



Humanwissenschaftliche Fakultät

Yvonne M. Kaufmann | Lisa Maiwald | Svenja Schindler | Florian Weck

Wie wirkt sich mehrmaliges Kompetenz-Feedback auf psychotherapeutische Behandlungen aus?

Eine qualitative Analyse

Suggested citation referring to the original publication:

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 46 (2017) 2, 96-106

DOI <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000412>

ISSN (print) 1616-3443

ISSN (online) 2190-6297

Postprint archived at the Institutional Repository of the Potsdam University in:

Postprints der Universität Potsdam

Humanwissenschaftliche Reihe ; 614

ISSN 1866-8364

<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:517-opus4-434066>

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-43406>

Wie wirkt sich mehrmaliges Kompetenz-Feedback auf psychotherapeutische Behandlungen aus?

Eine qualitative Analyse

Yvonne M. Kaufmann^{1,2}, Lisa Maiwald¹, Svenja Schindler¹ und Florian Weck²

¹Johannes Gutenberg-Universität Mainz

²Universität Potsdam

Zusammenfassung: *Theoretischer Hintergrund:* Einflüsse von therapeutenorientiertem Kompetenz-Feedback in der Psychotherapieausbildung wurden bislang wenig untersucht. *Fragestellung:* Wie gehen Ausbildungstherapeuten mit Feedback um? Welchen Einfluss hat ein regelmäßiges Kompetenz-Feedback auf die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen (insbesondere Therapiesitzungen, therapeutische Beziehung, Person des Therapeuten, Supervision)? *Methode:* Elf Therapeuten wurden mithilfe eines halbstrukturierten Interviewleitfadens befragt. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). *Ergebnisse:* Das auf Basis der Interviews erstellte Kategoriensystem umfasste die Kategorien „Erwartungen an das Feedback“, „Wahrnehmung des Feedbacks“, „Verarbeitung von und Umgang mit Feedback“, „Folgen, Auswirkungen und Veränderungen durch Feedback“ sowie „Verbesserungswünsche“. *Schlussfolgerungen:* Therapeuten streben eine Umsetzung des Feedbacks an, welches sich auf die Behandlung, die Supervision, die eigene Person und die therapeutische Beziehung auswirkt.

Schlüsselwörter: Feedback, Psychotherapeutische Ausbildung, Psychotherapeutische Kompetenzen, Qualitative Inhaltsanalyse, Supervision

How Does Multiple Competence Feedback Affect Psychotherapeutic Treatment? A Qualitative Analysis

Abstract: *Background:* To date, the influence of therapist-oriented feedback in psychotherapy training has rarely been investigated. *Objective:* How do therapists in training deal with competence feedback? What influence does a regular competence feedback have on treatment quality (especially therapy sessions, therapeutic alliance, the therapist, supervision)? *Method:* We interviewed 11 therapists using a semistructured interview guide. The text material was analyzed with qualitative content analysis (Mayring, 2015). *Results:* The interview-based system of categories consists of: *expectations toward feedback; perception of feedback; processing of feedback; consequences, effects, and changes due to feedback; and suggestions for improvement.* *Conclusion:* Therapists strive to implement feedback. Competence feedback has an impact on treatment, supervision, the therapist, and the therapeutic alliance.

Keywords: feedback, psychotherapy training, psychotherapeutic competencies, qualitative content analysis, clinical supervision

Die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten stellt angehende Therapeuten vor vielfältige Herausforderungen und kann mit Unsicherheiten bezüglich der eigenen Kompetenz einhergehen. Nach Waltz, Addis, Koerner & Jacobsen (1993) werden psychotherapeutische Kompetenzen definiert als die Fähigkeiten eines Therapeuten, die Behandlung gekonnt umzusetzen, womit die fachgerechte Durchführung der Interventionen unter adäquater Berücksichtigung des Behandlungskontexts fokussiert wird. Demnach werden psychotherapeutische Kompetenzen im Folgenden als gezeigtes Verhalten verstanden, das im therapeutischen Prozess (z. B. auf Sitzungsebene) beobachtbar ist (z. B. durch Videoaufnahmen). Es wird angenommen,

dass die psychotherapeutische Ausbildung einen geeigneten Rahmen darstellt, um therapeutische Kompetenzen zu erlernen und weiterzuentwickeln. So ist bekannt, dass sich Ausbildung und Training von Psychotherapeuten positiv auf Behandlungen auswirken (Beidas & Kendall, 2010; Rakovshik & McManus, 2010; Stein & Lambert, 1995); z. B. durch weniger Therapieabbrüche, eine höhere Patientenzufriedenheit und einen höheren Therapieerfolg (Stein & Lambert, 1995). Jedoch ist unklar, welche Ausbildungsinhalte und Trainingsmaßnahmen entscheidend zu einem Kompetenzwachstum beitragen.

Eine Möglichkeit zur Vermittlung therapeutischer Kompetenzen stellt klinische Supervision dar. Trotz deutlicher

Hinweise auf die Effektivität von Supervision (Wheeler & Richards, 2007), erscheint unklar, welche Inhalte erfolgreiche und kompetenzfördernde Supervision umfassen sollte. Ein häufiger Supervisionsfokus in Form abstrakter „Falldiskussionen“ liegt auf dem Patienten, jedoch wenig auf der konkreten Umsetzung bestimmter Interventionen, d. h. auf dem Verhalten des Therapeuten (Townend, Iannetta & Freeston, 2002). Videotechnik, die eine erhöhte Orientierung am therapeutischen Prozess ermöglicht, wird nur in 39 % der Ausbildungssupervisionen verwendet (Ochs et al., 2012). Entsprechend erscheint eine systematische Förderung therapeutischer Kompetenzen durch Supervision im Rahmen der aktuellen Ausbildung fraglich.

Es bleibt offen, ob der Einsatz und die wissenschaftliche Untersuchung anderer Methoden, insbesondere Feedback, zur psychotherapeutischen Kompetenzförderung bisher vernachlässigt wurden. Feedback kommt in der aktuellen Forschung vor allem in Form eines patientenfokussierten Ansatzes zum Einsatz (Lutz, Böhnke, Köck & Bittermann, 2011). Dabei erhalten Therapeuten über den Behandlungsverlauf Rückmeldungen zur Schwere der Patientensymptomatik. Grundlage eines solchen Feedbacks bildeten Verlaufsmessungen der Symptomatik durch etablierte Fragebögen, anhand derer über Cut-Off-Werte bzw. statistisch bedeutsame Veränderungen Unterschiede im Vergleich zur Eingangserhebung rückgemeldet wurden. Insbesondere bei Patienten, deren Symptomatik sich zunächst nicht wie erwartet entwickelte, konnte durch diese Intervention das Therapieergebnis verbessert werden ($d = 0.40-0.44$; Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002). Gekoppelt mit standardisierten Handlungsanweisungen für den Therapeuten konnte dieser Effekt noch gesteigert werden ($d = 0.70$, Whipple et al., 2003). Ein weiterer Befund zeigt, dass die Therapien mit negativem Feedback (kritischer Verlauf) im Vergleich zu Therapien mit positivem Feedback (guter Verlauf) länger dauern (Carlier et al., 2012). Übersichten zu patientenfokussiertem Feedback finden sich bei Lambert (2007) sowie Lutz, de Jong und Rubel (2015).

