

**Effekte und Nutzen der Anwendung von hochfrequentem
Prozessmonitoring und Verlaufsfeedback
in der Psychotherapie**

**Eine Online-Befragung von Therapeutinnen/Therapeuten
und Patientinnen/Patienten**

*Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
der Ludwig-Maximilians-Universität
München*

vorgelegt von

Yvonne Hülsner

aus
Rostock

2025

Referent/in: Univ. Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek

Korreferent/in: Prof. Dr. Markus Maier

Tag der mündlichen Prüfung: 20.10.2025

Danksagung

Für die fachliche Unterstützung möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Doktorvater, Univ.-Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek, bedanken, der mir dieses Projekt ermöglicht hat, stets mit seinem umfangreichen Fachwissen hilfreich zur Seite stand und mich in allen Angelegenheiten unterstützt und beraten hat.

Ein großes Dankeschön geht auch an Georg, der mir mit sehr viel Geduld, Zeit, aufmunternden und mutmachenden Worten sowie seiner fachlichen Unterstützung zur Seite stand.

Mein Dank gilt auch Dr. Helmut Schöller und Dr. Dirk Martinke die durch ihre Unterstützung zur wissenschaftlichen Abfassung der Arbeit beigetragen haben.

Bedanken möchte ich mich zudem bei der Fakultät für Psychologie der LMU München, insbesondere bei Dr. Moritz Dechamps und Prof. Dr. Markus Maier, die mir die Nutzung ihrer Online-Befragungsplattform ermöglichten und mich bei Fragen unterstützten.

Ich möchte mich auch bei allen Freundinnen und Freunden bedanken, die in irgendeiner Weise dazu beigetragen haben, dass ich den Mut, die Kraft und die Fähigkeit aufbringen konnte, um mich an dieses Projekt heranzuwagen und es erfolgreich zu bewältigen!

„Die Komplexität von Problemen verlangt Analyse, nicht Vereinfachung.“

Helmut Glaßl, Dipl.-Ing., Aphoristiker aus Erfurt

Abstract

Ziel: Mit dieser Arbeit wurden strukturierte Informationen zur Implementierung und zum Einsatz eines onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystems, dem Synergetischen Navigationssystem (SNS), in der Psychotherapie erhoben. Von Interesse waren die Implementierungsschritte, die Nutzungspraxis und der von den Anwendern bewertete Nutzen (Vor- und Nachteile) des Einsatzes in der therapeutischen Praxis (stationäre, tagesklinische und ambulante Psychotherapie). Die Studie gibt auch Aufschluss über die psychologischen Effekte und Wirkmechanismen in der klinischen Arbeit mit hochfrequentem Therapie-Monitoring und -Feedback.

Methode: Durchgeführt wurde eine Online-Befragung mit zwei SNS-Anwendergruppen ((teil-)stationär und ambulant tätige Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten in (teil-)stationären und ambulanten Therapien) sowie einer Nicht-Anwendergruppe (ambulant tätige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten). Die Befragung erfolgte mit eigens dafür erstellten Fragebögen über die Plattform Limesurvey der LMU München.

Einige Daten wurden inferenzstatistisch ausgewertet. Bei der Inhaltsanalyse der Antworten auf offene Fragen wurde in Induktions-Deduktions-Schleifen vorgegangen, um die relevanten angesprochenen Kategorien zu identifizieren. Ein Co-Rater wurde eingesetzt, um die Auswertungsobjektivität und die Inter-Rater-Reliabilität der Antwortanalysen zu garantieren. Die quantitativen Ergebnisse werden mit den Möglichkeiten der deskriptiven und korrelativen Statistik dargestellt.

