

Das Kreismodell

Ein neues verfahrensübergreifendes, digitales, fallorientiertes, intersubjektives und reflexives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Qualitäts-Monitoring)

Ingo Jungclaussen

Psychotherapie 2024, 29(2), 29–53

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-2-29>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Während die aktuelle Diskussion um neue Formen der Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten Psychotherapie am Beispiel der neuen DeQS-Richtlinie von Fragestellungen zur Ergebnisqualität dominiert wird, wird ein neues Modell vorgestellt, das die Diskussion zur QS um den Aspekt Qualitäts-Monitoring zur Erforschung und Steuerung der Prozessqualität in der Psychotherapie erweitert. Beim sogenannten *Kreismodell* (www.therapiefeedback.de) handelt es sich um ein verfahrensübergreifendes, digitales, fallorientiertes, intersubjektives und reflexives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Qualitäts-Monitoring). Das Kreismodell ermöglicht es sowohl Therapeut*in als auch Patient*in dem gemeinsamen psychotherapeutischen Prozess entlang wissenschaftlicher Qualitätskriterien als Selbstauskunft eine individuelle Rückmeldung zu geben. Beide Antwortverhalten (Patient*in und Therapeut*in) können dann in einem kreisförmigen Netzdiagramm farblich voneinander getrennt übereinandergelegt werden, sodass hierdurch bei gemeinsamer Betrachtung der Therapieprozess intersubjektiv reflektierbar wird. Die Konstruktion der Feedback-Achsen erfolgte theorie- bzw. forschungsbasiert. Das Modell ist für alle vier psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (TP, AP, VT, ST) verfahrensübergreifend anwendbar. Das Spezifikum des intersubjektiven Ansatzes betont, dass das Verständnis psychotherapeutischer Prozesse nicht isoliert stattfindet, sondern in einem Netzwerk von Beziehungen und sozialem Austausch verwurzelt sind, welches von Reziprozität, gemeinsamen Bedeutungen, Erfahrungsaustausch, und Ko-Konstruktion der Realität sowie Empathie getragen wird. Wichtige Impulse für eine mögliche Anpassung und Steuerung des Therapieprozesses zur QS werden möglich. Ziel ist es, ein innovatives (digitales) Instrument zu entwickeln, das den psychotherapeutischen Prozess aus dem Prozess heraus optimieren soll (Qualitäts-Monitoring durch Prozessfeedback) und einen Beitrag zu mehr aktiver Teilhabe der Patient*innen am Psychotherapieprozesses leistet. Indem das Kreismodell Daten aus mehrstufigen Antwort-Skalierungen erhebt, die anschließend interaktiv eingebunden gemeinsam reflektiert werden, verbindet das Modell methodisch quantitative und qualitative Ansätze. Erste qualitative Ergebnisse im Rahmen einer explorativen Pilotstudie werden vorgestellt. Die Ergebnisse geben erste Hinweise über den Nutzen des Modells zur QS in der ambulanten Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Prozess-Qualität. Es wird die Anschlussfähigkeit des Systems an etablierte peer-reviewed QS-Systeme, wie Intervention, Supervision und Qualitätszirkeln betont. Die Notwendigkeit weiterer und systematischer Forschung wird diskutiert.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung in der Psychotherapie, Qualitäts-Monitoring, Prozess-Feedback, Gutachterverfahren, ambulante Psychotherapie, Intersubjektivität, Psychotherapieprozess,

Psychotherapieforschung, allgemeine Psychotherapie-Wirkfaktoren, therapeutische Beziehung, Verbesserung Psychotherapie, Modifizierte und alternative Konzepte von Qualitätssicherung

Ausgangslage

Innerhalb der ambulanten Psychotherapie stellt das Thema Qualitätssicherung (QS) aus berufspolitischer, gesetzlicher sowie fachwissenschaftlicher Sicht das aktuell vorherrschende Zukunftsthema in der ambulanten Psychotherapie dar (Bühning, 2022, 2024; Henning, Helmbold & Diel, 2021; Plantholz, 2021; Schäfer, 2021; Lieberz & Jungclaussen, 2024). Auch die vorliegenden Beiträge in diesem Themenheft QS verdeutlichen nicht nur die hohe Relevanz dieses Themas, sondern sind auch ein klarer Ausdruck dafür, dass Qualitätssicherung aktuell im Fokus der wissenschaftlichen und praxisbezogenen Diskussion steht. Die teils kontrovers geführte Diskussion im berufspolitischen Diskurs unterstreicht dabei im Besonderen die Notwendigkeit zur weiteren Entwicklung und Beforschung neuer Formen der QS (Jungclaussen & Hauten, 2022; Hauten & Jungclaussen, 2022).

Einführung

Prozessqualität

QS-Maßnahmen lassen sich zwischen Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheiden. Während die aktuelle o.g. Diskussion um neue Formen der QS am Beispiel der DeQS-Richtlinie¹ von Fragestellungen zur Ergebnisqualität dominiert wird (s. Beitrag in diesem Heft von

Piechottas sowie Hauten & Jungclaussen; vgl. Rulfs et al., 2021; Jungclaussen & Lieberz, 2024), möchte der folgende Beitrag die Diskussion zur QS um einen anderen Aspekt erweitern, der bislang zwar fester Bestandteil der Psychotherapieforschung ist, aber in der aktuellen (berufspolitischen) Debatte wenig berücksichtigt wurde: Gemeint ist der Aspekt Qualitäts-Monitoring und Prozess-Feedback zur Erforschung und Steuerung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Übersicht bei Schiepek, Kratzer, Hülsner & Bachler, 2019; Schiepek, 2022a).

Digital

Gegenstand des Projekts, das in diesem Beitrag vorgestellt wird, ist die Anwendung eines neuen digitalen Verfahrens zur Messung der Prozessqualität. Seit einigen Jahren befinden sich digitalisierte Verfahren des Prozessmonitorings in der ambulanten und stationären Psychotherapie im erfolgreichen Einsatz (Schiepek, 2022b; Zimmer & Moessner, 2012) und ihre Nutzung gilt inzwischen als Merkmal von »good practice« (Lambert, 2017). Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das *Kreismodell* als neuer Ansatz aus dem Bereich des Prozess-Monitoring vorgestellt: Hierbei handelt es sich um ein verfahrensübergreifendes, digitales, fallorientiertes, intersubjektives, reflexives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Qualitäts-Monitoring). Gegenüber früheren Darstellungen des Kreismodells (Jungclaussen 2022, 2023, 2024; Jungclaussen & Lieberz, 2024) werden im vorliegenden Beitrag neben der ausführlichen Darstellung

1 DeQS-Richtlinie = Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> sowie <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-amb-psych>).

methodisch-konzeptueller Überlegungen erste qualitative Ergebnisse einer explorativen Pilot-Studie (Pre-Test) vorgestellt. Das Kreismodell ermöglicht es, dass sowohl Therapeut*in als auch Patient*in mithilfe eines digitalen Endgeräts (z.B. Tablet²) dem gemeinsamen psychotherapeutischen Prozess entlang zentraler Qualitätskriterien als Selbstauskunft eine individuelle Rückmeldung geben. Beide Antwortverhalten (Patient*in und Therapeut*in) können dann in einem Netzdiagramm automatisch farblich voneinander getrennt übereinandergelegt werden (s. u.), sodass hierdurch bei gemeinsamer Betrachtung der Therapieprozess intersubjektiv reflektierbar und besprechbar wird. Wichtige Impulse für eine mögliche Anpassung und Steuerung des Therapieprozesses zur QS werden damit möglich. Das System ist ebenso anschlussfähig an etablierte peer-reviewed QS-Systeme, indem das Daten-Bild von Therapeutinnen und Therapeuten in einer vorher definierten verbindlichen Häufigkeit in Intervision, Supervision und Qualitätszirkeln hineingetragen und dort kollegial besprochen werden kann. Die Konstruktion der Feedback-Achsen erfolgte theorie- bzw. forschungsbasiert: Unter Berücksichtigung der Psychotherapie-Forschung lassen sich so alle wissenschaftlich begründeten Wirkfaktoren verdichten und auf vier polar angeordnete Haupt-Dimensionen anordnen. Das Modell ist für alle vier Psychotherapie-Richtlinienverfahren³ (TP, AP, VT, ST) verfahrensübergreifend anwendbar. Ziel ist es, ein neuartiges (kostensparendes) digitales Instrument zu entwickeln, das den psychotherapeutischen Prozess optimieren

soll (Qualitäts-Monitoring durch Prozess-feedback). Das vorliegende Projekt entstand aus den Arbeiten des Instituts für Psychodynamische Didaktik (www.psy-dak.de) und ist integraler Bestandteil einer längerfristigen Auseinandersetzung mit konzeptuell-didaktischen Fragenstellungen in der Psychotherapie. Inspiriert wurde die Idee für das Kreismodell neben dem 360-Grad-Feedback (Nießen & Muck, 2015) auch besonders durch das Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI, Cameron, 1999⁴) aus dem Feld der Arbeits- und Organisationspsychologie, welches zur Messung der Organisationskultur ebenfalls komplementär angeordnete Pole verwendet.

Methodik und bisherige Arbeitsschritte

Wie einleitend erwähnt, erfolgte die Konstruktion der vier polar angeordneten Achsen theorie- bzw. forschungsbasiert, d. h. die Ergebnisse der Psychotherapie-Wirkungsforschung wurden gesichtet und umfassend berücksichtigt. Die Methodik erfolgte in einem mehrschrittigen u. a. deduktiven Vorgehen mit zunehmendem Abstraktionsgrad:

1. Phase: Literaturstudium Forschung Wirkfaktoren Psychotherapie (»common factors«)

In einem ersten Schritt wurde die internationale Literatur der Psychotherapie-Wirkungsforschung gesichtet und die

2 Die Anwendung funktioniert auch in Papierform (»paper pencil«).

3 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Psychotherapie.

4 <https://www.ocai-online.com/> – Hierbei handelt es sich um ein validiertes Instrument zur Messung der Organisations-Kultur (Cameron & Quinn, 2011), basierend auf dem »Competing Values Framework«-Modell (Quinn & Rohrbaugh, 1983).

relevanten Wirkfaktoren wurden zusammengetragen⁵.

2. Phase: Anordnung aller Wirkfaktoren in vier polar angeordnete Achsen (acht Pole)

In einem zweiten Schritt wurde die relevanten Wirkfaktoren auf Polarität bzw. Komplementarität geprüft. Das heißt, beispielhaft kann angeführt werden, dass Ressourcenorientierung und Problemaktualisierung sowie Bewältigungsorientierung und motivationale Klärung (Grawe et al., 1994) als Wirkfaktoren als zwei Pole einer Achse verstanden werden können.

Unter Berücksichtigung der genannten wissenschaftlichen Quellen lassen sich alle Wirkfaktoren verdichten und auf vier polar angeordnete Haupt-Skalen anordnen.

Die vier polar angeordneten Achsen lauten:

1. Therapeutische Beziehung (Emotion) vs. Meta-Ebene (Kognition);
2. Ressourcenaktivierung vs. Problemaktualisierung;
3. Bewältigungsorientierung vs. motivationale Klärung und Einsicht;
4. Lenken/Strukturieren/Ziel/Adhärenz⁶ vs. Freiheit/Offenheit/Flexibilität.