Eine bisher wenig untersuchte Möglichkeit des Einsatzes von Feedback ist eine Rückmeldung an den Therapeuten zu seinen gezeigten Fähigkeiten, z. B. unter Verwendung von Videoaufnahmen. Gemäß der Kompetenz-Definition von Waltz et al. (1993) erhält der Therapeut somit ein Feedback hinsichtlich der fachgerechten Durchführung der Behandlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. Diese Rückmeldung sollte durch einen erfahrenen und entsprechend geschulten Psychotherapeuten erfolgen. Wie in einer Vielzahl von Studien gezeigt werden konnte (z. B. Metaanalyse von Kluger & DeNisi, 1996; Reviews von Mory, 2004 und Shute, 2008), führt Feedback im Allgemeinen zu einer Anpassung bzw. Ver-

besserung der Leistung. Ob sich dieser Zusammenhang auch bezüglich des Einsatzes von Feedback zur Förderung psychotherapeutischer Kompetenzen finden lässt, wurde bisher kaum systematisch untersucht. Vereinzelt Studien deuten darauf hin, dass ein Kompetenz-Feedback psychotherapeutische Kompetenzen positiv beeinflusst, wobei Feedback selten als alleinige Trainingsmaßnahme untersucht wurde (McManus, Westbrook, Vazquez-Montes, Fennell & Kennerley, 2010). In der Studie von McManus et al. (2010) erhielten Therapeuten in Ausbildung quantitative und qualitative Rückmeldungen zu verschiedenen Kompetenzdimensionen der Cognitive Therapy Scale (Young & Beck, 1980). Es zeigte sich eine deutliche Kompetenzsteigerung der Teilnehmer ($d = 1.25$). Das Feedback war jedoch Teil eines 36-tägigen Curriculums, das zusätzlich auch mehrstündige Workshops und Supervision zu KVT-Interventionen beinhaltete. Durch diese Konfundierung mit anderen Interventionen lässt sich der Effekt entsprechend nicht allein auf das Feedback zurückführen.

Darüber hinaus wurde Kompetenz-Feedback bei sehr spezifischen Behandlungsangeboten untersucht (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004; Moyers et al., 2008). In dem RCT von Miller et al. (2004) beurteilten zwei unabhängige Rater auf der Basis von Audioaufnahmen die Kompetenz bezüglich der Durchführung des Ansatzes Motivational Interviewing (MI) bei Abhängigkeits-erkrankungen (Kokain). Die Effektivität von fünf Trainingsgruppen wurde untersucht: 1) zweitägiger Workshop, 2) zweitägiger Workshop + Feedback, 3) zweitägiger Workshop + Supervision, 4) zweitägiger Workshop + Feedback + Supervision sowie 5) Warte-Kontroll-Gruppe (Selbststudium des Behandlungsmanuals). Das schriftliche Feedback umfasste individuelle Rückmeldungen zu den therapeutischen Fähigkeiten sowie die Kompetenz-Einschätzungen der Beurteiler. Gruppen, die ein Feedback und/oder Supervision erhielten (Gruppe 2, 3 und 4), zeigten den höchsten Kompetenzzuwachs und waren in der vier- und achtmonatigen Katamnese den anderen Gruppen signifikant überlegen. Die Studie gibt einen wichtigen Hinweis darauf, dass Feedback therapeutische Fähigkeiten verbessern kann, ist aber aufgrund des spezifischen Behandlungsansatzes (MI) bei dem Störungsbild Kokainabhängigkeit nur begrenzt generalisierbar.

Einen deutlicheren Beleg zur Wirksamkeit von Feedback zur Verbesserung psychotherapeutischen Kompetenzen liefert eine Pilotstudie (Weck, Kaufmann & Höfling, 2017): Die Therapeuten erhielten fünfmalig über 20 Therapiesitzungen Feedback zu ihren Kompetenzen auf Basis von 50-minütigen Therapievideos. Es zeigte sich, dass Therapeuten in der Feedback-Bedingung von verblindeten Beurteilern signifikant kompetenter beurteilt wurden als Therapeuten in der Kontrollbedingung

($\eta^2 = .09$; Weck et al., 2016). Somit finden sich erste Hinweise dafür, dass Feedback eine geeignete Intervention darstellt, um therapeutische Kompetenzen zu verbessern. Jedoch ist unklar, wie Therapeuten auf das Feedback reagieren, wie es ihr therapeutisches Arbeiten beeinflusst und über welche Mechanismen es wirken könnte.

Um erste Erkenntnisse über die Wirkweise von Kompetenz-Feedbacks zu gewinnen, ist es das Ziel der vorliegenden Studie zu untersuchen, welche Auswirkungen ein Kompetenz-Feedback aus Therapeutensicht auf die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen hat. Es wird exploriert, wie sich der Umgang der Therapeuten mit dem erhaltenen Kompetenz-Feedback gestaltet. Darüber hinaus wird untersucht, welche Einflüsse des Feedbacks der Therapeut selbst auf die Behandlung, auf die therapeutische Beziehung, auf die eigenen therapeutischen Kompetenzen, auf die eigene Person und auf die Supervision wahrnimmt. Ein qualitativer Ansatz wurde gewählt, um möglicherweise bisher noch unbekannt Einflüsse und Auswirkungen des Kompetenzfeedbacks zu explorieren. Folgende Fragestellungen werden verfolgt:

1. Wie gehen Therapeuten mit einem Kompetenz-Feedback um?
2. Welchen Einfluss hat ein regelmäßiges Kompetenz-Feedback auf die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen, insbesondere auf die Therapiesitzungen, auf die therapeutische Beziehung, auf die Person des Therapeuten und auf die Supervision?

Methode

Stichprobe

Es wurden elf Therapeuten interviewt, die an einer aktuell laufenden randomisierten kontrollierten Studie¹ teilnahmen, die den Einfluss eines Kompetenz-Feedbacks auf den Therapieerfolg bei Depression untersucht. Es handelte sich um Ausbildungstherapeuten der Poliklinischen Institutsambulanz der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, die bis zu zwei Patienten mit mindestens mittelgradiger depressiver Episode (gemäß DSM-IV 296.22 oder 296.32) in der Feedback-Studienbedingung behandelten. Sie erhielten zusätzlich Supervision nach jeder 4. Sitzung. Sie waren zwischen 26 und 32 Jahren alt ($M = 28,4$ Jahre, $SD = 2,0$ Jahre). Zwei der Therapeuten waren männlich, neun weiblich². Zum Zeitpunkt des Interviews hatten

sie zwischen 80 und 599 ambulante Behandlungsstunden ($M = 345,3$ Stunden, $SD = 216,6$ Stunden) durchgeführt und 3 bis 44 Einzelsupervisionen ($M = 24,3$ Stunden, $SD = 15,6$ Stunden) sowie 7 bis 100 Gruppensupervisionsstunden ($M = 59,3$ Stunden, $SD = 34,5$ Stunden) absolviert. Therapeuten, die in der Kontrollbedingung Patienten behandelten, wurden nicht befragt.

