos, in denen sich Koryphäen problematisch verhalten), aber kaum geeignet für Qualitätssicherungs-Kontext in der Öffentlichkeit...

# Einige kritische Aspekte in diesem emotional aufgeladenem Themenfeld (Forts.)

## Kontroversen um geeignete Paradigmen

z.B. *Evidence Based Medicine* als Praxismodell untauglich (besser: Leitlinien für die Praxis); unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich verschiedener Psychotherapieverfahren

## Qualitätssicherung vs. Qualitätsentwicklung

weniger (schwerwiegende) Fehler machen vs. besser werden

## „Fehlerkultur“ ist ganz allgemein ein sensibles Thema...

Bewertung von Fehlern abhängig von der Perspektive; Umgang mit eigenen Fehlern erfordert Mut und Souveränität; Diskretion als Voraussetzung?

## Umgang mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen

**Originär psychologische Domäne – mit Praxiseinsatz bislang vor allem in den Bereichen Pädagogik, Wirtschaft/Finanzen, technische Risiken (z.B. Three Mile Island), neuerdings auch Medizin**

### Anfänge [ [Bearbeiten](#) | [Quelltext bearbeiten](#) ]

Seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte sind Menschen mit Fehlern konfrontiert: Sie machen Fehler, sie erkennen Fehler und sie lernen aus Fehlern. Philosophische Zitate früherer Jahrtausende geben Einblick in die rationale Beschäftigung mit Fehlern und den Austausch über den richtigen Umgang: Das 3000 Jahre alte *I Ging* gibt Auskunft über wahres und falsches Handeln, und [Konfuzius](#) hält fest: „Wer einen Fehler gemacht hat und ihn nicht korrigiert, begeht einen zweiten.“ „Irren ist menschlich“ stellt [Seneca](#) fest, [Horaz](#) mahnt: „In Fehler führt uns die Flucht vor Fehlern“, und [Cicero](#) hält fest: „Jeder Mensch kann irren, aber nur Dummköpfe verharren im Irrtum.“

## Anfänge [ Bearbeiten | Quelltext bearbeiten ]

Seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte sind Menschen mit Fehlern konfrontiert: Sie machen Fehler, sie erkennen Fehler und sie lernen aus Fehlern. Philosophische Zitate früherer Jahrtausende geben Einblick in die rationale Beschäftigung mit Fehlern und den Austausch über den richtigen Umgang: Das 3000 Jahre alte *I Ging* gibt Auskunft über wahres und falsches Handeln, und **Konfuzius** hält fest: „Wer einen Fehler gemacht hat und ihn nicht korrigiert, begeht einen zweiten.“ „Irren ist menschlich“ stellt **Seneca** fest, **Horaz** mahnt: „In Fehler führt uns die Flucht vor Fehlern“, und **Cicero** hält fest: „Jeder Mensch kann irren, aber nur Dummköpfe verharren im Irrtum.“

Auch die analytische Beschäftigung mit dem Fehler verfügt über eine lange Tradition. Überliefert sind die Überlegungen von **Aristoteles**, der zwischen Unglück, Fehler und schlechtem Tun unterscheidet: Ein Unglück oder Unfall (griechisch *atuchêma*) geschieht unvorhersehbar und ohne böse Absicht. Im Unterschied dazu ist ein Fehler (*hamartêma*) zwar vorhersehbar, beruht aber keineswegs auf übler Absicht. Eine böse Tat (*adikêma*) hingegen ist sowohl vorhersehbar in ihren negativen Folgen als auch ein Ausdruck schlechter Absichten.

**Normen und Werte** (Anspruchsniveau), **Kompetenzen** (mentale, emotionale), **Instrumentarien** (professionelles „Handwerkszeug“); **Wollen – Können – Dürfen** [E.M. Schüttelkopf]

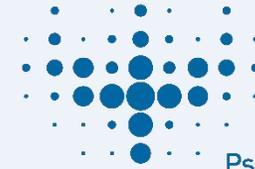
**Bewertung von Fehlern aus unterschiedlichen Perspektiven: Qualitätsmanagement** (Ziel: Fehlerminimierung) vs. **Lernen und Innovation** (Fehler notwendig und hilfreich bzw. produktiv)