5 Aufgrund der Fülle der Psychotherapiewirkungsforschung kann nur ein Ausschnitt genannt werden, auf den besonders fokussiert wurde: Die wichtigsten Quellen können der Abbildung 1 entnommen werden. Wichtige Quellen der Psychotherapiewirkungsforschung sind Grawe et al., 1994; Barkham et al., 2021, Castonguay et al., 2019; Norcross & Lambert, 2019; Wampold et al., 2018; Leichsenring et al., 2023; Leong et al., 2023.

6 Unter Adhärenz (lateinisch: adhaerere – sich an etwas anschließen) wird in der Psychotherapieforschung die feste Einhaltung, der gemeinsam zwi-

In einem weiteren Schritt wurde im Rahmen einer hermeneutischen Herangehensweise die übergeordneten vier Dimensionen (Autonomie vs. Kontrolle, Nähe vs. Distanz) extrahiert, welche auf einer höheren Abstraktionsebene ebenso polar angeordnet sind. Die Abbildungen 1 und 2 illustrieren den mehrschrittigen methodischen Vorgang.

3. Phase: Itemgenerierung

In einem dritten Schritt wurden spezifische Items deduktiv formuliert, um die zu messenden Eigenschaften zu operationalisieren: Zur Operationalisierung jeder der o. g. Pole bzw. Achsen wurden je zwei Items formuliert. Um die Praktikabilität des Ansatzes für die Praxis zu erhalten, wurde die Anzahl der Items pro Pol auf zwei reduziert, sodass sich eine in der Praxis leicht und schnell anwendbare Anzahl von 16 Fragen ergibt. Bei der Formulierung der Items wurden bestehende validierte Fragebogen-Instrumente gesichtet, die bereits ausgewählte Wirkfaktoren in Fragebogenform operationalisieren⁷. In freier, modifizierter Anlehnung bzw. Form wurden erste geeignete Items formuliert. Die Überprüfung der Items bedarf weiterer Forschung (s. u.).

Beispielhaft werden unten zwei der acht Pole mit je zwei Items dargestellt. Zu sehen sind in Abbildung 4 die Fragen zur Beantwortung des Pols »therapeutische Beziehung« sowie in Abbildung 5 des Pols »Motivationale Klärung«, je für Patient*in und Therapeut*in getrennt voneinander zu beantworten.

schen Therapeut*in und Patient*in vereinbarten Therapieziele (mit den dazugehörigen Interventionen) verstanden.

7 Unter www.therapiefeedback.de können nähere Informationen hierzu entnommen werden.

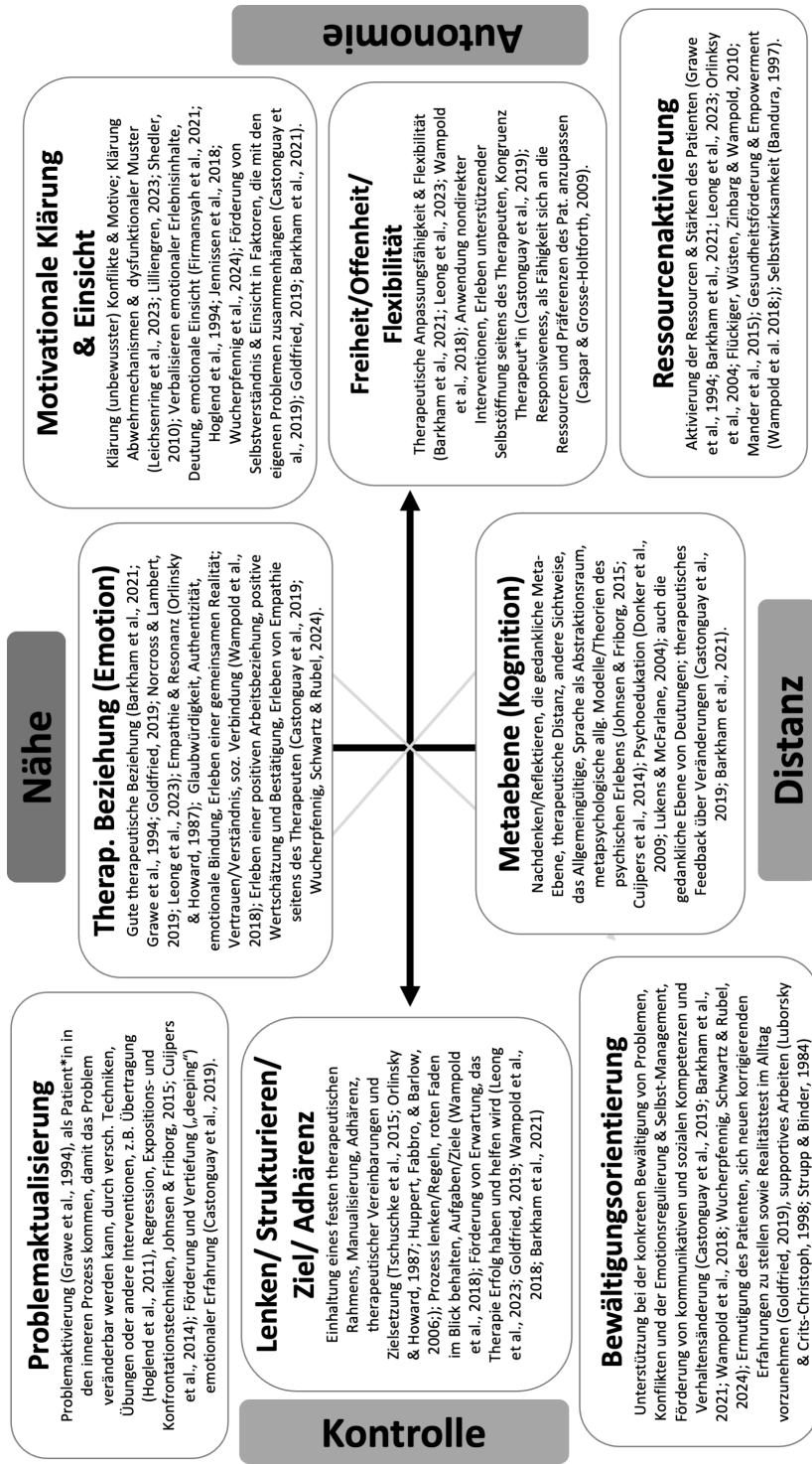


Abb. 1: Die Befunde der Psychotherapiewirkungsforschung werden polar auf vier Achsen angeordnet. Aus der Abbildung sind die evidenzbasierten Techniken bzw. Faktoren mit Quellenangaben zu entnehmen. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

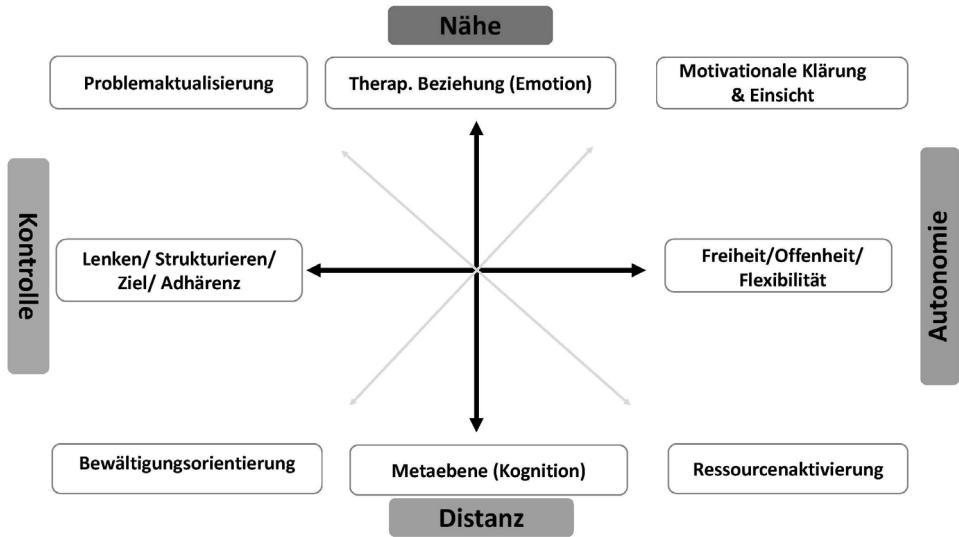


Abb. 2: Es werden die vier polar angeordneten Achsen (mit acht Polen) dargestellt, die die Wirkfaktoren von Psychotherapie erfassen und abbilden. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

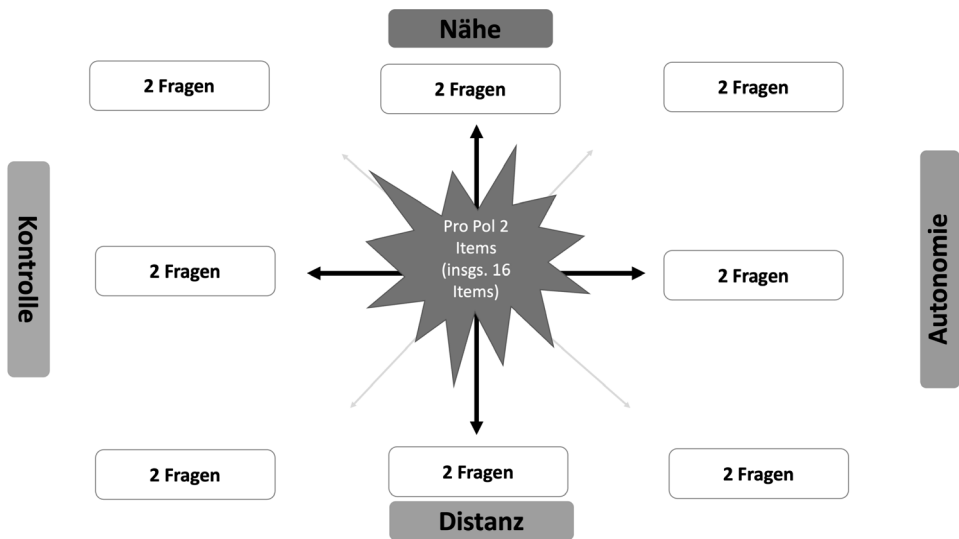


Abb. 3: Erfassung der acht Pole mit je zwei Items. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

4. Phase: Programmierung von online-Anwendung (Demo/Prototyp)

Zu Zwecken der Pilotstudie wurde unter www.therapiefeedback.de eine online-Anwendung erstellt, um die elektronische

Beantwortung zu erproben (Selbstberichte von Patient*in und Therapeut*in). Das Vorgehen besteht darin, dass Patient*in und Therapeut*in die Fragen an einem elektronischen digitalen Endgerät (z. B. Tablet) ausfüllen.