Ergebnisse: Hochfrequentes Monitoring mit dem SNS wird als hilfreich, gewinnbringend und nützlich für die therapeutische Arbeit ambulant und (teil-)stationär bewertet. Die angenommenen Effekte wurden von der Mehrheit beider SNS-Anwenderinnen-/Anwendergruppen bestätigt. Aber die Effekte und der therapeutische Nutzen kommen nicht per se zustande. Sie entstehen durch regelmäßiges bzw. tägliches Ausfüllen eines Fragebogens, durch die Nutzung von grafischen (Verlaufs-)Darstellungen und durch regelmäßige SNS-basierte Feedbackgespräche mit den Patientinnen/Patienten. Auch in dieser Befragung zeigt sich, dass sich die Wirkung von Monitoring und Feedback durch ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren entfaltet. Daran beteiligt sind die anwendenden Personen (Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten), der Kontext, das Setting und das Monitoring- und Feedbacksystem selbst mit seiner Architektur und seinen Funktionalitäten.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	I
INHALTSVERZEICHNIS	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VII
TABELLENVERZEICHNIS.....	X
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 Einführung in das Thema dieser Studie	1
1.2 Zielsetzung und Themen der Befragung	2
1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit.....	4
2. FORSCHUNGSBEFUNDE ZU PROZESSMONITORING UND - FEEDBACK.....	5
2.1 Aktuelle Ausgangslage	5
2.1.1 Befunde aus der Psychotherapieforschung.....	5
2.1.2 Praxis.....	9
2.1.3 Qualitätssicherung in der Psychotherapie	10
2.1.4 Eine Kluft zwischen Forschung und Praxis und in der Monitoring- und Feedbackforschung.....	11
2.2 Welche Monitoring- und Feedbacksysteme wurden entwickelt?	12
2.2.1 Das Paradigma der linearen Systeme	13
2.2.2 Monitoring- und Feedbacksysteme	16
2.3 Befunde der Monitoring- und Feedbackforschung	25
2.3.1 Empirische Evidenz Outcome- und Prozessfeedback	27
2.3.2 Moderatorvariablen	30
2.3.3 Einschränkungen bisheriger Forschungsbefunde und Ausblick.....	38
2.3.4 Forschungsbefunde zu Effekten und zum Nutzen von onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystemen.....	40
2.3.4.1 Zusammenfassung bisher beschriebener Effekte aus Sicht der Kliniker/-innen.....	41
2.3.4.2 Effekte und Nutzen aus Sicht von Patientinnen und Patienten	46
2.3.4.3 Nutzen von Monitoring- und Feedbacksystemen in der Supervision/ Intervention.....	49
2.4 Implementierung von Monitoring- und Feedbacksystemen in der Praxis.....	51
2.4.1 Charakteristika der äußeren Rahmenbedingungen.....	52

2.4.2 Charakteristika eines MFS	54
2.4.3 Charakteristika struktureller Bedingungen.....	57
2.4.4 Charakteristika der beteiligten Personen.....	60
2.4.5 Implementierungsstrategien für eine erfolgreiche Implementierung	66
2.5 Darstellung des Synergetischen Navigationssystems: Theoretischer Hintergrund, Methoden und Funktionalitäten, Nutzungspraxis	73
2.5.1 Das Paradigma nichtlinearer Systeme	73
2.5.1.1 Die generischen Prinzipien.....	78
2.5.1.2 Fazit.....	85
2.5.2 Das Synergetische Navigationssystem (SNS)- Funktionalitäten.....	90
2.5.3 Das synergetische Prozessmanagement	94
2.5.4 Bisherige Nutzungspraxis, Effekte und beschriebener Mehrwert des SNS in der ambulanten und stationären Psychotherapie	95
2.5.4.1 Bisherige Nutzungspraxis.....	95
2.5.4.2 Mehrwert und Nutzen des SNS in der ambulanten und stationären Psychotherapie	97
2.5.5 Illustration der Arbeit mit dem SNS in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis.....	104
2.5.5.1 Fallbeispiel 1	104
2.5.5.2 Fallbeispiel 2	112
2.5.5.3 Fallbeispiel 3	125
2.5.6 Zusammenfassung Effekte und Nutzen von Monitoring- und Feedbacksystemen sowie zusätzlicher Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem Monitoring- und Feedback mit dem SNS	138
3. FRAGESTELLUNG	140
4. METHODIK DER UNTERSUCHUNG	141
4.1 Studiendesign	141
4.2 Stichprobe.....	141
4.3 Verbreitungsweg	142
4.4 Erhebungszeitraum.....	142
4.5 Ethik und Datensicherheit	142
4.6 Erhebungsmethode	143
4.7 Beschreibung der Messinstrumente	143
4.7.1 Gemeinsamkeiten in der Gestaltung und im Aufbau der Fragebögen.....	143
4.7.2 Fragebogen professionelle SNS-Anwender/-innen	144
4.7.3 Fragebogen für Patientinnen und Patienten.....	148
4.7.4 Fragebogen Nicht-Anwender/-innen	151
4.8 Datenanalyse und -auswertung	152