# Was macht eine gute Qualität aus bzw. wie kann man Qualität verbessern?

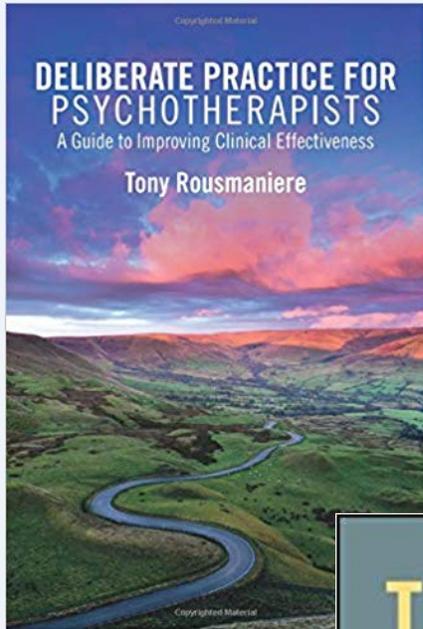
**Deliberate Practice** (z.B. T. Rousmaniere)

**Systematisches Feedback** (z.B. M. Lambert)

# „Deliberate Practice“ (T. Rousmaniere)



Psychologische  
Hochschule Berlin



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

Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Im Fokus 

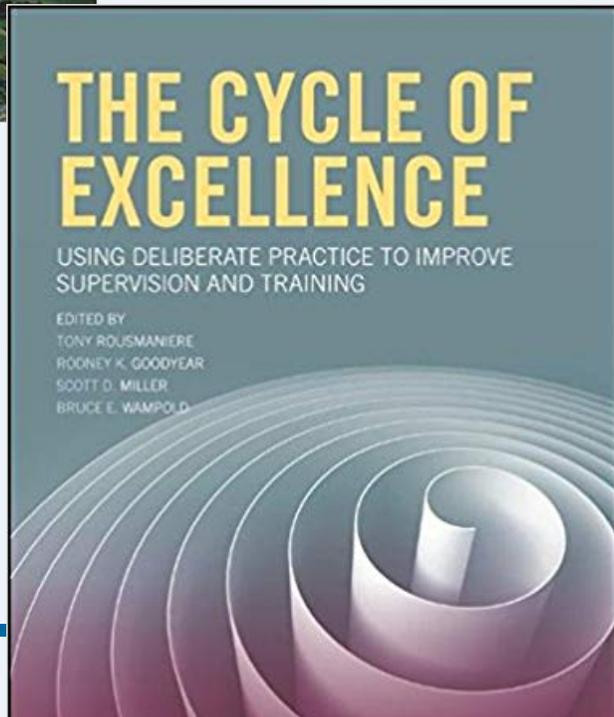
## Deliberate Practice zur Weiterentwicklung therapeutischer Fertigkeiten

Von Prof. Dr. Frank Jacobi und Dr. Michelle Brehm

**A**ngesichts der Abschaffung des Antrags- und Gutachterverfahrens ab 2022 stellt sich die Frage, wie Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zukünftig gestaltet werden kann. Das bisherige Instrument des Berichts an den Gutachter bzw. die Gutachterin stand seit Jahren in der Kritik. Unter anderem konnte die Kontrolle von

die Auffassung vertreten, dass eine Steuerung durch Reglementierung und Anreiz-Setzungen nötig und möglich ist. „Evidenzbasierung“ sei nützlich für Patientenwohl und Effizienz, und „Transparenz“ anhand von dokumentierbaren Indikatoren sei Schlüssel zur Qualitätssicherung.

sehr gute  
Einleitung →  
erhältlich auf  
*researchgate*



# „Deliberate Practice“ (T. Rousmaniere)

## Ausgangspunkt 1: Klassische Wurzeln einer produktiven Fehlerkultur

„Irren ist menschlich“ [Seneca]

„Wer einen Fehler gemacht hat und ihn nicht korrigiert, begeht einen zweiten.“ [Konfuzius]

„In Fehler führt uns die Flucht vor Fehlern“ [Horaz]

„Jeder Mensch kann irren, aber nur Dummköpfe verharren im Irrtum.“ [Cicero]

## Ausgangspunkt 2: 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

# Warum viel therapeutische Erfahrung nicht automatisch viel hilft...

Fundamentaler Unterschied  
zwischen dem Trainieren von  
Freiwürfen und dem  
Psychotherapieren (Steven Hayes):