Patient

Skala 3: Therapeutische Beziehung (Emotion)

Die Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung erlebe ich verständnisvoll und haltgebend.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Mein Therapeut kann sich gut in meine innere Welt einfühlen.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Therapeut

Skala 3: Therapeutische Beziehung (Emotion)

Die Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung erlebe ich verständnisvoll und haltgebend.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Ich kann mich gut in die innere Welt meines Patienten einfühlen.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Abb. 4: Beispielhafter Auszug der Skala »Therapeutische Beziehung (Emotion)« mit je zwei Items, die von Patient*in und Therapeut*in parallel beantwortet werden (elektronische Form). Im Beispiel stuft Therapeut*in die therapeutische Beziehung etwas höher ein, als Patient*in. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

Abb. 5: Beispielhafter Auszug der Skala »Motivationale Klärung« mit je zwei Items, die von Patient*in und Therapeut*in parallel beantwortet werden (elektronische Form). Im Beispiel stuft Therapeut*in die motivationale Klärung etwas höher ein, als Patient*in. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

Patient

Skala 6: Motivationale Klärung

Mit Hilfe der Therapie gewinne ich ein Verständnis für die Hintergründe meiner Probleme.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Durch die Therapie verstehe ich besser, was ich eigentlich will und mich innerlich antreibt.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Therapeut

Skala 6: Motivationale Klärung

Mit Hilfe der Therapie gewinnt der Patient ein Verständnis für die Hintergründe seiner Probleme.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Durch die Therapie versteht mein Patient besser, was er eigentlich will und ihn innerlich antreibt.

1 (stimme gar nicht zu) 2 3 4 5 6 7 (stimme voll zu)

Intentionen und Zielsetzungen

Der psychotherapeutische Entwicklungs- und Veränderungsprozess zeichnet sich durch ein hohes Maß an »Personalisierung« oder »Individualisierung« aus, da Therapieprozesse keinen (z. B. diagnose-spezifischen) Standardverläufen (»standard tracks«) folgen, sondern individuell verlaufen. Psychotherapie erfordert sehr persönliche Schwerpunktsetzungen, die sich sowohl an unterschiedlichen Therapiezielen, Interventionen/Methoden, Lebenssituationen, Kompetenzen und Ressourcen der Patient*innen als auch problematischen Symptomverläufen orientieren (Schiepek et al., 2020).

Das dargestellte Kreismodell versteht sich als besonderen Beitrag zur Umsetzung eben dieser Aspekte und Ziele, wie im Folgenden dargestellt wird:

- Über das Antwortverhalten und das Netzdiagramm werden die jeweiligen Sichtweisen über den Stand der Therapie bei Zeitpunkt x von Therapeut*in und Patient*in als Selbsteinschätzung abgebildet.
- Durch mehrere Messungen ergibt sich ein Prozessbild entlang der polar angeordneten vier Achsen (Wirkfaktoren).
- Mithilfe des intersubjektiv vorgenommenen Prozess-Feedbacks können mögliche unbemerkte Störungen oder Fehlentwicklungen, die bislang weder

- verbalisiert noch bisher verstanden wurden, frühzeitig abgebildet und besprechbar werden.
- Durch das gemeinsame Prozessfeedback kann Therapeut*in diese Information nutzen, um die Behandlungsplanung (Zielsetzung, Interventionen/Methoden uvm.) zu überprüfen (Monitoring) und ggf. anzupassen.
 - Das Kreismodell soll – in Abgrenzung zum DeQS-Modell – einen neuen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie leisten, mit dem Schwerpunkt der Prozess-Evaluation, welche individualbezogen und einrichtungsbezogen erfolgt⁸.

Intersubjektiver Ansatz des Modells

Besonderes Merkmal des Kreismodells ist der intersubjektive Ansatz, d. h. es werden durch die gemeinsame Reflexion des Antwortverhaltens die Bedeutung der wechselseitigen Beziehungen und der gemeinsamen Erfahrungen zwischen Therapeut*in und Patient*in betont. Anstatt den Fokus nur auf das therapeutische Erleben oder scheinbar objektive Symptomdaten zu legen, beachtet der intersubjektive Ansatz, wie beide Seiten ihre Gedanken, Gefühle und Bedeutungen in der therapeutischen Interaktion teilen und gemeinsam konstruieren. Der intersubjektive Ansatz des Kreismodells hebt also hervor, dass das Verständnis psychologischer bzw. psychotherapeutischer Prozesse nicht isoliert stattfindet, sondern in einem Netzwerk von Beziehungen und sozialem Austausch verwurzelt sind, welches von Reziprozität, gemeinsamen Bedeutungen, Erfahrungsaustausch, und Ko-Konstruktion der Realität sowie Empa-

thie getragen wird ist. Besonders letzterer Punkt ist entscheidend für das Verständnis und die Kommunikation zwischen Therapeut*in und Patient*in (vgl. Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987). Um mögliche Missverständnisse vorzubeugen:

Das Kreismodell verfolgt nicht die Vorstellung und Intention, dass nur diejenigen Therapien gut verlaufen, die ein hohes Maß an Übereinstimmung in den Werten der Skalen bzw. Polen aufweisen. Das wäre eine Verkürzung bzw. Fehlinterpretation. Das Modell stellt vielmehr eine technisch unterstützte Form dar, im Rahmen eines intersubjektiven Ansatzes als therapeutisches Paar über zentrale Aspekte (Wirkfaktoren) der Therapie in einen gemeinsamen offenen Austausch zu treten, mit dem Ziel diesen Austausch als Grundlage einer möglichen Prozess-Steuerung durch Therapeut*in zu verwenden.

Anwendung

Das Modell ist für alle vier Psychotherapieverfahren gleichermaßen anwendbar, da es sich um übergeordnete Wirkfaktoren allgemeiner Art handelt. In Abgrenzung zu anderen Ansätzen wird der Therapieverlauf mit dem Kreismodell eben nicht direkt-explicit, also nicht symptombezogen erfasst, sondern indirekt und implizit, indem das Kreismodell die Therapie-wirkungsrelevanten Faktoren auf einer abstrakteren Ebene aufspannt und erfasst. So können Fehlantworten sozialer Erwünschtheit in Bezug auf die Symptomreduktion deutlich stärker vermieden werden. Mit einem digitalen Endgerät (z. B. Tablet) beantworteten Patient*in und Therapeut*in zu ausgewählten Zeitpunkten in der Therapie die entsprechend aus diesen Faktoren abgeleiteten Fragen (Items). Es sind auch andere Formen der Beantwortung möglich, wie der unten ge-

⁸ Wie dies beispielsweise von der neu einzuführenden DeQS-Richtlinie *nicht* verfolgt wird.

nannte Praxistest verdeutlicht. Über das Antwortverhalten und das kreisförmige Netzdiagramm, werden die jeweiligen Sichtweisen über den Stand der Therapie bei Zeitpunkt x von Therapeut*in und Patient*in als Selbsteinschätzung grafisch abgebildet. Durch mehrere Messungen ergibt sich ein Prozessbild⁹ entlang der polar angeordneten vier Achsen (Wirkfaktoren).

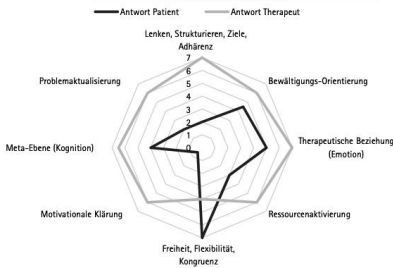


Abb. 6: Zu sehen ist ein mögliches Antwortverhalten von Patient*in und Psychotherapeut*in (subjektive Selbsteinschätzung entlang der vier polar angeordneten Achsen [Therapiefaktoren], mit insgesamt acht Polen). Das Antwortmuster lässt als Selbsteinschätzung ein inkohärentes Erleben des psychotherapeutischen Prozesses erkennen: Während der*die Psychotherapeut*in (blau) alle acht Prozessmerkmale signifikant höher einstuft als der*die Patient*in (rot), wird zudem auf der Achse »Lenken vs. Freiheit« deutlich, dass der*die Therapeut*in subjektiv den Eindruck hat, den psychotherapeutischen Prozess stark zu strukturieren, während der*die Patient*in ein hohes Maß an Freiheit in der Therapie subjektiv erlebt. Bildquelle: www.the.rapiefeedback.de

Unterschied zu anderen Modellen

Abgrenzung zur DeQS-Richtlinie: Während das vom G-BA beauftragte IQTIG-Institut¹⁰ sich mit einrichtungsbezogenen

Daten zur Qualitätssicherung befasst, untersucht das vorliegende Kreismodell *individualbezogene Einzelvorgänge* im psychotherapeutischen Prozess, d. h. es werden nicht Einrichtungen/Praxen wie bei den vom IQTIG verfolgten Ansätzen, sondern einzelne Patient*innen und ihr individueller Fall (fallbasiert) untersucht. Hier folgt das Modell der gleichen Zielsetzung des Gutachterverfahrens, das sich ebenso mit der Begutachtung von einzelnen Therapien befasst. Das vorliegende Modell hat ein eigenes Prozess-Verständnis: es nutzt das Prozessfeedback im Sinne eines Monitorings zur Prozess-Steuerung und möchte so die Qualität des psychotherapeutischen Prozesses optimieren (z. B. Behandlungsplanung anpassen).

Das vorliegende Kreismodell ist in erster Linie nicht störungs- oder verfahrensbezogen ausgerichtet, sondern in der Breite für alle Störungsbilder und Verfahren anwendbar. Die Items wurden primär aus den übergeordneten Wirkfaktoren der Psychotherapieforschung abgeleitet (s. o.). Darüber hinaus erfolgt die Visualisierung der Ergebnisse im Kreismodell in Form eines kreisähnlichen Diagramms (Spinnennetzdiagramm).

Forschungs-Ergebnisse

Für das Kreismodell wurde ein umfassendes dreijähriges Forschungskonzept mit einem randomisierten kontrollierten drei Gruppen Between-Subject-Design entwickelt (Jungclaussen, 2022), das bis dato noch nicht umgesetzt werden konnte. Aufgrund des anhaltenden berufspolitischen und

⁹ Mehrfachmessungen können in einer Animation so dargestellt werden, dass die jeweiligen Netze der Einzelmessungen ineinander »morphen«.

¹⁰ An anderer Stelle haben wir diese neue Richtlinie und das Thema QS ausführlich diskutiert (s. Lie-

berz & Jungclaussen, 2024; Jungclaussen & Lieberz, 2024; Hauten & Jungclaussen, 2022; s. auch Beitrag von Hauten & Jungclaussen in diesem Heft).

fachwissenschaftlichen Interesses am Kreismodell (u. a. KBV, Verbände, Tagungen, Kolleg*innen) wurde zur weiteren Beforschung des Projekts ein exploratives Re-Test bzw. Pilotstudie im eigenen Institut¹¹ vorgenommen. Hierzu wurde das Kreismodell im ambulanten Kolleg*innenkreis kostenfrei zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt. Es folgt die Darstellung der qualitativen Ergebnisse dieser ersten klinischen Testphase.

Stichprobenbeschreibung

Das Kreismodell wurde im Zeitraum von 2023-2024 in mehreren ambulanten psychotherapeutischen Praxen angewandt. Hierbei handelte es sich zunächst um tiefenpsychologisch fundierte und analytische Einzel-Richtlinienpsychotherapie für Erwachsene. Die früheste Gesprächsfolge, bei der das Kreismodell in der ambulanten Psychotherapie angewandt wurde, war der achte Therapie-Termin, der späteste war bei Stunde 270 im Rahmen einer analytischen Langzeittherapie. (Alle Beteiligten wurden datenschutzrechtlich umfassend aufgeklärt, und stimmten der Teilnahme am Projekt zu. Die Einhaltung der Datenschutzrichtlinie DSGVO wurde sichergestellt.) Ausgefüllt wurde das Kreismodell in diesem Rahmen in unterschiedlicher Weise. Neben dem digitalen Ausfüllen zeitgleich in der Stunde, wurden die Fragen von Patient*innen auch in Papierform von zu Hause alleine ausgefüllt. Die grafische Abbildung wurde in der Stunde vorgestellt, nachdem Therapeut*in die Fragen alleine ausgefüllt und beide Antworten in ein Excel Sheet übertragen hatte.