5. ERGEBNISSE DER ONLINE-BEFRAGUNG.....153

5.1 Ergebnisse der Befragung der professionellen SNS-Anwenderinnen und SNS-

Anwender153

5.1.1 Stichprobe.....	154
5.1.2 Nutzungspraxis.....	155
5.1.3 Nutzen und Effekte für Patientinnen/Patienten aus Sicht der Therapeutinnen/Therapeuten..	159
5.1.4 Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit und Therapiegestaltung aus Sicht der professionellen SNS-Anwender/-innen	172
5.1.5 Motivation zur Nutzung und Feedbackgespräche	179
5.1.6 Akzeptanz, Aufwand, Nutzerfreundlichkeit.....	194
5.1.7 Fortbildung und Supervision	199
5.1.8 Zukunft	201
5.1.9 Explorative Auswertungen für Subgruppen	202
5.1.9.1 Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den professionellen SNS-Anwendern/SNS-Anwenderinnen, die Fortbildungen absolviert haben, und denen, die keine Fortbildungen absolviert haben	202
5.1.9.2 Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den Therapieschulen	205
5.1.9.3 Ergebnisse zu Unterschieden der Art der Nutzung des SNS	207
5.1.9.4 Alter der Klienten	208
5.1.9.5 Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den Berufsgruppen.....	208
5.1.9.6 Ergebnisse zu Unterschieden therapeutischer Settings.....	209
5.1.9.7 Korrelationsmatrix zwischen Items zu Effekten, Nutzen, Therapiebeziehung und Veränderungsmotivation	209

5.2 Ergebnisse der Patientinnen-/Patientenbefragung.....211

5.2.1 Stichprobe und Therapiesetting.....	211
5.2.2 Nutzung	213
5.2.3 Effekte für Patientinnen/Patienten.....	219
5.2.4 Feedbackgespräche.....	229
5.2.5 Abschluss.....	231
5.2.6 Korrelationsmatrix zwischen ausgewählten Items	232

5.3 Ergebnisse der Befragung der Nicht-Anwender/-innen234

5.3.1 Personendaten.....	234
5.3.2 Therapieevaluation	235
5.3.3 Effekte	237
5.3.4 Allgemein	239

6 DISKUSSION241

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse241

6.1.1 Aktueller Stand der Implementierung und Nutzungspraxis	243
6.1.2 Effekte und Mehrwert durch die Anwendung des SNS	248
6.1.3 Mehrwert und Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten	250
6.1.4 Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren.....	255

6.2 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse260

6.2.1 Aktueller Stand der Implementierung und Nutzungspraxis	260
--	-----

6.2.2 Effekte und Mehrwert durch die Anwendung des SNS	266
6.2.3 Mehrwert und Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten	272
6.2.4 Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren.....	272
6.3 Limitationen.....	277
6.3.1 Methode: Online-Befragung.....	277
6.3.2 Selektive und kleine Stichprobe	277
6.3.3 Nicht erfasste Rücklaufquote bei den SNS-Anwender/-innen	277
6.3.4 Messinstrument	277
6.3.5 Keine gewissenhaften Antworten.....	279
6.3.6 Länge der Fragebögen	279
6.3.7 Auswertungskritik	279
6.3.8 Fehlende Barrierefreiheit.....	279
6.4 Zukünftige Forschung.....	280
7 CONCLUSIO.....	281
LITERATURVERZEICHNIS.....	284
ANHANG.....	313
A: Co-Rating	313