Studiendesign

Im Rahmen der Feedback-Bedingung erhielten die Therapeuten regelmäßig schriftlich qualitative und quantitative Rückmeldung zu ihren gezeigten psychotherapeutischen Kompetenzen. Grundlage des quantitativen Feedbacks bildeten die 14 Dimensionen der Cognitive Therapy Scale (CTS; Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010). Die Gestaltung des Feedbacks orientierte sich an der Pilotstudie (Weck et al., 2017): Auf der Basis von 50-minütigen Therapiesitzungsvideos beurteilten zwei unabhängige, erfahrene und approbierte psychologische Psychotherapeuten fünf therapeutische Sitzungen (1., 5., 9., 13., 17. Sitzung) hinsichtlich der therapeutischen Kompetenz anhand der CTS. Zusätzlich verfasste einer der Beurteiler zu jeder beurteilten Therapiesitzung eine schriftliche Rückmeldung anhand der 14 Kompetenzdimensionen. In symbolischer Form (Ausrufezeichen oder Haken) machte er kenntlich auf welchen Dimensionen noch Verbesserungen möglich seien. Er machte Vorschläge, wie die Behandlung hinsichtlich jeder Dimension konkret verbesserbar wäre. Darüber hinaus wurde auf Basis der CTS zurückgemeldet, auf welchen Dimensionen der Therapeut sich im Vergleich zur vorherigen beurteilten Sitzung verbessert habe. Somit sollten erwünschte Verhaltensweisen positiv verstärkt und gefestigt werden. Verschlechterungen auf den Dimensionen wurden nicht quantitativ zurückgemeldet, sondern wurden bei den qualitativen Verbesserungsvorschlägen berücksichtigt. Auf direktes negatives Feedback wurde verzichtet, um möglicherweise damit verbundene negative Reaktionen wie Frustration oder Angst abzuschwächen (Wehner, 2010) und die Annahme des Feedbacks zu erleichtern. Die Erstellung und Übermittlung des Feedbacks erfolgte zeitnah innerhalb einer Woche (vor Durchführung der nächsten Sitzung).

¹ Das aktuelle Projekt „Die Bedeutung eines Kompetenz-Feedbacks für den Therapieerfolg: eine randomisierte kontrollierte Studie“ unter Leitung von Prof. Florian Weck wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft seit 2015 gefördert (WE 4654/7 – 1).

² Zur Anonymisierung wird im Folgenden sowohl für männliche als auch für weibliche Therapeuten die männliche Form genutzt. Die Therapeuten werden als Therapeut A bis K bezeichnet.

Instrumente

Interviewleitfaden. Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden wurde gemäß dem Prinzip des „Funnelling“ erstellt (Smith & Osborn, 2008). „Funnelling“ bezieht sich auf die Reihenfolge der Fragen, die von allgemeinen zu spezifischer werdenden Fragen in Form eines Trichters (*engl. funnel*) angeordnet werden. Der Leitfaden bestand aus zwei übergeordneten Hauptfragen („Wie war es für Sie, Feedback zu erhalten?“ und „Hat das Feedback zu Veränderungen geführt?“) mit insgesamt 10 Unterfragen zu Einflüssen auf Therapie, Supervision, die Person des Therapeuten und die therapeutische Beziehung (*der Interviewleitfaden wird im Elektronischen Supplement 1 zur Verfügung gestellt*). Die Reihenfolge und konkrete Formulierung der Items konnte je nach Interviewverlauf variiert werden (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010). Als Einstiegssitem wurde die Formulierung „Erzählen Sie mal, woran Sie sich bezüglich des Feedbacks bzw. der Feedback-Behandlung erinnern können.“ gewählt.

Cognitive Therapy Scale (CTS; Young & Beck, 1980): Die CTS ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. Auf Grundlage der CTS-Dimensionen erstellten die Beurteiler das Feedback für die Therapeuten. Die deutsche Version (Weck et al., 2010) umfasst 14 Items: (1) Tagesordnung, (2) Umgang mit Problemen/Fragen/Einwänden, (3) Klarheit der Kommunikation, (4) Zeitaspekte (Effiziente Nutzung der Zeit und Tempo), (5) Interpersonelle Effektivität, (6) Ressourcenaktivierung, (7) Auswertung von Hausaufgaben, (8) Nutzung von Rückmeldungen und Zusammenfassungen, (9) Geleitetes Entdecken, (10) Fokus auf zentrale Kognitionen und Verhalten, (11) Rational, (12) Auswahl angemessener Strategien, (13) Angemessene Durchführung von Techniken, und (14) Hausaufgaben geben. Das Antwortformat ist siebenstufig („gar nicht kompetent“ = 0 bis „sehr kompetent“ = 6); für jede zweite Abstufung liegen Beschreibungen des Therapeutenverhaltens als Anker vor. Die CTS weist eine Zweifaktorenstruktur mit den Skalen „Sitzungsstrukturierende Kompetenzen“ (Items 1, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14) und „Allgemeine therapeutische Kompetenzen“ (Items 2, 3, 5, 6, 7, 8) auf. Die Items wiesen überwiegend gute bis sehr gute Beurteilerübereinstimmungen auf [$ICC(2,2) = 0,66-0,95$]; die Übereinstimmung für den Mittelwert aller 14 Items ist mit einer $ICC(2,2) = 0,90$ ($p < 0,001$) sehr hoch. Die internen Konsistenzen für die Skalen strukturierende Kompetenzen ($\alpha = 0,88$), allgemeine therapeutische Kompetenzen ($\alpha = 0,71$) sowie für die Gesamtskala ($\alpha = 0,86$) sind zufriedenstellend bis hoch.

Datenanalyse

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden von zwei Masterstudentinnen transkribiert und die Transkripte wurden mithilfe des Ablaufmodells der qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2015). Die Kategorienbildung erfolgte induktiv, d.h. direkt aus dem Textmaterial abgeleitet, ohne sich auf gerichtete Hypothesen und feste Theorien zu beziehen. Aus dem transkribierten Material wurden für die Fragestellung bedeutsame Zitate (Analyseeinheiten) herausgearbeitet und diese paraphrasiert. Im nächsten Schritt wurde der Inhalt der Paraphrasen auf das zuvor gewählte Abstraktionsniveau zur Beantwortung der Fragestellungen generalisiert. Es folgte die erste Reduktion durch Selektion und Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen. Anschließend erfolgte die zweite Reduktion durch Bündelung, Konstruktion und Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau. Die Aussagen ergaben ein System aus Hauptkategorien, welches in einem weiteren Schritt am Ausgangsmaterial nochmals überprüft wurde. Um die Replizierbarkeit der Ergebnisse zu erreichen, wurden die Zuordnungen und die Kategorien von einer Expertenrunde diskutiert, um einen Konsens zu erzielen. Zur Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung (Interraterreliabilität) ordnete eine unabhängige Masterstudentin, die nicht Teil des Studienteams war, die Generalisierungen von zwei Interviews (18,2% aller Interviews) dem Kategoriensystem zu. Es ergab sich eine nach Cohen (1960) sehr hohe Übereinstimmung von Cohens $\kappa = .83$.

Ergebnisse

Das aus dem Interviewmaterial abgeleitete Kategoriensystem wird in Tabelle 1 dargestellt. Es ergaben sich fünf Hauptkategorien, welche einer chronologischen Reihenfolge entsprechen.