¹¹ Psy-Dak: Institut für Psychodynamische Didaktik; <https://www.psy-dak.de>

Explorative Ergebnisse

Als Auswertungsmethodik wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) verwendet.

Ergebnis: Strukturelle Aspekte

Grundsätzliche Akzeptanz

Die Feedback-Möglichkeit im Rahmen des Kreismodells wurde von den kooperierenden Psychotherapeut*innen und deren Patient*innen überwiegend sehr positiv erlebt. Ausschnittsweise werden folgende Zitate der mit dem Kreismodell arbeitenden Psychotherapeut*innen genannt:

- »Die Patient*innen fanden den wechselseitig auszufüllenden Bogen mit der gemeinsamen Auswertung fast alle sehr originell und hilfreich. Sie fühlten sich mit ihrer Meinung ernst genommen und gesehen.«
- »Alle fanden die Fragen verständlich.«
- »Die Patient*innen sind bisher nicht wieder auf den Bogen zu sprechen gekommen. Es gab durch die Anwendung des Modells keine Störung in der Therapie.«

Ankerpunkte und Zipfel

Im praktischen Umgang mit dem Kreismodell kristallisierten sich zwei wiederkehrende grafische Formen bzw. Strukturen heraus, die im Folgenden Ankerpunkt und Zipfel genannt werden.

Unter Ankerpunkten werden diejenigen Stellen verstanden, an denen Therapeut*in und Patient*in in den Skalenwerten direkte oder enge Übereinstimmungen aufweisen (s. Abbildungen 7 und 8).

Unter Zipfeln werden diejenigen Stellen verstanden, wodurch aufgrund beiderseitiger Abweichungen grafisch ein sogenannter Zipfel entsteht.

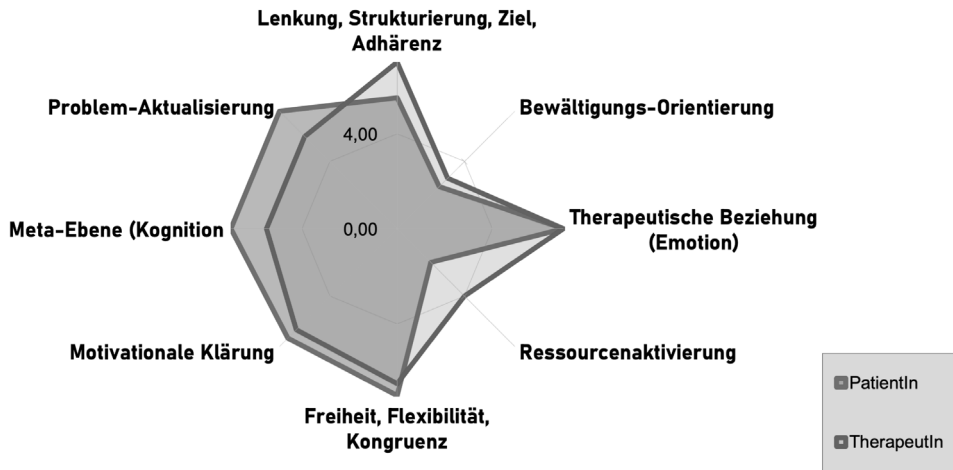


Abb. 7: Das Netzdiagramm (»Kreismodell«) zeigt rechts im Bild eine spitze ankerförmige Übereinstimmung im Pol »Therapeutische Beziehung«. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

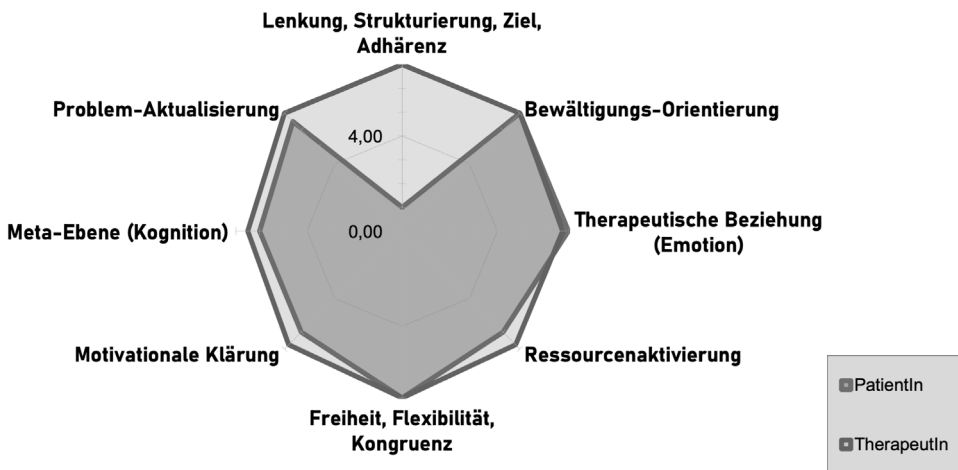


Abb. 8: Das Netzdiagramm (»Kreismodell«) zeigt oben eine zipfelförmige Abweichung beider Seiten im Pol »Lenkung/Strukturieren/Ziel/Adhärenz«. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

Beide Merkmale – Ankerpunkte und Zipfel – können zum Anlass für entsprechende nähergehende Analysen verwendet werden. Aus einem Zipfel im Bereich »Lenken/Strukturieren/Ziel/Adhärenz« können z. B. therapeutische Überlegungen in Richtung »Habe ich noch einen roten Faden im Kopf« abgeleitet werden.

Folgende Äußerungen vonseiten der tes-

tenden Therapeut*innen verdeutlichen den Umgang mit den Aspekten Übereinstimmung (Ankerpunkt) und fehlende Übereinstimmung (Zipfel):

- »Durch die Besprechung ergab sich immer eine Art Meta-Ebene, die Klärung ermöglichte und als etwas erlebt wurde, was die Therapie weiterführte – von beiden Seiten.«

- »Manchmal war die Übereinstimmung auch überraschend – auch dies konnte auch gut besprochen werden.«
- »Wenn es Abweichungen gab, hatte ich die benannten Aspekte »im Kopf« und versuchte, den Kurs entsprechend etwas zu modifizieren.«

Mehrfachmessungen

Der Aspekt mehrfacher Messungen konnte im Rahmen des ersten Pre-Tests nicht bei allen Testpraxen umgesetzt werden. Bei denjenigen Anwender*innen, die Mehrfachmessungen durchführten, wurde dies als Verlaufsmessung positiv erlebt und in das therapeutische Vorgehen einbezogen. Bei denjenigen Anwender*innen, die keine Mehrfachmessungen durchführten, herrschte aber überwiegend ein Interesse hieran. Beispielhaftes Zitat: »Spannend würde dann ein zweiter Messzeitpunkt z. B. bei einer Zwischenauswertung/Verlängerung.«

Vertrauen und Vorsicht zu Therapiebeginn
Zu Beginn einer Psychotherapie erleben Patient*innen häufig ein Wechselspiel zwischen »Therapeut*in vertrauen« und ein Gefühl der »Vorsicht«. Ebenso geht es zu Beginn aus Patient*innensicht um die Frage, wie man sich offen im therapeutischen Raum frei entfalten kann. Die Anwender*innen des Kreismodell meldeten zurück, dass das Kreismodell diese phasenspezifischen Effekte zu Beginn der Therapie hilfreich objektivieren und abbilden konnte, was das folgende Zitat eines Therapeuten veranschaulicht:

»Bereits nach ganz wenigen Stunden (drei Sprechstunden, drei probatorische, zweite KZT-Stunde) zeigten sich bei meinen Patient*innen zwei markante »Ankerpunkte« bei »Therapeutischer Beziehung (TB)« und »Freiheit/Offenheit/Flexibi-

lität (FOF)« mit sehr hohen Werten bei uns beiden. Der Kontakt fühlte sich für uns beide offensichtlich »gut« an. Das Antwortverhalten bildet ab, dass sich die Patient*innen schnell verstanden und in der therapeutischen Beziehung gehalten fühlen. Hier scheint sich eine Grundvoraussetzung für die therapeutische Arbeit abzubilden, die sehr schnell entsteht.«

Diese zwei Ankerpunkte zeigen sich zu Beginn der Therapie bei den meisten Auswertungen mit entsprechend hohen Werten bei Patient*innen und Therapeut*innen.

Das folgende Zitat eines Therapeuten verdeutlicht, wie dieser kleine Abweichungen in der Beurteilung der therapeutischen Beziehung zu Beginn der Therapie interpretiert:

»Bei den anderen Werten ist die Patientin zurückhaltender. Es muss sich ja noch zeigen, was sich in den Gesprächen entwickelt. Ich bin da offensichtlich schon zuversichtlicher mit dem Gefühl, dass die beginnende Therapie an diesen Punkten »auf einem guten Weg ist.«

Symptomatik/Schwere der Störung

Unterschiede je nach Symptomatik haben sich in den Ergebnissen bislang nicht abgezeichnet. Ob es je nach Strukturniveau/Bindungserfahrungen systematische Unterschiede gibt, ist noch nicht einschätzbar, aber wahrscheinlich.

Prozesse steuern

Eine der Hauptintentionen des Kreismodells, mithilfe des intersubjektiven Feedbacks den therapeutischen Prozess nachsteuern zu können, konnte sich im Rahmen der bisherigen kleinen explorativen Stichprobe bestätigen, was das folgende beispielartige Zitat einer Therapeutin verdeutlicht:

- »Man kann sich in der Therapie schon mal etwas verirren und in Sackgassen kommen. Man kann sich durch das Kreismodell wieder zurückholen und sich auf einen neuen gemeinsamen Nenner verständigen. Das hat mir geholfen.«
- »Ich konnte mithilfe des Kreismodells meine eigene Wahrnehmung überprüfen, über das, was in meiner Therapie zum Einsatz kommt.«

Verständlichkeit der Items

Die Verständlichkeit aller 16 Items wurde überwiegend gut eingeschätzt. Nur das Item »Ich merke, dass ich in der Therapie meine Probleme so erlebe, dass hierdurch auf heilsame Weise etwas in Gang kommt« zur Messung des Wirkfaktors »Problemaktualisierung« wurde als »schwammig« erlebt.

Reliabilität/Anwendbarkeit der siebenstufigen Skalierung

Es gab zunächst Rückmeldungen vor Beginn der Testphase, dass die siebenstufige Antwort-Skalierung der Items möglicherweise zu feingliedrig sei. Dieser Eindruck konnte in der Testphase nicht bestätigt werden. Die siebenstufige Skalierung wurde von den meisten Anwender*innen als passend erlebt.

Ressourcenorientierung

Für den Bereich der Ressourcenorientierung gibt es erste Hinweise, dass der Einsatz von Patient*innen-Ressourcen vonseiten der Patient*innen eher etwas geringer eingeschätzt wird, als von Therapeut*innenseite.