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychological Association
ASC	Assessment for Signal Clients
BHM	Behavioral Health Measure
BSL-23	Borderline Symptom Liste-23
CBT	Cognitive behavioral therapy
CST	Clinical support tools
DASS	Depression-Angst-Stress-Skala
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
KEV-Muster	Kognitions-Emotions-Verhaltens-Muster
MFS	Monitoring- und Feedbacksystem
NF	Norse Feedback
NOT	not on Track
OQ	Outcome Questionnaire
ORS	Outcome Rating Scale
PCOMS	Partners for Change Outcome Management System
PROM	Siehe Patient-reported Outcome Monitoring
PS	Persönlichkeitsstörung
RCT	Randomized controlled trial
ROM	Routine Outcome Monitoring
ROM-CF	Routine Outcome Monitoring with immediate clinical feedback
SNS	Synergetisches Navigationssystem
SPM	Synergetisches Prozessmanagement
SRS	Session Rating Scale
TAU	Treatment as usual
TOP	Treatment Outcome Package
TPB-R	Therapie-Prozessbogen Revised
TTN	Trierer Therapie Navigator

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Zeitreihen von Einzelitems (Rohdaten, individueller Fragebogen).....	106
Abbildung 2. Zeitreihen der drei Themengruppen des personalisierten Prozessbogens: „Positive Selbsteinschätzung“ (blau), „negative Selbsteinschätzung“ (orange) und „negatives Befinden“ (grün).....	107
Abbildung 3. Über alle Items gemittelte dynamische Komplexität.	108
Abbildung 4. Rohwerte-Resonanzdiagramm der Itemverläufe des Patienten.....	108
Abbildung 5. Der Verlauf des Items „Mein Drang, Alkohol zu trinken war heute...“	109
Abbildung 6. Komplexitäts-Resonanz-Diagramm des Therapieverlaufs.....	109
Abbildung 7. Korrelationsmuster des Therapieverlaufs.....	110
Abbildung 8. Meta-Korrelationsmatrix.	111
Abbildung 9. Willkommens- und Verabschiedungstext des individuellen Fragebogens.....	115
Abbildung 10. Faktoren des individuellen Fragebogens	115
Abbildung 11. 17 Items des individuellen Fragebogens	115
Abbildung 12. Faktor Freizeit	117
Abbildung 13. Zeitreihe Item 10: Heute habe ich Freude verspürt.	117
Abbildung 14. Zeitreihe Item 9: Heute habe ich mir Zeit für mich genommen.....	118
Abbildung 15. zwei übereinandergelegte Zeitreihen: Item Heute erlebte ich schöne Momente mit meiner Frau (in blau dargestellt) und Zeitreihe zur Emotion Trauer (in orange dargestellt)	118
Abbildung 16. Zeitreihe Item 15: Heute erlebte ich schöne Momente mit meiner Frau.	119
Abbildung 17. Faktor Selbstregulation.....	119
Abbildung 18. Zeitreihe Item 2: Heute hatte ich klar vor Augen, was ich kann und was ich leiste....	120
Abbildung 19. Zeitreihe Item 14: Mein Gedankenkreisen war heute... ..	120
Abbildung 20. Zeitreihe Item 16: Heute war ich mit mir und meiner Alltagsbewältigung zufrieden.	120
Abbildung 21. Item 4: Die Arbeitsmenge erlebte ich heute... ..	121
Abbildung 22. Item 1: Heute erlebte ich Termindruck.	121
Abbildung 23. Item 3: Heute war ich innerlich unruhig und angespannt.....	121
Abbildung 24. Item 12: Die Schlafqualität letzte Nacht war... ..	121
Abbildung 25. Item 8: Heute habe ich Ärger/Wut verspürt.	122
Abbildung 26. Item 6: Heute machte ich mir Angst, zu Versagen.....	122
Abbildung 27. Über alle Items gemittelte dynamische Komplexität.	122
Abbildung 28. Komplexitäts-Resonanz-Diagramm des Therapieverlaufs.....	123
Abbildung 29. Meta-Korrelationsmatrix.	124
Abbildung 30. Idiographische Systemmodellierung	127
Abbildung 31. Faktoren des individuellen Fragebogens.	127
Abbildung 32. 15 Items des individuellen Fragebogens.	128