K1 Erwartungen an das Feedback

Acht von elf Therapeuten äußerten sich zu ihren Erwartungen vor dem ersten Feedback. Sie erwarteten z.B. detailliertere Informationen zur Behandlung als in der Supervision (Therapeut H) oder eine Verunsicherung durch die Rückmeldung (Therapeut C). Drei Therapeuten gaben eine *Diskrepanz zwischen ihrer Erwartung und dem später erhaltenen Feedback* an. Sie hatten erwartet, dass das Feedback negativer oder weniger umfangreich ausfiele.

K2 Wahrnehmung des Feedbacks

Alle elf Therapeuten äußerten sich zur Wahrnehmung des ersten Feedbacks. Acht Therapeuten berichteten von pri-

Tabelle 1. Kategoriensystem

Hauptkategorien	Inhaltsschwerpunkte	Textbeispiel für die Kategorie (<i>Inhaltsschwerpunkt</i>)
K1 <i>Erwartungen an Feedback</i>	Gefühle vor Teilnahme Gründe für Teilnahme Diskrepanz zwischen Erwartung und tatsächlicher Erfahrung	„Weil man so eine viel direktere Form von Feedback bekommt [...] So sieht jemand ungefiltert eine komplette Sitzung und kann ungefiltert nach einem bestimmten Schema zu einzelnen Punkten eine Rückmeldung geben.“ (<i>Gründe für Teilnahme</i> ; Therapeut J)
K2 <i>Wahrnehmung des Feedbacks</i>	Primäre Gefühle bezüglich Feedback Hilfreiche Aspekte Positive Aspekte Übereinstimmung zwischen dem Inhalt des Feedbacks und der Selbsteinschätzung	„Feedback ist wertvoll und sinnvoll.“ (<i>Positive Aspekte</i> ; Therapeut B) „[...] das hat meinem Bauchgefühl entsprochen und vielleicht war das einfach eine Bestärkung.“ (<i>Übereinstimmung zwischen dem Inhalt des Feedbacks und der Selbsteinschätzung</i> , Therapeut C)
K3 <i>Verarbeitung und Umgang mit Feedback</i>	Direkter Umgang mit Feedback Schwierigkeiten mit Feedback Umgang mit Verbesserungspotential Umgang mit Feedback in der Supervision	„Es gibt ja manches Feedback, da dachte ich mir: Das mag die Meinung des Bewerter sein; ich persönlich sehe es anders; dann macht man's nicht.“ (<i>Umgang mit Verbesserungspotential</i> ; Therapeut I)
K4 <i>Folgen, Auswirkungen und Veränderungen durch Feedback</i>	Vor- und Nachbereitung der Sitzungen Therapiesitzungen Therapeutische Beziehung Psychotherapeutische Kompetenzen Person des Therapeuten Interaktion zwischen Feedback und Supervision Auswirkungen auf zukünftiges Arbeiten	„Dass ich [...] versucht habe weitere Kompetenzen auszubilden: Also im Sinne von mehr Struktur aufbauen, mehr noch auch Manualinhalte durchzulesen, Hintergrundwissen nochmal mehr aufzubauen, auch in Bezug auf Gesprächsführung nochmal zu überlegen, mit welchen Strategien oder Techniken könnte ich auch dieses Feedback nutzen oder verwerten.“ (<i>Psychotherapeutische Kompetenzen</i> , Therapeut A) „Grundsätzlich ist es vielleicht hilfreich, Feedback zu haben zusätzlich zu der Supervision [...] Das ist einfach mehr Rückmeldung.“ (Therapeut E; <i>Interaktion zwischen Feedback und Supervision</i>)
K5 <i>Verbesserungswünsche</i>	Wunsch nach Interaktion mit Feedbackgebern Wunsch nach weniger ausführlichem Feedback Wunsch nach konkreterem Feedback Wunsch nach regelmäßigem Feedback Wunsch nach Feedback zu selbstgewählten Situationen	„Was ich natürlich richtig cool gefunden hätte, wenn man noch hätte Rückfragen stellen können.“ (<i>Wunsch nach Interaktion mit Feedbackgebern</i> ; Therapeut D) „Dann wäre gut gewesen, wenn ich jetzt gewusst hätte: Hier schau dir doch nochmal Minute 10 bis 12 an, da fällt das auf [...]“ (<i>Wunsch nach konkreterem Feedback</i> , Therapeut H)

mären Gefühlen bezüglich des Feedbacks: Freude über die Rückmeldung (vier Therapeuten), Stolz (Therapeut F) sowie Überraschung über den Fokus des Feedbacks (Therapeut C). Negative Emotionen umfassten Frustration über die Vielzahl der Anmerkungen (Therapeut A) und Ärger über das Ausbleiben von Aspekten, zu denen Feedback erhofft wurde (Therapeut H). Sechs Therapeuten gaben an, dass sie eine hohe *Übereinstimmung zwischen dem Inhalt des Feedbacks und ihrer Selbsteinschätzung* erlebten. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Kategorie lag auf der Exploration *hilfreicher Feedbackaspekte*, wozu sich alle Therapeuten äußerten. Sechs von ihnen bewerteten das Feedback allgemein als hilfreich, während sechs Therapeuten speziell die Konkretheit des Feedbacks als hilfreich erachteten und zwei Therapeuten klare Formulierungshilfen als nützlich hervorhoben. Drei Therapeuten fielen die Handlungsempfehlungen und Beispiele als hilfreich auf. Sechs Therapeuten erlebten die Struktur des Feedbacks (Dimensionen der CTS) als nützlich. Vier

Therapeuten empfanden das Erhalten mehrerer Feedbacks über den Therapieverlauf hinweg als hilfreich, da so z. B. Veränderungen sichtbar wurden und durch ein wiederholtes Ansprechen bestimmter Aspekte die Wichtigkeit ihrer Umsetzung betont wurde. Zwei Therapeuten gaben an, sich durch den Erhalt des Feedbacks in späteren Therapiesituationen unterstützt gefühlt zu haben. Drei Therapeuten gaben an, dass Feedback vor allem für Therapeuten am Anfang der Ausbildung hilfreich sei. Neben der Übereinstimmung mit der Selbstwahrnehmung und hilfreichen Aspekten wurden *positive Aspekte* gesondert angesprochen. Alle Therapeuten äußerten sich bezüglich einer positiven Wahrnehmung des Feedbacks, wobei acht Therapeuten eine generelle positive Einschätzung vornahmen, wie z. B. „Feedback-Bekommen ist total gut.“ (Therapeut G). Sechs Therapeuten gingen explizit darauf ein, dass sie das Feedback vor allem durch die wertschätzende Formulierung als positiv erlebten. Ausführlichkeit, Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der

Rückmeldung sowie das Erhalten neuer Anregungen wurde explizit als positiv benannt.

K3 Verarbeitung und Umgang mit Feedback

Der *direkte Umgang mit dem Feedback* wurde von allen Therapeuten angesprochen: Sechs Therapeuten gaben an, das Feedback zunächst ausführlich zu lesen. Acht Therapeuten beschrieben, sich gedanklich mit dem Feedback auseinander gesetzt zu haben. Dies umfasste z. B. eine Analyse des Feedbacks auf Verständnis und Nachvollziehbarkeit, Überlegungen zur Umsetzbarkeit sowie das gezielte Einprägen positiver Rückmeldungen. Zwei Therapeuten gaben an, das Feedback anhand ihres Therapievideos nachvollzogen zu haben. Sieben Therapeuten berichteten, die Verbesserungsvorschläge in Folgestunden gezielt in die Therapie integriert zu haben.