Therapieabbrüche

Innerhalb der kleinen Pre-Test-Stichprobe gab es einen Fall von vorzeitigem Therapieabbruch. Aus Sicht der Therapeutin korrespondierte dies v. a. mit niedrigen Werten im Pol »therapeutische Beziehung«.

Ergebnis: Übertragungsebene

Im Zusammenhang des Kreismodells wurde der Aspekt »Übertragungsdynamik« kritisch diskutiert: Hier stand v. a. die Frage im Fokus, welchen Einfluss nehme das Kreismodell wohl auf die Übertragungs- und Gegenübertragungs-Prozesse; und handelt es sich um einen ggf. unzulässigen Eingriff in die psychoanalytische Übertragungsebene? Vor diesem Hintergrund bestand eine Sorge auch darin, ob von Patient*innenseite möglicherweise keine ehrlichen Antworten im Kreismodell zu erwarten seien, wenn Patient*innen »voll in der Übertragung steckt«: Bei einer z. B. idealisierenden Übertragung wäre es denkbar, dass Patient*innen zu sehr sozial erwünscht antworten könnte bzw. die Fragen zu idealisierend positiv beantwortet. Ebenso wäre es denkbar, dass Patient*innen nur so antworten, wie sie glauben, dass auch die Therapeut*innen antworten, um eine möglichst große Übereinstimmung zu simulieren. Überlegungen dieser Art ließen sich vertieft fortführend. Diese ersten Hinweise deuten allerdings eher darauf hin, dass der Einsatz des Kreismodells nicht wie ein »Störfeuer« fungiert, sondern möglicherweise wie ein Katalysator, welcher latent wirksame Aspekte in der Therapie mithilfe der Metaebene auf eine besprechbare Ebene transferiert, wie das folgende Beispiel illustriert.

Kreismodell förderte

die noch unerkannte Spaltung zutage

Das folgende Beispiel zeigt, wie die Aufforderung, die therapeutische Beziehung mithilfe des Kreismodells zu reflektieren, Prozesse in Gang setzte, wodurch bislang unerkannte therapeutische Aspekte zutage treten können: Bei einer ansonsten gut verlaufenden analytische Langzeit-Behandlung in weit fortgeschrittenem Stadium

zeigte sich der folgende Befund (Therapeutenbericht):

»Der Patient, der mit einem erheblich rigiden Vater aufgewachsen ist, tat sich schwer mit dem Ausfüllen des Bogens. Es falle ihm grundsätzlich sehr schwer, Stellung zu beziehen und er habe auch Sorge, ob die Ergebnisse unseren wertvollen therapeutischen Kontakt ›irgendwie‹ beschädigen könnten. Nach der Auswertung und der gemeinsamen Besprechung des Antwortverhaltens äußert der Patient eine große Erleichterung.«

Das Beispiel zeigt, wie durch den Versuch, die therapeutische Beziehung mithilfe des Kreismodells auf eine reflektierende Meta-Ebene zu bringen, die Angst des Patienten offengelegt werden konnte, dass der Therapeut in die strafende Rolle (negative Vaterübertragung) kippen könnte, wenn der Patient etwas Falsches ausfüllen würde. So der Therapeut weiter:

»Ich habe nun erkannt, dass in einer weit fortgeschrittenen analytischen Langzeittherapie die starke idealisierende Vaterübertragung bzw. Spaltung in guten und bösen Vater noch unbearbeitet blieb. Der Patient musste mich noch schützen und hatte offenbar die Vorstellung, dass unsere Beziehung es nicht aushalten könnte, wenn er über die Beziehung ggf. kritisch denken würde. Mein Fazit: Vielleicht sollte ich in den kommenden therapeutischen Gesprächen noch genauer die Vaterübertragung fokussieren mit der noch ausgeprägten Spaltung in ›böser Vater‹ und ›guter Therapeut‹.«

Kreismodell kann
Übertragungswiderstand zutage führen
Das folgende Beispiel verdeutlicht, wie kleine Nuancen im Antwortverhalten

einen unerkannten Übertragungswiderstand der Patientin (abgewehrter Übertragungswunsch nach Nähe) offenlegen und durch dieses Verständnis eine therapeutische Wirkung erzielen konnte: Der Therapeut berichtet von einer Patientin mit geringen Mentalisierungsfähigkeiten und einer schwierigen therapeutischen Beziehung:

»Meine Patientin reagiert auf die Idee, die Fragen des Kreismodells auszufüllen aggressiv-gereizt. Sie sagte: ›Was soll das? Sie haben von mir überhaupt nichts verstanden, was soll der Blödsinn!‹ Daraufhin frage ich sie, was sie von mir braucht, damit die Therapie gut laufe. Die Situation beruhigt sich und im weiteren Verlauf verständigte die Patientin sich mit mir, das Kreismodell auszufüllen. Unser beides Antwortverhalten trug dann zutage, dass die Patientin mithilfe des Kreismodells auf der Skala ›Therapeutische Beziehung‹ die Nähe der therapeutischen Beziehung ein kleines bisschen besser einstuft, als ich selbst [s. Abbildung unten]. Als wir uns das Bild gemeinsam anschauen, bricht die Patientin in Tränen aus. Wir verstehen gemeinsam, dass hinter ihrer Beurteilung der Beziehung, die größer ausfiel als meine, eine verborgene Sehnsucht nach Beziehung zum Ausdruck kam, die der Patientin in der Form noch nicht bewusst war. Wir verstanden auch, dass hinter ihrem großen gereizten Widerstand gegenüber den Fragen eben genau dieses ungestillte Beziehungs- und Nähebedürfnis verborgen war, das sie mit einer gereizt-aggressiven Art von sich auf Distanz hielt. Die Pat. tat also nur so, als würde sie mich kritisieren und zurückweisen. In Wirklichkeit verdrängte sie damit, dass sie mich als haltgebendes Übertragungsobjekt dringend benötigte.«

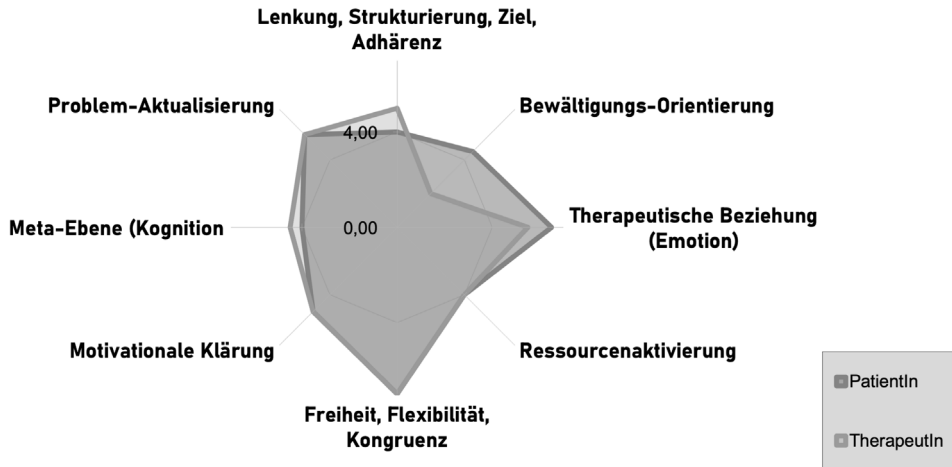


Abb. 9: Das Netzdiagramm (»Kreismodell«) zeigt eine leichte Abweichung zwischen Therapeut und Patientin im Bereich »Therapeutische Beziehung«, aus deren Reflexion sich die Besprechung eines Übertragungs-Widerstandes ergab. Bildquelle: www.therapiefedback.de

Im letzten Zitat wird der psychoanalytische Aspekt des Übertragungswiderstand¹² deutlich. Durch das Kreismodell konnte der Therapeut das Abwehrverhalten und die verdrängten Bedürfnisse auf der Übertragungsebene in empathischer Weise besprechbar machen, woraus sich etwas Neues für die Therapie ergeben hat. Die Patientin konnte ihr großes Beziehungsbedürfnis erstmals artikulieren und später integrieren.

Diese ersten Ergebnisse reichen dabei nicht aus, um den wichtigen Aspekt »Eingriff in die Übertragungsbeziehung/therapeutische Beziehung« abschließend zu beurteilen. Für die Erörterung dieser Forschungs-Fragestellungen wäre es hilfreich, die verschiedenen Aspekte der therapeutischen Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung, Arbeitsbeziehung; Arbeit in/an/mit der Übertragung, etc.)

¹² Es wäre zu diskutieren, ob es sich hierbei um einen Übertragungswiderstand oder um einen Widerstand gegen das Wahrnehmen der Übertragung handelt.

konzeptionell einzeln und in Verbindung miteinander im Kreismodell zu beforschen. Fragestellungen zu Übertragungs-Aspekten sollten die Weiterentwicklung des Modells weiter begleiten. Es liegen aber erste Hinweise vor, dass der Einsatz des Kreismodells möglicherweise zu keiner Störung in der Beziehung, sondern entweder zu einer Offenlegung bzw. Belebung bestehender Aspekte aus der Übertragungsbeziehung führt oder unbewusste Übertragungswiderstände zutage treten können, wie das letzte Beispiel verdeutlichte. Die aus der Anwendung des Kreismodells generierten Erkenntnisse eignen sich zum »kreativen« Umgang mit der Reflexion der therapeutischen Beziehung.

Ergebnis: weitere inhaltliche Aspekte

Kreismodell deckt neurotisch verzerrte Attribution des Patienten auf

Im folgenden Fall konnte mithilfe des Kreismodells das therapeutische Vorgehen nachjustiert werden:

»Das Kreismodell verdeutlicht [s. Abbildung unten] zunächst eindrücklich sehr hohe und übereinstimmende Werte in fast allen Bereichen. Die Therapie schien problemlos zu laufen. Bei der Ressourcenaktivierung fiel mir als Therapeut aber auf, dass sich mein Patient im Gegensatz zu mir auffallend niedrig einstuft. Ressourcenaktivierung hatte von allen Skalen den geringsten Wert. Hierbei handelte es sich um einen Patienten, der zu mir in Therapie gekommen war, um mir seine Unfähigkeit in zahlreichen Lebensbereichen zu beweisen, z. B. meinte er, er sei total beziehungsunfähig. Dies stand aber im Kontrast dazu, dass der Pat. von Therapiefortschritten berichtete, die er auch als Erfolge in Beziehungen erlebte. Wir verstanden also mithilfe der Auswertungen des Kreismodells, dass er diese Erfolge aber nicht seinen eigenen Ressourcen, sondern offenbar mir als therapeutischen »Zauberer« zuschrieb.«

sondern external attribuierte. Durch diesen Befund konnte die Therapie bewirken, dass der Patient Positives v. a. sich selbst zuzuschreiben lernte, wodurch sich das Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit erhöhte. »Darüber hinaus konnten wir uns auf die Suche machen, was die unbewussten Gründe dafür sind, dass er sich wohl absichtlich so schlecht und unwirksam erleben wollte.«