Abbildung 33. Zeitreihenverläufe der Faktoren: Gefühle, Selbstregulation und Befinden.....	131
Abbildung 34. Über alle Items gemittelte dynamische Komplexität.	132
Abbildung 35. Item 9: Heute war mein Stresslevel im Job....	132
Abbildung 36. Item 4: Heute erlebte ich Momente von Freude und Glück.	133
Abbildung 37. Item 8: Heute habe ich mich in Angst, im Mittelpunkt zu stehen, versetzt.....	133
Abbildung 38. Item 12: Heute erlebte ich Unzufriedenheit und Ärger	134
Abbildung 39. Item 13: Heute erlebte ich Hoffnungslosigkeit.	134
Abbildung 40. Item 5: Mit meinem Bewegungspensum bin ich heute zufrieden.	134
Abbildung 41. Item 7: Heute war ich in meiner Freizeit passiv.....	135
Abbildung 42. Item 10: Heute erlebte ich mich unmotiviert.....	135
Abbildung 43. Item 11: Heute habe ich Aktivitäten/Aufgaben aufgeschoben.	135
Abbildung 44. Item 3: Meine innere Balance war heute ausgeglichen.	135
Abbildung 45. Item 2: Negative Gefühle konnte ich heute angemessen bewältigen.	135
Abbildung 46. Item 14: Heute habe ich meine Bedürfnisse wahrgenommen.	136
Abbildung 47. Item 15: Heute habe ich meine Bedürfnisse gelebt.....	136
Abbildung 48. Korrelationsmuster des Therapieverlaufs.....	136
Abbildung 49. Meta-Korrelationsmatrix.	137
Abbildung 50. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Diagnosen der Patientinnen/Patienten...	157
Abbildung 51. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie lange arbeiten Sie schon mit dem SNS?...	158
Abbildung 52. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Patientinnen/Patienten aus?	164
Abbildung 53. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Patientinnen/Patienten aus?	165
Abbildung 54. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Patientinnen/Patienten aus?	166
Abbildung 55. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Patientinnen/Patienten aus?	167
Abbildung 56. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Patientinnen/Patienten aus?	168
Abbildung 57. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?	169
Abbildung 58. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Patientinnen/Patienten aus?.....	171
Abbildung 59. Verteilung der Antworten zur Frage: Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?	173

Abbildung 60. Verteilung der Antworten zur Frage: Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Patientinnen/Patienten?	174
Abbildung 61. Verteilung der Antworten zur Frage: Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?	175
Abbildung 62. Verteilung der Antworten zur Frage: Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?	176
Abbildung 63. Verteilung der Antworten zur Frage: Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS? Kategorien: für Sie als Therapeut*in, für Patientinnen/Patienten, in Ihrer Institution und in der Klinik	183
Abbildung 64. Korrelationsmatrix mit Angabe der Signifikanz zwischen den Items:	210
Abbildung 65. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie überzeugt war ihre Therapeutin / ihr Therapeut vom SNS?.....	216
Abbildung 66. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Anwendung des SNS?	217
Abbildung 67. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS? Was könnte verbessert werden? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.	218
Abbildung 68. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie hat sich die Anwendung des SNS auf die Beziehung zu Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin ausgewirkt?	221
Abbildung 69. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mich zu einer intensiveren Beschäftigung mit meinen Themen und Zielen geführt.	222
Abbildung 70. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, meine Stärken und Ressourcen zu erkennen.	223
Abbildung 71. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen.	224
Abbildung 72. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir neue Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten ermöglicht, die mir bisher noch nicht bewusst waren.....	225
Abbildung 73. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen.....	226
Abbildung 74. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mich motiviert, an mir und meinen Zielen zu arbeiten.....	227
Abbildung 75. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir neue Einblicke in meinen Veränderungsprozess ermöglicht.	228
Abbildung 76. Verteilung der Antworten zur Frage: Waren Sie mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?	229
Abbildung 77. Verteilung der Antworten zur Frage: Waren Sie mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?	230
Abbildung 78. Korrelationsmatrix mit Signifikanzen zwischen den Items:.....	233
Abbildung 79. Verteilung der Antworten zur Aussage: Ich evaluiere den therapeutischen Verlauf	236