Ein weiterer Schwerpunkt der Kategorie lag auf erlebten *Schwierigkeiten mit dem Feedback*. Fünf Therapeuten gaben Schwierigkeiten durch den Umfang der Rückmeldungen an, da eine vollständige Umsetzung aus Zeit- und Kapazitätsgründen in der Folgestunde nicht möglich gewesen sei. Drei Therapeuten erlebten Einschränkungen durch die Konkretheit der Rückmeldungen, z. B. Forderung nach mehr Sitzungsstruktur. Drei Therapeuten gaben Verständnisschwierigkeiten aufgrund unkonkreter oder abstrakter Formulierungen an. Daraus ergab sich, dass zwei Therapeuten es als schwierig erachteten, keine Kontaktmöglichkeit zum Feedbackgeber zu haben. Drei Therapeuten berichteten, keine Schwierigkeiten mit dem Feedback erlebt zu haben.

Ferner lag ein weiterer Schwerpunkt dieser Kategorie auf dem *Umgang mit Verbesserungspotential*, zu dem sich zehn Therapeuten äußerten. Einen wichtigen Unterpunkt bildete hierbei die *subjektive Wichtigkeit von Feedbackaspekten*, zu dem sich neun Personen äußerten: Sie berichteten, bestimmte Aspekte des Feedbacks nach individuellem Ermessen zur Umsetzung ausgewählt zu haben und andere Aspekte abgelehnt zu haben. Als Begründungen für dieses Vorgehen wurden sowohl der große Umfang des Feedbacks als auch Diskrepanzen zur eigenen therapeutischen Haltung benannt. Vier der Therapeuten berichten, dass das Feedback ihre Selbstreflexion angeregt habe. Therapeut J sagte dazu: „Ich glaube, das war auch nochmal ein Hinterfragen: Wie mache ich das eigentlich? Ist das ok so? Wie sieht der Rater das?“.

Der letzte Schwerpunkt dieser Kategorie lag auf dem *Umgang mit Feedback in der Supervision*. Zehn Therapeuten gaben an, das Feedback in der Supervision thematisiert zu haben. So wurden dort Umsetzungsmöglichkeiten und Fragen besprochen, das Feedback kritisch mit dem Supervisor geprüft oder die Feedbackperspektive mit der des Supervisors verglichen. Zwei Therapeuten gaben zu bedenken, dass eine intensive Integration des Feedbacks

in die Supervision aus Zeitgründen nur beschränkt möglich gewesen sei.

K4 Folgen, Auswirkungen und Veränderungen durch Feedback

Alle elf Therapeuten äußerten sich bezüglich Folgen, Auswirkungen und Veränderungen auf die Behandlung durch das Feedback. Acht Therapeuten benannten eine intensivere *Vorbereitung* ihrer Therapiestunden als eine Veränderung. Dies umfasste z. B. mehr Vorbereitungszeit, ein erneutes Durchlesen der letzten Rückmeldung direkt vor der Sitzung oder eine genauere Planung der Sitzung aufgrund der erwarteten Bewertung. Zur *Nachbereitung* gaben vier Therapeuten ebenfalls eine erhöhte Intensität an, wohingegen vier andere Personen keine oder kaum Auswirkungen auf die Nachbereitung berichteten.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Kategorie bezieht sich auf *Veränderungen der Therapiesitzungen*. Sieben Therapeuten gaben an, generell positive Auswirkungen auf die Therapie erlebt zu haben oder diese zu vermuten. Therapeut H sagte hierzu: „Ich glaube, [...] positiv wahrscheinlich, weil ich mir natürlich mehr Mühe gegeben habe, mehr Zeit genommen habe für den Patienten; was [...] für ihn nur von Vorteil war“. Sieben Therapeuten gaben an, sich aufgrund des Feedbacks stärker als in anderen Behandlungen an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen orientiert zu haben. Acht Therapeuten berichteten, durch das Feedback ihre Sitzungen verstärkt strukturiert zu haben. Prognosen bezüglich des weiteren Therapieverlaufs und -erfolgs der Feedbackbehandlungen wollten neun Personen nicht vornehmen. Zur *therapeutischen Beziehung* äußerten sich alle Therapeuten: Sie vermuteten entweder positive Auswirkungen, z. B. durch mehr Validierung, Ressourcenaktivierung und Strukturierung oder berichteten keinerlei Veränderungen der therapeutischen Beziehung durch Feedback. Drei Therapeuten gaben zu bedenken, dass durch das strukturierte Vorgehen die Gefahr eines Kontaktverlusts zum Patienten entstehen könnte, sie dies aber nicht erlebt hätten. Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt lag auf den *Auswirkungen auf die psychotherapeutischen Kompetenzen* des Behandlers. Positive Veränderungen wurden hinsichtlich folgender Kompetenzbereiche genannt: „Ressourcenaktivierung“, „Zeitmanagement“, „Aktivierung des Patienten“, „Hausaufgaben geben“ und „auswerten“, „Strategien positiver Verstärkung“ und „Gesprächsstrategien“ (z. B. Paraphrasieren). Therapeut K berichtete z. B.: „Ich achte mehr darauf, wie ich meine Fragen stelle, ob offen oder geschlossen, und mich auch ein bisschen dem Niveau des Patienten in der Sprache anzupassen [...]“. Therapeut J erzählte: „Ich hab' mich aufgrund des Feedbacks gefragt, wo dieses Kategoriensystem herkommt, [...] Da fand ich es ganz interessant, mich damit zu beschäftigen, wie Qualität in der

Psychotherapie anhand von welchen, bestimmten Kriterien beurteilt wird.“

Folgen, Auswirkungen und Veränderungen bezüglich der Person des Therapeuten berichteten alle elf Therapeuten. Acht von ihnen gaben an, sich durch das Feedback in ihrem therapeutischen Handeln bestätigt und sich dadurch selbstsicherer zu fühlen. Sechs berichteten spontan von positiven Auswirkungen, z.B. erhöhter Offenheit, Weiterentwicklung der Kritikfähigkeit, Überwindung von Bewertungsangst oder verbessertem Umgang mit Frustration. Acht Therapeuten gaben eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit an; sechs thematisierten die Situation der Fremdbeobachtung. Zwei von ihnen empfanden die Beobachtung als störend oder seltsam, wobei dies im Therapieverlauf abgenommen habe. In Zusammenhang mit der Beobachtungssituation berichteten acht Therapeuten eine erhöhte Nervosität oder Unsicherheit, welche von fünf Therapeuten vor allem zu Behandlungsbeginn erlebt wurden, langfristig jedoch sanken. Vier Therapeuten gaben an, durch das Feedback zur Exploration von eigenem Entwicklungspotential angeregt worden zu sein. Zwei Therapeuten gingen darauf ein, dass das Feedback zu einer Stärkung ihrer Therapeutenrolle geführt habe. Therapeut B berichtete allgemein: „Ich überlege, ob ich den Patienten als Prüfungsfall nehmen soll, weil ich wirklich das Gefühl habe, da hab' ich jetzt echt eine Therapie gemacht; die kann ich mit gutem Gewissen vor einem Gremium vertreten“. Drei Therapeuten geben an, keine oder kaum Auswirkungen auf sich als Therapeut erlebt zu haben.