Lenken/Strukturieren/Ziel/Adhärenz

In Bezug auf die Skala (Pol) »Lenken/Strukturieren/Ziel/Adhärenz« wurde deutlich, dass durch ein deutlich gewordenes unterschiedliches Antwortverhalten von Therapeut*in und Patient*in eine Schiefelage in der Therapie angesprochen werden konnte: Während der*die Therapeut*in das Gefühl hatte, einen roten Faden zu verfolgen, erlebte der*die Patient*in dies gegenteilig, woraufhin dies nachträglich nachgesteuert werden konnte. In Bezug auf diese Skala gab es noch einen weiteren Befund, dass Therapeut*in und Patient*in diesen Aspekt »Lenken/Strukturieren/Ziel/Adhärenz« auch unter-

Hier konnte der Therapeut mithilfe des Kreismodells zunächst verstehen, dass der Patient positives Verhalten nicht internal,

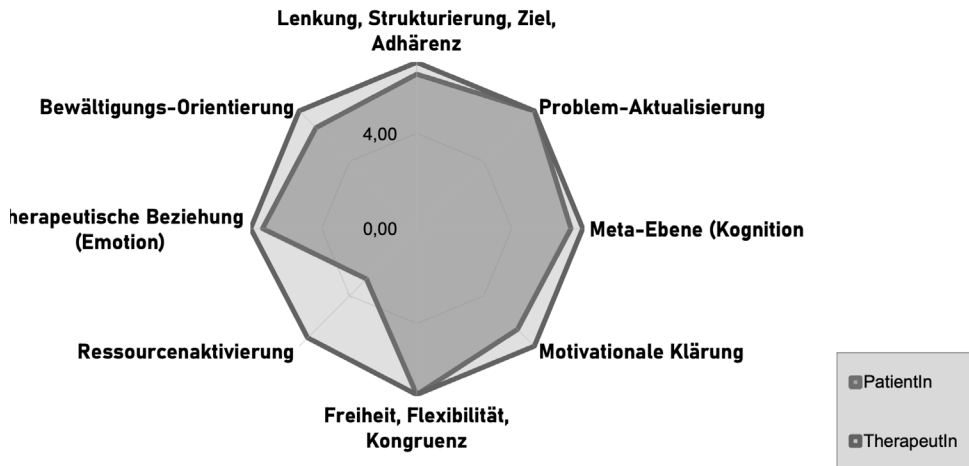


Abb. 10: Das Netzdiagramm (»Kreismodell«) zeigt eine deutliche Abweichung in der Beurteilung der »Ressourcenaktivierung« zwischen Therapeut und Patient. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

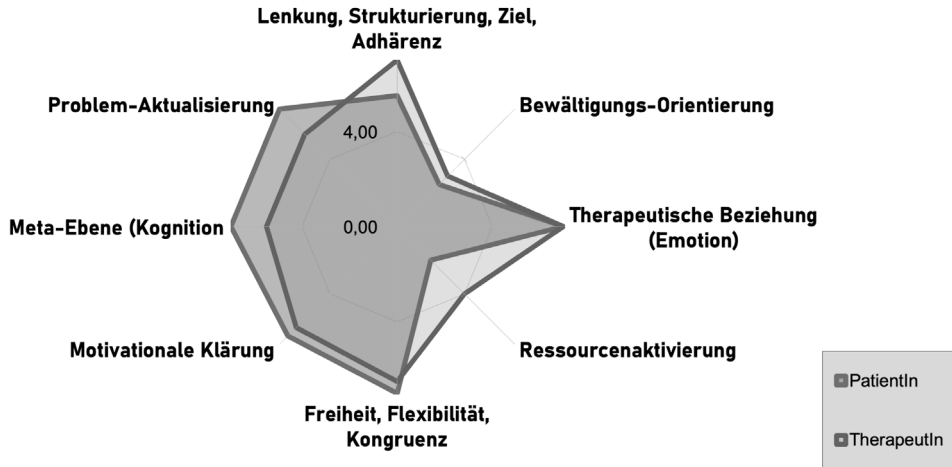


Abb. 11: Das Netzdiagramm (»Kreismodell«) zeigt eine deutlich unterschiedliche Einschätzung der »Ressourcenaktivierung« zwischen Therapeut*in und Patient*in insbesondere in der LZT. Bildquelle: www.therapiefeedback.de

schiedlich interpretieren¹³ und konnotieren können: Während Therapeut*innen hier hohe Werte nannten und darunter das Verfolgen eines klaren psychodynamischen roten Fadens meinten, gaben Patient*innen niedrige Werte an und meinten damit aber etwas anderes: Die Auswertungen und Gespräche führten dann zutage, dass die Patient*innen mit niedrigen Skalen-Werten zum Ausdruck bringen wollten, dass sie sich in keiner Weise eingeeengt fühlten und den therapeutischen Raum genau dafür schätzten. Dies zeigte sich in mehreren Fällen. Patient*innen mit VT-Vorerfahrung sprachen den hier erlebten Kontrast aktiv an. In beiden Fällen hat die Auswertung und Besprechung dieser Aspekte auf die Therapie einen positiven klärenden Effekt gehabt.

¹³ Hier wird der unterschiedliche Aspekt zwischen Ziel und Fokus angesprochen, den wir auch im Zusammenhang mit der OPD diskutiert haben (Hauten & Jungclausen, 2024).

Mehr Ressourcenaktivierung in der LZT

Der folgende Bericht verdeutlicht, wie mithilfe des Kreismodells eine größere Berücksichtigung der Ressourcenaktivierung in einer tiefenpsychologisch fundierten Langzeittherapie gelang:

»Wir beginnen in der KZT in Ruhe zu verstehen, was das Problem ist. Hohe übereinstimmende Werte in der Skala »Motivationale Klärung & Einsicht« sowie »Problemaktualisierung« verdeutlichen unser gutes psychodynamische Arbeiten bei ansonsten hohen Übereinstimmungen bei den anderen Skalen. Mithilfe des Kreismodells haben wir dann im Verlauf gemerkt, dass die »Ressourcenaktivierung« und »Bewältigungsorientierung« irgendwie etwas zu kurz gekommen sind. Insbesondere den Aspekt »Ressourcenaktivierung« schätze ich höher ein, als die Patientin. Dank des Kreismodells konnten diese Aspekte in der fortgesetzten Langzeittherapie aufgedeckt und mehr berücksichtigt werden« (s. Abbildung 11).

Die dargestellten qualitativen Ergebnisse geben erste Hinweise über den Nutzen des Modells im Bereich Prozessfeedback und Prozess-Monitoring in der ambulanten Psychotherapie.

Weitere Beforschung und Anpassungsschritte

Aus dem Modell und den ersten qualitativen Ergebnissen ergeben sich u. a. folgende weitere Forschungsnotwendigkeiten mit größerer systematischer Stichprobe, aus denen sich mögliche Anpassungsschritte ableiten lassen. Neben den erforderlichen methodischen Schritten der weiteren Testentwicklung (Itemanalyse, Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfung, Testanpassungen etc.) ergeben sich im Besonderen u. a. folgende Fragestellungen:

- Erweist sich die siebenstufige Antwortskalierung als adäquat?
- Ist die Verständlichkeit der Items in allen Patient*innen-Gruppen unterschiedlicher Bildungsniveaus und unterschiedlichen Vorwissens zur Psychotherapie sichergestellt?
- Wie wirkt sich ein mögliches normatives oder sozial erwünschtes Denken der Patient*innen auf das Antwortverhalten aus?
- Welche aufklärerischen bzw. unterstützenden Maßnahmen bedarf eine störungsfreie Anwendung des Modells?
- Korrelieren bestimmte Psychotherapie-Verläufe und -Phasen mit bestimmten Antwort-Mustern zwischen Therapeut*in und Patient*in? (vgl. Tschacher, Ramseyer & Grawe, 2007). Sie fanden in Verlaufsbefragungen zwischen Therapeut*in und Patient*in spezifische Ordnungsverläufe und Muster im Antwortverhalten je nach Therapiephase).

- Korrelieren sonstige Passungs-Parameter (z. B. Geschlecht, Alter, Persönlichkeitsstruktur etc.) mit bestimmten Antwort-Mustern zwischen Therapeut*in und Patient*in?
- Wie wirkt sich ein Ausfüllen des Bogens in unterschiedlichen Settings aus (gemeinsam live in der Sitzung vs. getrennt voneinander zu Hause ausfüllen etc.)?
- Welche weiteren technischen und datenschutzrechtlichen Schritte müssen bei größeren Stichproben Beachtung finden?
- Darüber hinaus wäre konzeptuell eine Erweiterung zu prüfen, das Antwortverhalten mehrdimensional bzw. komplexer zu gestalten: Patient*in und Therapeut*in könnten in ihrem Antwortverhalten entlang aller Fragen zwischen Ist-Zustand und Soll-Zustand unterscheiden. Hier könnte z. B. der*die Patient*in beschreiben, wie stark man die therapeutische Lenkung wünsche und wie man diese tatsächlich erlebt (vice versa). Hier wären neben den Vorteilen auch die Nachteile dieses komplexen Vorgehens zu prüfen, wie z. B. eine unübersichtlich werdende grafische Darstellung der Ebenen.

Vor diesem Hintergrund wäre neben der öffentlichen Forschungsförderung an Hochschulen auch der weitere Wille des G-BAS zur Förderung neuer Forschungen wünschenswert.

Anschlussfähigkeit und Verwertungspotenzial

Es besteht ein vielfältiges Verwertungspotenzial: Das Kreismodell ist sowohl anschlussfähig und anwendbar in neuen QS-Formen sowie in bisherigen Formen der QS in der ambulanten Psychotherapie (s. An-

trags- und Gutachterverfahren: An dieser Stelle wäre es beispielsweise denkbar, dass das einseitige (DIN A4) Netzdiagramm dem Antragsbericht (»Bericht an den Gutachter«) als weitere zu begutachtende Therapie-Information im Rahmen der Individual-Begutachtung (Einzelfall) (verpflichtend) beigelegt wird, sodass das Gutachterverfahren modifiziert durchgeführt würde. Darüber hinaus ist das Kreismodell kombinierbar mit der Praxis der Supervision, Intervision und eines Qualitätszirkels (QZ): Auch hier kann das Netzdiagramm als ein Instrument eingesetzt werden, von dem aus der psychotherapeutische Prozess interkollegial reflektiert und so die Behandlungsqualität durch die Möglichkeit zur Prozess-Steuerung optimiert und verbessert werden kann. Im Rahmen dieser Integrationsmöglichkeiten wäre es denkbar, wenn die Vorstellung eines Behandlungsverlaufs mithilfe des Kreismodells für niedergelassene Psychotherapeut*innen angeregt oder eingeführt würde (in bestimmten Zyklen, als QS-Nachweis). Diese Überlegungen werden auch Teil der begleitenden explorativen Therapeut*innen-Befragung zur Anwendung des Kreismodells sein. Die ersten explorativen Ergebnisse auf dieser Ebene können Gegenstand einer größeren Forschungs-Studie darstellen.

Fazit und Diskussion

Abschließend soll der Blick nochmal auf die eingangs erwähnte Ausgangssituation geworfen werden. Es gibt in der aktuellen Debatte um die neuen Formen der QS erhebliche konzeptionelle, rechtliche sowie inhaltliche Zweifel am neuen DeQS-System¹⁴. Derzeit scheinen alle Beteiligten in

der aktuellen QS-Debatte in einer Suchbewegung, zu der auch die Suche bzw. Diskussion alternativer QS-Modelle gehört¹⁵. Es ist daher von großer Bedeutung, alternative QS-Modelle zu erforschen, die sich auf das Wesentliche konzentrieren, nämlich auf die Verbesserung des Prozesses und hierfür gleichartige Daten verwendet, sprich Prozessdaten. Es ist ebenso von Bedeutung ein Modell zu entwickeln, dass von Patient*innen wie Psychotherapeut*innen akzeptiert wird und keine Behandlungsressourcen blockiert, sondern diese fördert.