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Angenommene Effekte des hochfrequenten Therapiemonitorings (aus Schiepek et al., 2019).....	3
Tabelle 2. Metaanalysen zu Routine-Outcome Monitoring und Feedback	27
Tabelle 3. Vergleich der Funktionen von linearen MFS und SNS	90
Tabelle 4. Effekte und Nutzen von Monitoring- und Feedbacksystemen	138
Tabelle 5. Zusätzlicher Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem Monitoring- und Feedback	139
Tabelle 6. Fragebogen professionelle SNS-Anwender/-innen	148
Tabelle 7. Fragebogen Patientinnen und Patienten	151
Tabelle 8. Fragebogen Nicht-Anwender/-innen	152
Tabelle 9. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Beruflicher Hintergrund der Therapeutinnen/Therapeuten	155
Tabelle 10. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Therapierichtung der Therapeutinnen/Therapeuten	155
Tabelle 11. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Mit welchen Patientinnen/Patienten nutzen Sie das SNS?.....	156
Tabelle 12. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Alter der Patientinnen/Patienten, die mit dem SNS arbeiten.....	156
Tabelle 13. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Nutzung des SNS während der Therapie ...	157
Tabelle 14. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Nutzung während der Therapie, unterteilt nach Mehrfachnennungen	158
Tabelle 15. Verteilung der Antworten in der Kategorie: In welchen Settings wird das SNS angewendet?	158
Tabelle 16. Nennungen in der Kategorie: Wozu nutzen Sie das SNS bisher?	159
Tabelle 17. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche therapeutischen Effekte nehmen Sie im Rahmen des SNS-Einsatzes bei den Patientinnen/Patienten wahr?.....	161
Tabelle 18. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Wie und wodurch unterstützt die Anwendung des SNS diese therapeutischen Effekte bei den Patientinnen/Patienten?	162
Tabelle 19. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Häufigkeitsverteilung zur offenen Frage: Was hat Sie bewogen, das SNS einzusetzen?	182
Tabelle 20. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche anfänglichen Bedenken hatten Sie?	183
Tabelle 21. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten vom Kommentarfeld zur Frage: Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS? Im Kommentarfeld konnten die Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS konkret benannt werden.	184
Tabelle 22. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was würden Sie aus heutiger Sicht anders machen?	187

Tabelle 23. Verteilung der Antworten zur Frage: Was haben Sie in Ihrer Nutzungspraxis seit der Einführung weiterentwickelt bzw. verändert?	187
Tabelle 24. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur Kategorie „Andere Weiterentwicklungen und Veränderungen“	188
Tabelle 25. Verteilung der Antworten zur Frage: Welche Fragebogenformate nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)	188
Tabelle 26. Verteilung der Antwortkombinationen zur Frage: Welche Fragebogenformate nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)	188
Tabelle 27. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie lange füllen Patientinnen/Patienten einen Fragebogen während eines Therapieprozesses aus? (Mehrfachnennungen möglich)	189
Tabelle 28. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich nutze folgende Auswertungsmöglichkeiten (Mehrfachnennungen möglich)	189
Tabelle 29. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an? (Mehrfachnennungen möglich).....	189
Tabelle 30. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an?, unterteilt nach Einzelnennungen und Mehrfachnennungen.....	190
Tabelle 31. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Die SNS-basierten Therapiegespräche führe ich durch... ..	191
Tabelle 32. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was besprechen Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?.....	192
Tabelle 33. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche Effekte erleben Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?	193
Tabelle 34. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie die Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS für Ihre eigene Arbeit?.....	195
Tabelle 35. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS Einsatzes in Ihrer Arbeit?.....	196
Tabelle 36. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit für Ihre Patientinnen/Patienten?	197
Tabelle 37. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS für die Patientinnen/Patienten?	198
Tabelle 38. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie die Akzeptanz und Motivation bei den Patientinnen/Patienten?	199
Tabelle 39. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Haben Sie SNS-Fortbildungen vor der Anwendung absolviert?	200
Tabelle 40. Verteilung der Antworten in der Kategorie: ja-Welche?.....	200
Tabelle 41. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Nehmen Sie an SNS-Interventionsgruppen oder Supervisionsgruppen teil?	200
Tabelle 42. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was würde aus Ihrer Sicht die Anwendung des SNS vereinfachen und attraktiver machen?.....	201
Tabelle 43. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Wie könnte man die Verbreitung unterstützen?.....	202