Alle elf Therapeuten gingen auf eine *Interaktion zwischen Feedback und Supervision* ein. Sechs Therapeuten berichteten, dass sich Feedback und Supervision ergänzten. Therapeut K sagte diesbezüglich: „Meine Supervisorin freut sich über die ausführlichen Feedbacks. Ich schick ihr die und sie [...] meinte, dass sie das sehr spannend findet [...] und auch das Gefühl hat, dass sie dann nochmal mehr über den Patienten erfährt.“. Nur Therapeut I berichtete, dass sein Supervisor Schwierigkeiten gehabt habe, das externe Feedback zu akzeptieren. Er vermutete, dass der Supervisor sich durch das Feedback der eigenen Rolle nicht mehr klar gewesen sei. Sechs Therapeuten gingen auf Unterschiede und Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen Feedback und Supervision ein. Fünf Therapeuten berichteten, dass sie eine intensivere Auseinandersetzung durch das Feedback erlebten als durch die Supervision. Therapeut G berichtete: „Also ich fand's halt extrem bereichernd, weil [...] nie ein Supervisor die ganze Sitzung anschaut; sodass je nachdem, ob man sich eine Videosequenz anguckt, die gerade irgendwie ganz gut gelungen ist oder Sequenzen, die nicht so ganz gut waren, verändert sich das Feedback vom Supervisor halt ganz stark“. Therapeut I berichtete, dass Feedback Hinweise

zur eigenen Person enthalte, Supervision eher zum Patienten. Drei Personen gaben an, Feedback wenig in der Supervision thematisiert zu haben, wodurch die Auswirkungen eher gering ausfielen. Zwei berichteten, dass sie durch das Feedback ein geringeres Supervisionsbedürfnis erlebten. Therapeutin H sagte: „Ich glaub, ich habe durch diese Feedback-Studie auch die Hemmung dahingehend verloren, nochmal konkreter [in der Supervision] nachzufragen: Guck mein Video an; wie mache ich das denn eigentlich? Weil dieses Gespenst ‚O Gott – Videofeedback‘ wurde [...] reduziert.“

Acht Therapeuten berichteten *Auswirkungen auf zukünftiges Arbeiten* durch das Feedback. Fünf davon möchten konkrete Feedbackaspekte, wie z.B. Hausaufgaben, Struktur, vermehrte positive Verstärkung oder Validierung in zukünftigen Behandlungen weiterhin umsetzen.

K5 Verbesserungswünsche

Abschließend wurden Verbesserungswünsche der Teilnehmer erfragt. Ein deutlicher Schwerpunkt lag auf dem *Wunsch nach Interaktion mit Feedbackgebern*, den sieben von elf Therapeuten angaben. Diesbezügliche Vorschläge umfassten ein Abschlussgespräch, Möglichkeiten für Rückfragen oder die Übermittlung von Zusatzinformationen, Rechtfertigungen, Erklärungen an den Feedbackgeber. Zwei Therapeuten wünschten sich Möglichkeiten zur Reduktion des Feedbacks z.B. *weniger ausführliches Feedback*, weniger Kriterien, Loslösung von der Vollständigkeit der CTS. Vier gaben den *Wunsch nach konkreterem Feedback* an, was sich differenzieren ließ in z.B. Wunsch nach Feedback mit Minutenangaben im Therapievideo oder mit Zitaten von Patient und Therapeut, weiteren Umsetzungshilfen, Formulierungshilfen sowie Hypothesen über Patientencharakteristika. Vier Therapeuten formulierten den *Wunsch nach regelmäßigerem Feedback*, z.B. zu jeder Sitzung. Weitere Vorschläge umfassten *Feedback zu selbstgewählten Therapiesituationen, Umgestaltung des Feedbacks* (z.B. Sitzungen ohne Vergleich der vorherigen Stunde zu bewerten), eine engere Verzahnung zwischen Feedback und Supervision, Tipps für den weiteren Therapieverlauf sowie zusätzliches Feedback außerhalb der CTS.

Diskussion

Durch die Ergebnisse der vorliegenden Befragung wird deutlich, dass der Umgang mit und die Auswirkungen von Kompetenzfeedback komplex sind. Dies spiegelt sich vor allem in der Vielfältigkeit der inhaltstragenden Kategorien 3 „Verarbeitung und Umgang mit Feedback“ und 4 „Folgen, Auswirkungen und Veränderungen“ wider. Ins-

besondere die Ergebnisse zur subjektiven Annahme bzw. Ablehnung von Feedbackaspekten, Zusammenhänge zur Supervision sowie subjektiv erlebter Kompetenzzuwachs sind diskussionswürdig. Insgesamt zeigt sich, dass in allen Kategorien zwar negative Aspekte angesprochen werden, jedoch positive Aspekte, wie positive Emotionen, positive Bewertungen und positiv erlebte Folgen des Feedbacks klar überwiegen. Dies steht in Einklang mit Befunden zu positiven Effekten von Feedback (Hattie & Timperley, 2007; Kluger & DeNisi, 1996).

Umgang des Therapeuten mit dem Feedback

Die Gabe des Feedbacks wurde von den Therapeuten überwiegend positiv und hilfreich wahrgenommen und als übereinstimmend mit ihrer Selbstwahrnehmung beurteilt. Das ist ein erfreuliches Ergebnis, da häufiges negatives Feedback bezüglich der Leistung tendenziell nicht zu einer Verhaltensänderung oder Leistungssteigerung führt, sondern zu Demotivation, Frust und Angst (Wehner, 2010). Die Therapeuten setzten sich ausführlich mit den Rückmeldungen auseinander, reflektierten sich und ihr therapeutisches Vorgehen, bevor sie versuchten, die Hinweise in die Therapie zu integrieren. Sie strebten an, ihr rückgemeldetes Verbesserungspotential auszuschöpfen und bezogen dazu weitere Methoden wie z. B. Literaturrecherche, Austausch mit anderen Therapeuten, nochmaliges Ansehen des Therapievideos oder Besprechung in der Supervision, mit ein. Die berichtete erhöhte Selbstreflexion könnte einen förderlichen Einfluss auf die Leistung der Therapeuten darstellen. So zeigte z. B. eine Studie von Sobral (2000), dass Medizinstudierende, die durch verschiedene Strategien (u. a. Feedback) zu vermehrter Reflexion angeregt wurden, im kommenden Semester bessere Noten erzielten im Vergleich zu Studierenden mit niedrigerer Reflexion.