**(Unmittelbares) Feedback über den  
Outcome vorhanden vs. nicht  
vorhanden!**



# Systematisches Feedback (z.B. M. Lambert)

## Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine

Michael J. Lambert

Brigham Young University, Provo, UT, USA

### Keywords

Adverse effects · Clinical outcomes · Predictors of treatment response · Psychological treatment · Prediction of treatment failure · Prevention of treatment failure · Outcome Questionnaire-45 · Monitoring treatment response · Progress feedback

### Abstract

Despite evidence that psychotherapy has a positive impact on psychological disorders, 30% of patients fail to respond during clinical trials, and as many as 65% of patients in routine care leave treatment without a measured benefit. In ad-

dition, when therapists are provided this information. When problem-solving methods are added to feedback, deterioration in at-risk cases is further reduced to 6% while recovery/improvement rates rise to about 50%. It is suggested that the feedback methods become a standard of practice. Such a change in patterns of care can be achieved through minimal modification to routine practice but may require discussions with patients about their clinical progress.

© 2017 S. Karger AG, Basel

### Introduction

## Einige Statements hieraus:

- EBM [=das, was den G-BA üblicherweise antreibt] verpasst das Ziel, weil Durchschnitte in RCTs als *Gold-Standard* hergenommen werden
- Derartige Methoden wurden bereits recht umfanglich in Psychotherapieforschung, nicht aber in Psychiatrie/Medikamentöser Therapie eingesetzt
- Beachte: Therapiedosis in Deutschland hoch im internationalen Vergleich
- Besonders kritische Datenlage hinsichtlich Therapieerfolg für Kinder und Jugendliche

# Systematisches Feedback (z.B. M. Lambert)

## Einige Statements hieraus (Forts.):

- Zentrales Problem: Selbstüberschätzung von Expertinnen und Experten [dies gilt übrigens nicht nur für Psychotherapie, sondern für alle Professionen und Lebensbereiche]
- Statistische Hilfsmittel sagen Verschlechterungen bedeutsam besser vorher (vgl. Meehl, 1954, 1986)
- Zentral ist die Früherkennung (und die meisten Verschlechterungen weisen bereits frühzeitig Auffälligkeiten auf)
- Feedback besonders wirksam bei negativem Therapieoutcome, d.h. Zielgruppe ist “*off-track*” (ca. 20-40%)
- Feedback besonders wirksam bei großer Diskrepanz zwischen Vorhersage der Behandelnden und der statistischen Vorhersage  
➔ Feedback muss über ohnehin vorhandene Reflexion hinausgehen!

Psychotherapy  
and Psychosomatics

### Special Article

Psychother Psychosom 2017;86:80–89  
DOI: 10.1159/000455170

Received: December 7, 2016  
Accepted after revision: December 17, 2016  
Published online: February 10, 2017

## Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine

Michael J. Lambert

Brigham Young University, Provo, UT, USA

### Keywords

Adverse effects · Clinical outcomes · Predictors of treatment response · Psychological treatment · Prediction of treatment failure · Prevention of treatment failure · Outcome Questionnaire-45 · Monitoring treatment response · Progress feedback

### Abstract

Despite evidence that psychotherapy has a positive impact on psychological disorders, 30% of patients fail to respond during clinical trials, and as many as 65% of patients in routine care leave treatment without a measured benefit. In ad-

dition, when therapists are provided this information, when problem-solving methods are added to feedback, deterioration in at-risk cases is further reduced to 6% while recovery/improvement rates rise to about 50%. It is suggested that the feedback methods become a standard of practice. Such a change in patterns of care can be achieved through minimal modification to routine practice but may require discussions with patients about their clinical progress.

© 2017 S. Karger AG, Basel

### Introduction

# Systematisches Feedback (z.B. M. Lambert)

## Voraussetzungen für erfolgreichen Einsatz (Riemer et al., 2005)

- *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)

## Gutes Feedback hat spezielle Anforderungen:

- *credible*
- *immediate*
- *frequently*
- *systematic*
- *simple (e.g. graphic)*
- *unambiguous*

**Außerdem:** *Concrete suggestions of how to improve* (vgl. Medizin: Messwert z.B. mit Thermometer ist noch keine Indikation), *sharing progress feedback directly with patients...?*

## Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine

Michael J. Lambert

Brigham Young University, Provo, UT, USA

### Keywords

Adverse effects · Clinical outcomes · Predictors of treatment response · Psychological treatment · Prediction of treatment failure · Prevention of treatment failure · Outcome Questionnaire-45 · Monitoring treatment response · Progress feedback

### Abstract

Despite evidence that psychotherapy has a positive impact on psychological disorders, 30% of patients fail to respond during clinical trials, and as many as 65% of patients in routine care leave treatment without a measured benefit. In ad-

dition, when therapists are provided this information. When problem-solving methods are added to feedback, deterioration in at-risk cases is further reduced to 6% while recovery/improvement rates rise to about 50%. It is suggested that the feedback methods become a standard of practice. Such a change in patterns of care can be achieved through minimal modification to routine practice but may require discussions with patients about their clinical progress.