Vor diesem Hintergrund versteht sich das vorliegende Kreismodell als innovativer digitaler Beitrag der Debatte, welche stark von den Ergebnis-Indikatoren geprägt wird¹⁶, um das Feld der Prozess-Qualitäts-Indikatoren im Rahmen eines intersubjektiven Ansatzes zu erweitern. Der Berufsstand der Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeut*innen versperrt sich weder Verbesserungen noch innovativen Weiterentwicklungen im eigenen Fach, auch nicht im Felde der QS. Nur häufig gilt im sprichwörtlichen Sinne auch

»hyperkomplexen System, voller bürokratischer Regularien« (KBV, 2021a) und macht sich mit eigenen Impulsen für eine Neuausrichtung der QS stark (KBV, 2021b). Die neue DeQS-Richtlinie wird keine Qualitätsverbesserung bringen, sondern unnötig Behandlungskapazitäten binden sowie einen enormen bürokratischen Aufwand (»Bürokratie-Monster«) fordern (im Einzelnen s. <https://www.kbv.de/html/sqs.php> sowie die Stellungnahmen der Psychotherapie-Verbände).

- 15 Es wird im Besonderen auf die kritische Diskussion der neuen DeQS-Richtlinie im Positionspapier der KBV, einschließlich fünf Impulse für die Neuausrichtung der QS hingewiesen (https://www.kbv.de/html/1150_67521.php).
- 16 Die DeQS-Richtlinie fragt zwar auch Prozess-Indikatoren ab, aber eben nicht den Prozess im vorliegenden Verständnis und die Erhebung dieser Prozess-Indikatoren erfolgt auch nicht im Prozess, sondern am Ende.

¹⁴ Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) spricht in ihrem Positionspapier von einem

in diesem Kontext: »Weniger ist mehr«. *Mehr* Daten bedeutet nicht zwangsläufig *gute* Daten. Die Tonlage hat sich im aktuellen Gesundheitssystem insgesamt grundlegend verändert: Zunehmende Privatisierungen und Ökonomisierungen, E-Health, elektronische Patient*innenakte, Trends zu Vereinheitlichungen auch im Psychotherapie-Bereich und massenhafte Datenerfassung in der Gesundheitsversorgung (»Big Data« – ohne verlässliche Datensicherheit und Schutz vor Hacker*innen) sollten kritisch diskutiert werden. Statt das GAV als ein jahrzehntelang erprobtes peer-review-System, das den einzelnen Fall individuell betrachtet, durch ein »Big-Data-Monster« (DeQS-Richtlinie) zu ersetzen, könnte versucht werden, das besser zu machen und zu beforschen, was ohnehin schon da ist. »Bestehende Ansätze optimieren statt neu machen«, lautet auch das Grußwort des aktuellen Bundesgesundheitsministers Lauterbach an die QS-Konferenz des G-BA im November 2022. Dies könnte auch eine Kombination des GAV mit dem Kreismodell beinhalten: denkbar wäre hier nach den grafischen Ausdruck des Kreismodells (Netzdiagramm) beispielsweise als Ergänzung zum Bericht an den Gutachter (Beiblatt) im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahren (GAV) zu nutzen, um hierdurch bestehende und bewährte Instrumente (GAV) um weitere fallbezogene und individuelle Prozess-Parameter unter Beteiligung der Patient*innen-Perspektive (intersubjektiv) zu erweitern. Das Kreismodell ist auch anschlussfähig an etablierte interkollegiale QS-Formen und lässt sich mit Intervention, Supervision und Qualitätszirkeln verbinden. Derartige Ansätze wären wünschenswert, da sie dem Wesen psychotherapeutischen Arbeitens mehr entsprechen. Das Kreismodell versteht sich als Beitrag innerhalb länger bestehenden Bemühungen neue fallbezogene Konzepte in

der Beurteilung ambulanter Psychotherapie zu entwickeln. Auch neue Ansätze für bessere Begutachtungskriterien im GAV liegen vor und bedürfen der weiteren Erforschung (vgl. Jungclaussen/GKL-2, 2019). Der Einwand das Kreismodell greife zu sehr in die therapeutische Beziehungsdynamik kann weiter diskutiert werden. Die ersten qualitativen Ergebnisse zeigen hingegen, dass dies kein Manko, sondern eine Chance darstellen könne (Katalysator-Funktion): Das Kreismodell kann als Reflexionseinladung als Katalysator wirken und bislang nicht zur Sprache gekommene latente Aspekte aktivieren und »nach oben spülen« sowie bewusst und besprechbar machen. Alle Prozesse lassen sich infolge professionell reflektieren und verstehen.

Die folgenden Punkte fassen die konzeptuellen Überlegungen und Ziele des Kreismodells zusammen:

1. Beim Kreismodell handelt es sich um ein verfahrensübergreifendes, digitales, fallorientiertes, intersubjektives, reflexives Modell zur Erfassung der Prozessqualität ambulanter Psychotherapie (Qualitäts-Monitoring), unter expliziter Beteiligung der Patient*innen-Perspektive.
2. Durch das Prozess-Feedback und die Prozess-Steuerung sollen der psychotherapeutische Behandlungsprozess sowie die Behandlung psychischer Erkrankungen verbessert werden.
3. Das Spezifikum des intersubjektiven Ansatzes betont, dass das Verständnis psychologischer bzw. psychotherapeutischer Prozesse nicht isoliert stattfindet, sondern in einem Netzwerk von Beziehungen und sozialem Austausch verwurzelt ist, welches von Reziprozität, gemeinsamen Bedeutungen, Erfahrungsaustausch, und Ko-Konstruktion der Realität sowie Empathie getragen wird.

4. Durch die aktive Patient*innen-Teilnahme leistet das Kreismodell auch einen Beitrag zur Demokratisierung des Psychotherapieprozesses, zum Empowerment von Patient*innen und zur aktiven Teilhabe an der Psychotherapie.
5. Das Kreismodell kann innerhalb der kontroversen QS-Debatte als Brücke/Kompromiss fungieren, sich den aktuellen Anforderungen nach QS zu stellen und gleichsam innerhalb des therapeutischen Paradigmas zu bleiben (Beziehungsebene und fallbezogen).
6. Der Schwerpunkt des Kreismodells im Bereich »Prozessfeedback« lenkt bzw. erweitert die Perspektive von QS auf die wichtige Prozessqualität von Psychotherapie. Die Prozess-Daten werden im Kreismodell im Prozess erhoben und dienen der Verbesserung des Prozesses. Durch die Nutzung des Kreismodells besteht die Möglichkeit, Veränderungsprozesse nicht zu erfassen, sondern deren Erfassung auch zur QS während des Prozesses zu nutzen. Die Daten vollziehen sich im Prozess und werden für den Prozess genutzt (Synchronizität der Prozesse). Hierdurch unterscheidet sich das Kreismodell sowohl vom GAV, als auch von der DeQS-Richtlinie.
7. Prozess-Feedback dient als Frühwarnsystem und Klärung möglicher Störungen in der Psychotherapie (Qualitätssicherung).
8. Der gemeinsame Blick aus der Meta-Perspektive objektiviert und trianguliert den therapeutischen Prozess.
9. Datenschutz: Die Datenhoheit über die Informationen behält der*die Therapeut*in (Vertrauen in Therapie bleibt erhalten, keine Weitergabe an die Kasse).
10. Das Kreismodell ist wie o.g. anschlussfähig an andere Formen der QS (Intervention, Supervision, Qualitätszirkel) und bietet so die Möglichkeit sowohl der Integration in etablierte Modelle als auch der Verstetigung.
11. Das Kreismodell stärkt den Gedanken, dass QS im besten Falle peer-reviewed sein sollte (auch weil das Kreismodell in Supervision/Intervention integriert werden kann).
12. Der Ansatz ist individuell und fallbasiert (nicht einrichtungsbezogen).
13. Das Kreismodell unterscheidet sich vom bisherigen Antrags- und Gutachterverfahren (GAV) und vom geplanten DeQS-Verfahren: Während die Patient*innenstimme im GAV gar nicht Gehör findet, wird diese in der DeQS-Richtlinie nur am Ende (ex post) eingeholt, wenn die Therapie bereits beendet ist und diese Patient*innenstimme keine Steuerungsfunktion mehr einnehmen kann. Dies steht im Gegensatz zum Kreismodell, welches die Patient*innen-Rückmeldungen explizit in ihrer Steuerungsfunktion im Prozess nutzen möchte. Darüber hinaus ist es ein Merkmal des Kreismodells, dass das kritisch-konstruktive Feedback der Patient*innen nicht in etwaigen anonymen Bewertungsportalen im Internet »verebbt«, sondern es kann mithilfe des tools konstruktiv *unmittelbar* in der therapeutischen Beziehung aufgefangen, dort geklärt und konstruktiv wirken. So trägt es auch zu einer Verbesserung der Fehlerkultur in der Psychotherapie bei.
14. Das Kreismodell nimmt mit dem Diagramm Bezug auf etablierte Modelle in anderen Bereichen (OCAI, 360 Grad Feedback).
15. Qualitäts-Monitoring hat eine lange Tradition in der Psychotherapieforschung und digitale Verfahren als Prozess-Monitoring gelten als Merkmal von »good practice« (Lambert, 2017).

16. Das Kreismodell, dessen Items aus der Psychotherapiewirkungsforschung abgeleitet wurden, schärft auch aus Sicht der Psychotherapieausbildung den Blick für diejenigen Aspekte und Faktoren, die in der Psychotherapie zum Einsatz kommen.

Ausblick: Weitere Anwendungs- und Forschungsk Kooperation

Interessierte Kolleg*innen sowie Ausbildungsinstitute, Hochschulen oder Verbände etc. können sich unter <https://www.therapiefeedback.de> über das Modell informieren und eine Nutzungsmöglichkeit auch zur Unterstützung weiterer Beforschung des Projekts anfragen. Kontakt: info@psy-dak.de

Literatur

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L.G. (Hrsg.). (2021). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. Aufl.). Wiley.

Bühning, P. (2022). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Aufgeschoben. *Ärztblatt PP*, 21(8), 337.

Bühning, P. (2024). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Kritik bleibt weiter bestehen. *Dtsch Ärztblatt*, 23(2), 56. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/237429/Qualitaetssicherung-in-der-Psychotherapie-Kritik-bleibt-weiter-bestehen> (04.07.2024).

Cameron, K.S. & Quinn, R.E. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. Jossey-Bass.

Caspar, F. & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness. Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 61–69.

Castonguay, L.G. & Hill, C.E. (2019). *How and Why Are Some Therapists Better Than Others? Un-*

derstanding Therapist Effects. APA American Psychological Association.

Castonguay, L.G., Barkham, M., Lutz, W. & McAleavey, A.A. (Hrsg.). (2019). *Practice-Oriented Research in Psychotherapy: Building Bridges Between Science and Practice*. Guilford Press.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S.D. & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery an improvement: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 159(4), 118–126.

Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med*, 7, Artikelnr. 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>

Fabbro, A. & Barlow, D.H. (2006). The structure of therapy and the therapeutic process: A comprehensive approach. In D.H. Barlow (Hrsg.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (4. Aufl., S. 15–45). Guilford Press.

Firmansyah, D., Mergel, K., Benecke, C., Huber, D., Grimm, I., Klug, G., Henkel, M. (2021). Deutungen: eine qualitative Studie unmittelbarer Patientenreaktionen. *Forum Psychoanal*, 37, 323–336.

Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R.E. & Wampold, B.E. (2010). *Resource activation: Using clients' own strengths in psychotherapy and counseling*. Hogrefe.

Goldfried, M.R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back?. *American Psychologist*, 74(4), 484–496.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.

Hauten, L. & Jungclaussen, I. (2022). Gutachterverfahren in der Psychotherapie – Ungeliebter Freund. *Deutsches Ärztblatt PP*, 21(3), 110–113.

Henning, A., Helmbold, N. & Diel, F. (2021). Sektorenübergreifende Qualitätssicherung – Impulse für eine Neuausrichtung. Sonderausgabe 2021. *DPtV*, 28–32.

Høglend, P., Hersoug, A.G., Bøgwald, K.P., Amlø, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Røssberg, J.I., Ulberg, R., Gabbard, G.O. & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *J Consult Clin Psychol*, 79(5), 697–706.

Høglend, P.A., Engelstad, V., Sørbye, Ø., Heyerdahl,

- O. & Amlo, S. (1994). The role of insight in exploratory psychodynamic psychotherapy. *The British journal of medical psychology*, 67 (Pt 4), 305–317.
- Huppert, J.D., Fabbro, A. & Barlow, D.H. (2006). Evidence-Based Practice and Psychological Treatments. In C.D. Goodheart, A.E. Kazdin & R.J. Sternberg (Hrsg.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (S. 131–152). American Psychological Association.
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrenthal, J.C., Schauenburg, H. & Dinger, U. (2018). Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*, 175(10), 961–969.
- Johnsen, T.J. & Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768.
- Jungclausen, I. (2019). *Evaluation des Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie und Qualitätssteigerung durch die Gutachter-Kriterien-Liste – GKL-2. 20-seitiges Forschungskonzept zur Beantragung eines Forschungsprojekts im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss* (Antrags-Datum: 18.2.19). Antragsteller Jungclausen/Fachhochschule des Mittelstandes. Unveröffentlichtes Dokument. Weitere Informationen: <https://www.psy-dak.de/gkl-2> (04.07.2024).
- Jungclausen, I. (2022). *Kreismodell – Qualitäts-Monitoring durch Prozessfeedback in der ambulanten Psychotherapie (verfahrensübergreifend, intersubjektiv und fallorientiert). 20-seitiges Forschungskonzept zur Beantragung eines Forschungsprojekts im Rahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss* (Antrags-Datum: 24.10.2022). Antragsteller Jungclausen/Fachhochschule des Mittelstandes. Beantragtes Forschungsprojekt wurde vom Innovationsfonds nicht genehmigt. Weitere Informationen: <https://www.therapiefeedback.de>
- Jungclausen, I. (2023). *Das Kreismodell – Qualitäts-Monitoring durch Prozessfeedback in der ambulanten Psychotherapie*. Internet-Seite zum Projekt <https://www.therapiefeedback.de>
- Jungclausen, I. (2024). ›Was kommt da auf uns zu?‹ – Zum aktuellen Stand der neuen Formen der Qualitätssicherung und des alten Gutachterverfahrens im Lichte des neuen Psychotherapeutengesetzes. Neubearbeitung und Videographierung des Fachvortrags zum gleichnamigen Thema auf der 28. Rheinischen Allgemeinen Psychotherapietagung (RAT-Tage) am 6.5.2023 in Siegburg/Bonn. Kurz-Vorstellung des Kreismodells am Ende des Vortrags. YouTube-Video. <https://youtu.be/bqGo6GzGWzM?si=ehGf7pGuP7A7qwYX>
- Jungclausen, I. & Hauten, L. (2022). Das Gutachtenverfahren in der ambulanten Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – Kritische Reflexionen aus Forschung und Praxis. *PTT Persönlichkeitsstörungen*, 26(3), 262–286.
- Jungclausen, I. & Lieberz, K. (2024). Konzepte externer Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Kritische Reflexion und Diskussion möglicher Alternativen. *Ärztliche Psychotherapie*, 19(3), 158–167.
- Lambert, M.J. (Hrsg.). (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. Aufl.). John Wiley & Sons.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J.R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S. & Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22, 286–304.
- Leong, F.T.L., Callahan, J.L., Zimmerman, J., Constantino, M.J. & Eubanks, C.F. (Hrsg.). (2023). *APA handbook of psychotherapy* (Vols. 1–2). American Psychological Association.
- Lieberz, K. & Jungclausen, I. (2024). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Politik im Widerspruch. *Dtsch Ärzteblatt PP*, 23, 57–59. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/237475/Qualitaetssicherung-in-der-ambulanten-Psychotherapie-Politik-im-Widerspruch>
- Lilliengren, P. (2023). A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117–140.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2. Aufl.). American Psychological Association.
- Lukens, E.P. & McFarlane, W.R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205–225.
- Mander, J.V., Jacob, G.A., Götz, L., Sammet, I., Zipfel, S. & Teufel, M. (2015). Associations

- between Grawe's general mechanisms of change and Young's early maladaptive schemas in psychotherapy research: a comparative study of change processes. *Psychother*, 25(2), 249–262.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601–613). VS.
- Nießen, A. & Muck, P.M. (2015). *360-Grad-Feedback: Grundlagen, Instrumente und Anwendungen im Personalmanagement*. Hogrefe.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (Hrsg.). (2019). *Psychotherapy Relationships That Work: Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions* (3. Aufl.). Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence – based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1–18.
- Orlinsky, D. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. *Psychother Psych Med*, 58, 345–354.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl., S. 307–389). Wiley.
- Plantholz, M. (2021). Was hat Qualitätssicherung mit dem Antrags- und Gutachterverfahren zu tun? Einführung eines Qualitätssicherungsverfahrens, Abschaffung des Gutachterverfahrens und Ersatzinstrumente: ein Blick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung. *Psychotherapie Aktuell*. Sonderausgabe Themenheft der DPtV zum Thema Qualitätssicherung, 13, 34–39.
- Quinn, R. & Rohrbaugh, J. (1983) A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Toward a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science*, 29, 363–377. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363>
- Rulfs F., Helmbold, N. & Diel, F. (2021) Ambulante Psychotherapie – Qualitätssicherung am Beispiel der DeQS-Richtlinie. *Psychotherapie Aktuell Sonderausgabe 2021*. DPtV, 17–22.
- Schäfer, S. (2021). Qualität leben statt Daten erheben. *Psychotherapie Aktuell Sonderausgabe 2021*. DPtV, 6–14.
- Schiepek, G., Gelo, O., Viol, K., Kratzer, L., Orsucci, F., Felice, G., Stöger-Schmidinger, B., Sammet, I., Aichhorn, W. & Schöller, H. (2020). *Complex individual pathways or standard tracks? A data-based discussion on the trajectories of change in psychotherapy*. *Couns Psychother Res*.
- Schiepek, G. (2022a). Prozessfeedback und Prozesssteuerung in der Psychotherapie. *psychopraxis. neuropraxis*, 25, 323–331. <https://doi.org/10.1007/s00739-022-00843-3>
- Schiepek, G. (2022b). Prozess und Outcome-Evaluation mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS). *Psychotherapie-Wissenschaft*, 12(1), 51–61.
- Schiepek, G., Kratzer, L., Hülsner, Y. & Bachler, E. (2019). Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 357–364.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol.*, 65(2), 98–109.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books.
- Tschacher, W., Ramseyer, F. & Grawe, K. (2007). Der Ordnungseffekt im Psychotherapieprozess. Replikation einer systemtheoretischen Vorhersage und Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(1), 18–25.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P. & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychother Res.*, 25(4), 420–434.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.
- Wucherpfennig, F., Schwartz, B. & Rubel, J. (2024). Towards a taxonomy of mechanisms of change? Findings from an expert survey on the association between common factors and specific techniques in psychotherapy. *Psychother Res.*, 34(3), 398–411.
- Zimmer, B. & Moessner, M. (2012). Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AKQUASI. *Psychotherapie im Dialog*, 13, 68–71.

The circle model

A new cross-procedural, digital, case-oriented, intersubjective and reflexive model for recording the process quality of outpatient psychotherapy (quality monitoring)

Summary: While the current discussion on new forms of quality assurance (QA) in outpatient psychotherapy, exemplified by the new German »DeQS«-guidelines, is dominated by issues of outcome quality, a new model is introduced that expands the QA discussion to include quality monitoring for the exploration and management of process quality in psychotherapy. The so-called »circle model« (www.therapiefeedback.de) is a transdisciplinary, digital, case-oriented, intersubjective, and reflective model for capturing the process quality of outpatient psychotherapy (quality monitoring). The circle model enables both therapists and patients to provide individual feedback on the shared psychotherapeutic process through self-reporting according to scientific quality criteria. Both response behaviors (patient and therapist) can then be superimposed in a color-coded circular network diagram, allowing the therapy process to be intersubjectively reflected upon during joint consideration. The construction of the feedback axes is theory- and research-based. The model is applicable across all four German psychotherapeutic guideline procedures (psychodynamically oriented therapy, psychoanalytic psychotherapy, cognitive behavioral psychotherapy, systemic psychotherapy). The specificity of the intersubjective approach emphasizes that the understanding of psychotherapeutic processes does not occur in isolation but is rooted in a network of relationships and social exchange characterized by reciprocity, shared meanings, exchange of experiences, co-construction of reality, and empathy. Important impulses

for potential adjustments and management of the therapy process for QA are made possible. The aim is to develop an innovative (digital) instrument that optimizes the psychotherapeutic process from within the process itself (quality monitoring through process feedback) and contributes to greater active participation of patients in the psychotherapy process. By collecting data from multi-level response scales, which are then interactively integrated and jointly reflected upon, the model methodologically combines quantitative and qualitative approaches. Initial qualitative results from an exploratory pilot study are presented. The results provide initial insights into the utility of the model for QA in outpatient psychotherapy, with a focus on process quality. The compatibility of the system with established peer-reviewed QA systems, such as peer review (»interview«), supervision, and quality circles, is emphasized. The necessity for further and systematic research is discussed.

Keywords: Quality Assurance in psychotherapy, Quality Monitoring, Process Feedback, German peer-review expert appraisal procedure for assessing the obligation of statutory health insurance funds to cover the costs of outpatient psychotherapy (»Antrags- und Gutachterverfahren«), Outpatient Psychotherapy, Intersubjectivity, Psychotherapy Process, Psychotherapy Research, Common Factors in Psychotherapy, Therapeutic Alliance, Improvement of Psychotherapy, Modified and alternative concepts of quality assurance

Kontakt

Institut für Psychodynamische Didaktik
 Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Ingo Jungclaussen
 Erikastr. 18
 40627 Düsseldorf
 E-Mail: info@psy-dak.de