Darüber hinaus stellen die berichteten Aussagen zur wahrgenommenen subjektiven Wichtigkeit einzelner Feedbackaspekte ein wichtiges Ergebnis dar: Alle befragten Therapeuten wählten bestimmte Feedbackaspekte zur Umsetzung aus, während sie andere nach eigenem Ermessen nicht umsetzten. Welche Bewertungskriterien sie für ihre Auswahl anlegten, blieb unklar. Für dieses Vorgehen wurden zwei Begründungen benannt: Einerseits stellte der Umfang des Feedbacks (14 CTS-Dimensionen) die Therapeuten vor die Herausforderung, empfohlene Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen vorzunehmen. Es ist möglich, dass einige Therapeuten versuchten, alle Feedbackaspekte parallel zu berücksichtigen, während andere versuchten, die Veränderungen sukzessiv vorzunehmen. Hierbei ist letzteres Vorgehen

sicherlich funktionaler und die Umsetzbarkeit realistischer, worauf auch standardmäßig in jeder Feedback-Rückmeldung hingewiesen wurde. Zwar wird ausführlichem Feedback ein positiver Effekt zugesprochen (Krause, 2007), jedoch ist darauf zu achten, dass das Feedback das Kriterium der „Handhabbarkeit“ erfüllt, um effektiv wirken zu können (de Villiers, 2013). Eine zweite Begründung von Therapeuten bestand in der bewussten Ablehnung von konkreten Feedbackaspekten (s. Beispiel in Tabelle 1, Therapeut I). Es ist anzunehmen, dass Therapeuten Feedbackinhalte dann ablehnten, wenn diese von ihren subjektiven Vorstellungen und Überzeugungen abwichen (Chinn & Brewer, 1993). Vor dem Hintergrund, dass Therapeuten ihre eigenen Fähigkeiten tendenziell überschätzen (Walfish, McAlister, O'Donnell & Lambert, 2012), ist dieses Vorgehen jedoch kritisch zu sehen. Mögliche Lösungen könnten sein, Rückfragen an den Feedbackgeber zu ermöglichen oder verstärkt Erklärungen rückzumelden, weshalb die gezeigten Verhaltensweisen durch die im Feedback beschriebenen Verhaltensweisen ersetzt oder angepasst werden sollten.

Einfluss auf die Behandlung

Aus dem geschilderten Umgang der Therapeuten mit dem Feedback ergaben sich vielfältige Einflüsse auf Ebene der Therapiesitzungen. Es zeigte sich, dass die Therapiesitzungen durch den Therapeuten intensiver vorbereitet wurden, die Nachbereitung jedoch seltener beeinflusst wurde. Dementsprechend ist anzunehmen, dass eine intensivere Vorbereitung zwar zu höherer Zeitinvestition seitens der Therapeuten führen könnte, aber z. B. aufgrund der berichteten Selbstreflexion auch zu besseren Leistungen.

Das erwartete Feedback führte zu einer stärkeren Orientierung an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Manualen und förderte eine vermehrte Strukturierung der Sitzungen. Es bleibt zu vermuten, dass dieses Vorgehen einen positiven Einfluss auf die Behandlung hat, wobei der Einfluss von Adhärenz auf das Therapieergebnis noch nicht eindeutig geklärt ist (Baldwin & Imel, 2013; Webb, DeRubeis & Barber, 2010)

Aus der Perspektive der Therapeuten ergaben sich durch das Feedback bezüglich der therapeutischen Beziehung tendenziell positive oder zumindest keine negativen Veränderungen. Das Ausbleiben eines negativen Einflusses der Intervention ist aufgrund des Stellenwerts der therapeutischen Beziehung in der Behandlung und eines positiven Zusammenhangs zum Therapie-Outcome (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011), ein wünschenswertes Ergebnis.

Die selbstberichteten Auswirkungen auf therapeutische Kompetenzen legen eine wahrgenommene Verbesserung

dieser nahe, welche sich bereits durch unabhängige Beurteiler in der Pilotstudie nachweisen ließ (Weck et al., 2017). Zusammenhänge zu unabhängigen und quantitativen Daten stehen noch aus. Vor dem Hintergrund eines positiven Zusammenhangs zwischen therapeutischer Kompetenz und Therapieerfolg bei Depression (Zarafonitis-Müller, Kuhr & Bechdorf, 2014) ist dies ein erstrebenswertes Ergebnis.

Der Einfluss des Feedbacks auf die Person des Therapeuten ist vielfältig: Einerseits zeigte sich eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit durch die Beobachtungs- und Bewertungssituation, welche mit einer erhöhten Nervosität und Unsicherheit in Zusammenhang stand. Über den Therapieverlauf nahm dieser Einfluss jedoch ab, was auch in anderen Studien, die eine Beobachtungssituation des Therapeuten beinhalten, z. B. bei Live-Supervision (Jakob, Weck, Schornick, Krause & Bohus, 2015) berichtet wurde.

Ferner brachten alle Therapeuten das Feedback in die Supervision ein, sodass sich vermuten ließe, dass Feedback und Supervision hier eine ergänzende Funktion haben. Vor allem der Einbezug von Videoaufnahmen vollständiger Sitzungen wurde von den Therapeuten positiv hervorgehoben, was in der allgemeinen Supervisionspraxis jedoch vernachlässigt wird (Ochs et al., 2012; Townend et al., 2002). Mit einer Ausnahme schien das Feedback auch von Supervisorenseite akzeptiert und in die Supervision miteinbezogen worden zu sein. Die Angaben der Therapeuten deuten auf eine intensivere Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Handeln durch das Feedback im Vergleich zur alleinigen Supervision hin. Der Großteil der Therapeuten gab an, Feedbackaspekte in Zukunft in andere Behandlungen zu integrieren, was einen angestrebten Transfer oder eine Generalisierung in andere Therapien nahelegt. Es wäre interessant, die tatsächliche Umsetzung in späteren Behandlungen empirisch zu untersuchen.

Die von den Therapeuten geäußerten Verbesserungsvorschläge sind wertvoll, da sie Möglichkeiten aufzeigen, den Einsatz von Feedback zum psychotherapeutischen Kompetenzerwerb nachhaltig zu verbessern. Die Vorschläge könnten sowohl in zukünftigen Studien als auch in praktischer Anwendung in der psychotherapeutischen Ausbildung berücksichtigt werden. Ferner wäre zu überlegen, den Umfang der Rückmeldungen zu reduzieren oder andere Feedback-Schwerpunkte zu setzen. Des Weiteren könnte es interessant sein, zu untersuchen welche Auswirkungen eine Veränderung der Dosis des Feedbacks (z. B. zu jeder Sitzung) bewirken könnte. Der Wunsch nach Kommunikation und Austausch mit dem Feedbackgeber könnte in unterschiedlicher Art aufgegriffen werden. Zum einen wäre denkbar, die Kommunikation zwischen Feedbackgeber und Therapeut zu ermöglichen, um das Verständnis und die Umsetzung der Rück-

meldungen zu optimieren. Zum anderen könnte dabei auch die von allen Therapeuten berichtete Interaktion mit der Supervision stärker berücksichtigt werden. Es wäre zu überlegen, Kompetenz-Feedback in die bereits gut etablierte Methode der Supervision zu übernehmen, wodurch es in die Psychotherapeutenausbildung integrierbar wäre. Beispielsweise könnte ein geschulter Supervisor anhand von Therapievideos vollständige Sitzungen hinsichtlich der Kompetenz des Ausbildungsteilnehmers einschätzen, Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen und bei Umsetzungsschwierigkeiten behilflich sein.