© 2017 S. Karger AG, Basel

### Introduction

# Systematisches Feedback (z.B. M. Lambert)



## Limitationen

- Kam bis jetzt irgendwie noch nicht richtig an – trotz der eindrücklichen Evidenzlage...
- Input ausschließlich self-report (Fragebogendaten)

## Disclosure Statement

The author has a potential conflict of interest in that the article makes reference to several measures (Outcome Questionnaire and Assessment for Signal Cases) and a software product, the OQ-Analyst, that is used to measure, monitor, and feedback patient progress information. The measures and software are owned and distributed by OQMeasures ([www.oqmeasures.com](http://www.oqmeasures.com)), a company that the author founded and partially owns.

➔ Die Sache sollte nicht lizenzpflichtig werden!

Psychotherapy  
and Psychosomatics

### Special Article

Psychother Psychosom 2017;86:80–89  
DOI: 10.1159/000455170

Received: December 7, 2016  
Accepted after revision: December 17, 2016  
Published online: February 10, 2017

## Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine

Michael J. Lambert

Brigham Young University, Provo, UT, USA

### Keywords

Adverse effects · Clinical outcomes · Predictors of treatment response · Psychological treatment · Prediction of treatment failure · Prevention of treatment failure · Outcome Questionnaire-45 · Monitoring treatment response · Progress feedback

### Abstract

Despite evidence that psychotherapy has a positive impact on psychological disorders, 30% of patients fail to respond during clinical trials, and as many as 65% of patients in routine care leave treatment without a measured benefit. In ad-

dition, when therapists are provided this information, when problem-solving methods are added to feedback, deterioration in at-risk cases is further reduced to 6% while recovery/improvement rates rise to about 50%. It is suggested that the feedback methods become a standard of practice. Such a change in patterns of care can be achieved through minimal modification to routine practice but may require discussions with patients about their clinical progress.

© 2017 S. Karger AG, Basel

### Introduction

# Feedback in der Psychotherapie in Deutschland

## Wolfgang Lutz (Trier) et al.:

Lutz, W., Rubel, J., Schwartz, B., Schilling, V., & Deisenhofer, A. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103438.

doi: 10.1016/j.brat.2019.103438



Behaviour Research and Therapy  
Volume 120, September 2019, 103438



Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN)

Wolfgang Lutz , Julian A. Rubel, Brian Schwartz, Viola Schilling, Anne-Katharina Deisenhofer

[Show more](#) 

## Wichtige Kriterien für Einsatz in klinischer Praxis:

- Real-time monitoring (Response, Beziehung, Probleme), am besten elektronisch/automatisiert
- Fokus Entdeckung von Verschlechterungsrisiken
- Beachte Notwendigkeit adäquater Interpretation der Werte! (z.B. patientenseitige Antworttendenzen)
- **Klinische Hinweise und Unterstützung liefern**

Originalarbeit

## Perspektiven einer evidenzbasierten und personalisierten Psychotherapie

Der Trierer Therapie Navigator (TTN)

Wolfgang Lutz, Sina A. Clausen und Anne-Katharina Deisenhofer

Universität Trier



# Was macht eine schlechte/schädliche Qualität aus?

**Akzidentielle therapeutische Fehler vs. (systematisches) Fehlverhalten**

**„*bad therapist*“: Warnsignale**

**Ethikverein/Beschwerdestellen/Ombudstellen/Critical Incident Reporting etc.**

# Keine schlechte Therapie machen!

**Ausgangspunkt: Unglück vs. Fehler vs. schlechtes Tun (➔ Aristoteles)**

Unvorhersehbar und ohne böse Absicht

Vorhersehbar, aber dennoch akzidentiell und ohne üble Absicht

Böse Tat: Vorhersehbar und Ausdruck schlechter Absicht

Vorhersehbar und systematisch toxisch auch ohne schlechte Absicht

*„bad therapist“*

**Nicht nur Problemlage und patientenseitige Psychopathologie und eingesetzte Intervention haben Einfluss auf das Therapieergebnis, sondern auch Therapeut/in**

## **Warnsignale und Manifestationen:**

- direktes Fehlverhalten, Kunstfehler bzw. Unzulänglichkeiten in Therapien
- Probleme in professionellen (oder Ausbildungs-) Kontexten und Prozessen
- personale und interpersonelle Defizite und Probleme

Folgende Sammlung „Prototypischer Warnsignal-Konstellationen“ entstammt einer Diskussion unter VT-Supervisoren und Supervisorinnen der Berliner Akademie für Psychotherapie (BAP) und der Psychologischen Hochschule Berlin (PHB) entlang einiger weniger „Problem-Fälle“ aus der Vergangenheit.

Diese wurde in zwei Seminaren im Rahmen der Psychotherapieausbildung der PHB von FJ ergänzt.

# „bad therapist“: Manifestationen und Warnsignale

## Direktes Fehlverhalten, Kunstfehler bzw. Unzulänglichkeiten in Therapien

- **Fehlende emotionale Abgrenzung**, persönliche Involviertheit
- „eigene Themen einbringen“, mit Therapie von Patienten eigene Bedürfnisse befriedigen (z.B. Selbstwerterhöhung, „emotionaler Voyeurismus“, weltanschauliche Einstellung verbreiten wollen)
- **Persönliche Verwicklung**, Probleme bei der Regulierung von Nähe und Distanz
- **Invalidierendes Verhalten ggü Pat.**, ausschließliche Defizit-Orientierung („negatives Menschenbild“)
- **Nachhaltig negative Gefühle ggü. Pat.** (bis hin zum Hass)
- **Regelmäßig im Clinch mit Patientinnen bzw. Patienten** (z.B. Ausfallhonorar)
- **Fehlende Anpassungsfähigkeit auf Patienteneigenschaften** (z.B. sprachlich: unpassende Verwendung von Fachjargon) oder Patientenziele und –Möglichkeiten bzw. Motivationslagen (z.B. Pat. zu etwas zwingen, was er/sie nicht möchte)

## Unmittelbar die Berufsordnung und damit verbundene Standards betreffend:

- **Fehlende Zielklärung**, Abwesenheit von Struktur
- **Vermeiden indizierter Behandlungsmethoden** (z.B. aus Angst), „Weichspül-Therapie“ (Vermeiden jeglicher Konfrontation und von Ansprechen realer Probleme), Nichtbeachtung von Leitlinien
- **Vernachlässigung von Sorgfaltspflichten** (z.B. Nichtbeachtung von oder Nicht-Reagieren auf Warnsignale auf Suizidalität, Unzuverlässigkeit und Unpünktlichkeit, alkoholisiert/intoxikiert in Therapiesitzung gehen)
- **Berufsrechtliche Verstöße** (z.B. Schweigepflichtsverletzung, private Beziehungsangebote machen oder darauf eingehen, Missbrauch und Ausbeutung von Pat., Abrechnungsbetrug; fahrlässig vs. vorsätzlich)

# „bad therapist“: Manifestationen und Warnsignale

## Probleme in professionellen (oder Ausbildungs-) Kontexten und Prozessen

- Organisationsprobleme, Unzuverlässigkeiten
- Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten (z.B. Fristen, Regularien, Supervisionsprotokolle, Fallberichte, Auflagenerfüllung)
- Probleme bei Dokumentation
- Probleme bei Berichten und Anträgen
- Regelmäßige formale Konflikte im Rahmen der Ausbildung (z.B. Widerspruch Supervisionsrechnungen)
- Häufige Therapieabbrüche
- Häufige Supervisorenwechsel
- Patientenseitige Beschwerden
- Mangelnde Kooperation / fehlende Zusammenarbeit mit anderen Behandlern
- ...