Limitationen der Studie

Da es sich bei dem Datenmaterial um retrospektive Interviews handelt, können Verzerrungen durch Gedächtnisfehler (z. B. Retrospektionseffekt, Rückschaufehler) nicht ausgeschlossen werden. Ferner bleibt offen, inwieweit die Ergebnisse bestimmten Antwort- und Darstellungstendenzen (wie sozialer Erwünschtheit) unterliegen. Es ist jedoch anzunehmen, dass durch die Einzelinterviewsituation mit unabhängigen Studentinnen ein vertrauensvoller Rahmen für die Probanden geschaffen wurde (Hussy et al., 2010). Des Weiteren handelt es sich um eine selektive Stichprobenauswahl, da nur Therapeuten, die bereits an einer größeren quantitativen Studie teilnahmen, für die Interviews infrage kamen. Sie entschlossen sich zur Teilnahme, was möglicherweise mit einer höheren Offenheit gegenüber der Intervention einhergehen könnte. Vermuten ließe sich aber auch, dass einige bewusst an der Studie teilnahmen, da sie Unsicherheiten bezüglich ihrer Leistung und Therapeutenrolle erlebten, sodass sie aktiv Rückmeldungen suchten (Ashford, 2003).

Die beschriebenen Studienergebnisse sind rein qualitativer Natur, wodurch sich Aussagen über Zusammenhänge in anderen Stichproben und Kontexten schwer generalisieren lassen. Aufgrund der kleinen Stichprobe lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt keine Aussagen über Zusammenhänge zwischen quantitativen Kompetenzratings und dargestellten qualitativen Interviewdaten herstellen, was für weitere prozessorientierte Feedbackforschung von großer Relevanz ist. Die beschriebene Kompetenz-Feedback-Studie befindet sich aktuell noch in der quantitativen Datenerhebung, sodass es erst in Folgestudien möglich sein wird, unabhängige Kompetenzbeurteilungen in der Auswertung zu berücksichtigen. Auch wird es dann erst möglich sein, quantitative Daten aus Therapeuten-, Patienten- und Beurteilerperspektive miteinzubeziehen.

In Hinblick auf zukünftige Kompetenz-Feedback-Forschung eröffnen die gewonnenen Erkenntnisse weitere Forschungsmöglichkeiten, z. B. eine strukturierte Erfassung des Umgangs mit Feedback/Rückmeldungen im

Ausbildungssetting. Die Kategorien mit ihren Schwerpunkten könnten Konstruktionsgrundlage eines Selbstbeurteilungsinstrumentes sein, das die gezieltere Überprüfung von gerichteten Hypothesen ermöglichen würde. Ferner wäre neben der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Kompetenz-Feedback und Therapieergebnis, die Untersuchung von allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe (2004; Grawe, Donati & Bernauer, 1995) sehr interessant. Eine zeitökonomische Erfassung der Wirkfaktoren aus Patienten- und Therapeutenperspektive wäre z. B. über den Einsatz des Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy (Mander et al., 2013) möglich.

Ferner wäre noch interessant zu untersuchen, wie nachhaltig das gegebene Feedback wirkt, z. B. durch eine Follow-up-Messung oder ein Follow-up-Interview, und inwiefern es tatsächlich Auswirkungen auf andere Behandlungen, zu denen keine Rückmeldung erfolgte, aufweist. Abschließend ist festzuhalten, dass die Kompetenz-Feedback-Forschung im psychotherapeutischen Kontext noch am Anfang steht und weitere unabhängige Studien vonnöten sind.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000412>

ESM 1. Interviewleitfaden

Literatur

- Ashford, S. (2003). Reflections on the looking glass. A review of research on feedback-seeking behavior in organizations. *Journal of Management*, 29 (6), 773–799.
- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.) (pp. 258–297). New York: Wiley.
- Beidas, R. S. & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology*, 17 (1), 1–30.
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Vliet, I. M. van, Fenema, E. van, Wee, N. J. A. van der & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (1), 104–110.
- Chinn, C. A. & Brewer, W. F. (1993). The role of anomalous data in knowledge acquisition. A theoretical framework and implications for science instruction. *Review of Educational Research*, 63 (1), 1–49.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20 (1), 37–46.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Cambridge, Mass.: Hogrefe & Huber.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The Power of Feedback. *Review of Educational Research*, 77 (1), 81–112.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9–16.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Jakob, M., Weck, F., Schornick, M., Krause, T. & Bohus, M. (2015). Wenn der Supervisor zuschaut. *Psychotherapeut*, 60 (3), 210–215.
- Kluger, A. N. & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance. A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119 (2), 254–284.
- Krause, U.-M. (2007). *Feedback und kooperatives Lernen* (Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Bd. 60). Münster: Waxmann.
- Lambert, M. (2007). Presidential address. What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17 (1), 1–14.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11 (1), 49–68.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L. et al. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress. A replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9 (2), 91–103.
- Lutz, W., Böhnke, J. R., Köck, K. & Bittermann, A. (2011). Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (4), 283–297.
- Lutz, W., Jong, K. de & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25, 625–632.
- Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S. & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 23 (1), 105–116.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McManus, F., Westbrook, D., Vazquez-Montes, M., Fennell, M. & Kennerley, H. (2010). An evaluation of the effectiveness of diploma-level training in cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (11), 1123–1132.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 1050–1062.
- Mory, E. (2004). Feedback research revisited. In D. Jonassen (Ed.): *Handbook of Research on Educational Communications* (pp. 745–784). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W. & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health Providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (2), 149–162.
- Ochs, M., Bleichhardt, G., Klasen, J., Mößner, K., Möller, H. & Rief, W. (2012). Praktiken und Erleben von Supervision/ Intervention von

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Psychotherapeutenkammer Hessen. *Psychotherapeutenjournal*, 11, 216–223.
- Rakovshik, S. G. & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30 (5), 496–516.
- Shute, V. J. (2008). Focus on Formative Feedback. *Review of Educational Research*, 78 (1), 153–189.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (2nd ed.) (pp.53–80). Los Angeles: SAGE.
- Sobral, D. T. (2000). An appraisal of medical students' reflection-in-learning. *Medical Education*, 34 (3), 182–187.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy. Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 182–196.
- Townend, M., Iannetta, L. & Freeston, M. H. (2002). Clinical supervision in practice. A survey of UK cognitive behavioural psychotherapists accredited by the BABCP. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30 (4), 485–500.
- Villiers, R. de (2013). 7 Principles of highly effective managerial feedback. Theory and practice in managerial development interventions. *The International Journal of Management Education*, 11 (2), 66–74.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110 (2), 639–644.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol. Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 620–630.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 200–211.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2010). Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen: Validierung einer deutschsprachigen Version der Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (4), 244–250.
- Weck, F., Kaufmann, Y. M. & Höfling, V. (2017). Competence feedback improves CBT competence in trainee therapists: A randomized controlled pilot study. *Psychotherapy Research*, 27, 501–509.
- Wehner, L. (2010). Mitarbeitergespräche. In L. Wehner, T. Brinek & M. Herdlitzka (Hrsg.), *Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich. Gesunde Zwischenmenschlichkeit* (S. 66–84). Wien: Springer.
- Wheeler, S. & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7 (1), 54–65.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy. The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (1), 59–68.
- Young, J. & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale rating manual*. Unpublished manuscript. Center for Cognitive Therapy, Philadelphia, PA.
- Zarafonitis-Müller, S., Kuhr, K. & Bechdorf, A. (2014). Der Zusammenhang der Therapeutenkompetenz und Adhärenz zum Therapieerfolg in der Kognitiven Verhaltenstherapie – metaanalytische Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 82 (9), 502–510.

Yvonne M. Kaufmann, M. Sc.

Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Experimentelle Psychopathologie
Wallstraße 3
55122 Mainz
ykaufman@uni-mainz.de