### Ansatzpunkte für QS:

„In Therapien schauen“  
➔ Patientenbefragungen

Prozesse ➔ Indikatoren  
(z.B. Dokumentations- und Abrechnungsgeschehen)

Großer Nutzen kollegialen  
Austauschs ➔ gute  
Fehlerkultur pflegen

# „bad therapist“: Manifestationen und Warnsignale

## Personale und interpersonale Defizite und Probleme

- Hinweise auf mangelnde Introspektions- und Reflexionsfähigkeit
- „lässt nichts blicken“, sehr zurückhaltend, wenn es um eigene Anteile in Therapien geht, kaum zugänglich
- Schwierigkeiten insbes. in der Gruppe, Beschwerden von Ausbildungskolleginnen bzw. -Kollegen
- Mangelnde Problemeinsicht, unzugänglich gegenüber Kritik (bis hin zur Feindseligkeit)
- Versuche, etwas bei einer anderen Stelle zu erreichen, wenn es bei einer ersten Stelle nicht wunschgemäß geklappt hat (z.B. Erwirken von Ausnahmeregelungen)
- Drängend, fordernd/anspruchsvoll, leicht angegriffen
- Schwierigkeiten im Umgang, bei der Empathie, in der Kommunikation und anderer interpersonaler bzw. Beziehungskompetenzen, bei denen man sich fragt, wie das denn dann wohl beim Umgang mit „schwierigen“ Patientinnen und Patienten ist...?
- Inflexibel (bis hin zur ideologischen Rigidität)
- Mangelnde Kenntnis von und mangelnde Sensibilität für andere Lebenswelten als die eigene (z.B. Nicht-ernstnehmen von Problemen mit Intersektionalität, Kultur-Insensibilität)
- Fachliche Mängel (z.B. hinsichtlich Diagnostik, Behandlungswissen), fehlender fachlicher Austausch, unreflektierte Vernachlässigung von Leitlinien
- Erweckt den 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
- ...

**Naturngemäß besonders heikler Bereich...**

# „bad therapist“: QS im eigenen Hause

- Insbesondere ein Muster (Akkumulation von Schwierigkeiten) ist problematisch; oft sind genannte Punkte untereinander korreliert.
- **Früherkennung und Intervention:** Je früher solche Probleme erkannt und benannt werden, desto besser können therapeutische Fehlentwicklungen (auch im Sinne des Patientenschutzes) beeinflusst und verhindert werden.
- **Strategien:** Bei derartigen Problemen sind seitens der Ausbildungsleitung klare Kommunikation, Dialog und Unterstützung das Ziel, nicht Sanktion und Ausschluss.
- **Ansprechpersonen und –Instanzen:** neben Ambulanzleitung und Ausbildungsleitung ggf. auch die zuständigen Ombudsstellen des Hauses ansprechbar (und ggf. auch die Ombudsstelle der Psychotherapeutenkammer)

## Weiterführende Literatur

- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfried, M. R., Hill, C.E. (2010). Training Implications of Harmful Effects of Psychological Treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49.
- Frenzl., D., Gawlytta, R., Schleu, A., Strauß, B. (2020). (Kunst)Fehler in der Psychotherapie Pilotstudie zur Erfassung von Fehlhandlungen in der Psychotherapie aus TherapeutInnen-sicht. *Psychotherapeut*. 65, 475–486.
- Schleu, A. & Thorwart, J. (2016). Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen unter den Augen von Supervisoren. *Psychotherapeut*, 61, 153-160.

# Meldung von Fehlern und schlechtem Tun

- **Zunächst einmal: In Therapie selbst erfassen!**  
(z.B. Nachfragen, Fragebogen zu Nebenwirkungen...)
- **Von Amts wegen zuständig (Heilberufegesetz):  
Psychotherapeutenkammern**
  - Beschwerdestellen
  - Ombudsstellen
  - Schlichtungsausschuss

[beachte: unterschiedliche Kulturen, Regelungen (z.B. Schweigepflichtsentbindung) und Zuständigkeiten (z.B. Gerichte) in unterschiedlichen Bundesländern ➔ Berufsrechtskonferenz]

- **Andere Anlauf- und Informationsstellen**  
Patientenbeauftragte, Verbraucherzentrale, KBV, Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie (BIP)
- **Berichtssysteme über kritische Vorkommnisse und Beinahe-Schäden (CIRS)** ➔ in mehreren medizinischen Bereichen, eher nicht in Psychotherapie

## Ethikverein [<https://ethikverein.de>]

- Bundesweit sichtbare Einrichtung für Meldung von und Beratung bei potenziell unethischem Verhalten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Verein/Spendenbasis; ehrenamtliche Arbeit getragen insbesondere von psychodynamischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen
- Trägt auch zur Forschung bei (Statistiken)
- Anm.: Es gibt durchaus Kritik, z.B. „Läuft das denn alles formal korrekt ab (eigentlich Kammer-Aufgabe)...?“; „Keine wirkliche Hilfe angeboten (und damit Traumatisierung noch gesteigert)“; „Unter den Teppich kehren schwerer Vorwürfe“ ...

# Gute Qualität entwickeln und schlechte Qualität begrenzen

**Bezug zu „Qualitätsmodell und Qualitätsindikatoren für das  
Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten  
psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich  
Krankenversicherter“ (IQTIG/G-BA)...?**

# Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung – Fokus „Systematische Reflexion“

## Geeignete Instrumente

In Berufsordnung (und weiteren Regularien) sind  
„Qualitätssicherungspflichten“ bereits angelegt:

- sachgerechte Diagnostik und Fallkonzeption (incl. Zielbildung)
- Dokumentations- und Aufklärungspflichten (incl. Begründung von Abweichungen von Leitlinien!)
- (selbstgesteuerte) Fortbildung
- Qualitätszirkel

Weitere spezifische Möglichkeiten (auf freiwilliger Basis):

- Supervision/Intervision (incl. Video-Analysen, u.a. zur Adhärenz- und Kompetenzsteigerung)
- Einsatz von Therapie-Monitoring, Deliberate Practice etc. (s.o.)
- Behandlungsvertrag, Fallkonzept als Brief an PatientIn...

➔ **wichtig: individualisierte, vertrauliche und ganzheitliche Fallbetrachtung (Nutzen für konkrete Therapie); intrinsische Motivation durch peer-review; angemessene Vergütung (z.B. Katamneseziffer)**

## Thema Gutachterverfahren & berufspolitische Aspekte

**pro:**

- Anreiz zur verschriftlichten, umfassenden und systematischen Fallkonzeption
- hat „peer-review-Charakter“
- deckt viele Bereiche der QS-Anforderungen bereits ab (vgl. BPTK-Empfehlungen)

**contra:**

- Qualitäts-Steigerung nicht hinreichend belegt
- Filter der rein therapeutischen Perspektive
- Kontrolle von etwas (Indikation und Prognose), das die Profession eigentlich auch selbstgesteuert leisten kann und deswegen nicht genehmigungspflichtig sein sollte (QS im Grunde bereits vor Abgabe des Berichts vollbracht)
- Vorab-Prüfung Schutz vor Regress und Sicherung der Honorierung (?)

# Einige kritische Fragen

## Interne vs. Externe QS

- 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, CIRS, Pat.-Befragungen...)?
- Oder muss aus Gründen des Patientenschutzes unbedingt eine entsprechende externe Kontrolle durch die Kostenträger oder andere administrative Stellen gewährleistet werden...?

## Fehlerkultur & QS besser etablieren

Wie kann man den Einsatz von sinnvollen, bewährten Instrumenten – z.B. Verlaufs- und Outcome-Messung mit Feedback, Deliberate Practice mit Videoeinsatz – fördern (ohne zu verordnen)...?

# Einige kritische Fragen (Forts.)

## Fehlerkultur, Vertrauen und Vertraulichkeit

- Wie weit soll und darf die Beobachtung einzelner Behandler/innen gehen, und wie werden nicht nur patientenseitige, sondern auch therapeutenseitige Daten geschützt (incl. Dokumentation von Supervision/Intervision etc.)...?
- Können wir uns in kooperativen Teams gegenseitig bei der Durchführung unserer Therapien – insbesondere der schwierigen – unterstützen...?

## Fehlerkultur und mögliche Kollateralschäden von QS (vgl. Horaz)

Wie können ungünstige iatrogene Auswirkungen verhindert und begrenzt werden...?

- Ausschluss von Pat., bei denen vergleichsweise schlechtes Outcome zu erwarten ist
- schlechtere Psychotherapie, wenn kurzfristigem positivem bzw. nicht-negativem Patientenrating hinterhergelaufen wird
- Misstrauens-Kultur und fragwürdiges Benchmarking

## Eine Vision als Fazit

**Wäre es nicht schön, wenn wir uns gar nicht mehr fragen müssten, ob wir grade Psychotherapie oder Qualitätssicherung derselben machen...?**

# Externe und Interne Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Perspektive „Fehlerkultur“

**Prof. Dr. Frank Jacobi**

Online-Veranstaltung der Berliner Psychotherapeutenkammer  
(Ausschuss Qualitätssicherung, Wissenschaft, Forschung):  
Externe und Interne Qualitätssicherung – Beiträge zu einer konstruktiven Fehlerkultur

Berlin, 18.8.2021