Tabelle 44. Vergleich der Antworten zwischen Therapeuten mit und ohne SNS-Fortbildung. Die ausführliche Bezeichnung der Fragen findet sich in Tabelle 6.....	203
Tabelle 45. Vergleich SNS Fortbildungskurs absolviert ja/ nein mit der Nutzung verschiedener SNS-Auswertungsoptionen	203
Tabelle 46. Vergleich SNS-Schulung (Einführungsworkshop, Summer School, in House Schulungen) mit SNS-Kursen in Teilen/Zertifizierungslehrgang in Bezug auf die Nutzung der Auswertungsoptionen.....	204
Tabelle 47. Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit verschiedenen Vorgehensweisen bei der Datenauswertung	204
Tabelle 48. Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit Durchführung von Feedbackgesprächen...	204
Tabelle 49. Häufigkeiten der von den befragten Therapeuten/Therapeutinnen benannten Therapieschulenzugehörigkeit.....	205
Tabelle 50. Resultate des Kruskal-Wallis-Tests für den Vergleich zwischen den Therapierichtungen in Bezug auf therapeutische Effekte, Therapiebeziehung, Veränderungsmotivation und Nutzen. .	206
Tabelle 51. Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests für zwei verschiedene Gruppendefinitionen und drei verschiedenen Korrekturen für multiple Testungen.....	207
Tabelle 52. Häufigkeiten der von den befragten Therapeuten/Therapeutinnen benannten Nutzungsmöglichkeiten des SNS (Verlaufsmessung, Prozessgestaltung, Interventionsinstrument)	207
Tabelle 53. Resultate des Kruskal-Wallis-Tests für den Vergleich zwischen Verlaufsmessung und Prozessgestaltung in Bezug auf therapeutische Effekte, Therapiebeziehung, Veränderungsmotivation und Nutzen.....	208
Tabelle 54. Häufigkeitsverteilung der Kategorie beruflicher Hintergrund	208
Tabelle 55. Resultate des Kruskal-Wallis-Tests für den Vergleich zwischen verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf therapeutische Effekte, Therapiebeziehung, Veränderungsmotivation und Nutzen.	209
Tabelle 56. Mean-Werte der Antworten zu den 11 Fragen, unterschieden nach ambulantem Setting und (teil-)stationärem Setting.....	209
Tabelle 57. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Schule/ Beruf der Patientinnen/Patienten...	211
Tabelle 58. Verteilung der Antworten in der Kategorie: höchster Schulabschluss der Patientinnen/Patienten	212
Tabelle 59. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wo findet / fand Ihre Therapie statt? (Mehrfachnennungen sind möglich).....	213
Tabelle 60. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wo findet / fand Ihre Therapie statt?, unterteilt nach Mehrfachauswahlkategorien	213
Tabelle 61. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie wurden Sie mit dem SNS vertraut gemacht? (Mehrfachnennungen sind möglich)	213
Tabelle 62. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie lange haben Sie das SNS genutzt?.....	215
Tabelle 63. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich habe folgende Arten von Fragebögen ausgefüllt (Mehrfachnennungen möglich).....	215
Tabelle 64. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich habe folgende Arten von Fragebögen ausgefüllt, unterteilt nach Antwortkombinationen	215

Tabelle 65. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Wie erleben bzw. erlebten Sie das tägliche Ausfüllen?	216
Tabelle 66. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was hat Sie selbst überzeugt, das SNS anzuwenden?	216
Tabelle 67. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was hat Sie skeptisch gestimmt?	217
Tabelle 68. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien aus den Antworten des Textfeldes und die Verteilung der Antworten zur Frage: Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS? Was könnte verbessert werden? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.	218
Tabelle 69. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was sind für Sie wesentliche Erkenntnisse aus der Arbeit mit dem SNS? In welcher Weise hat das SNS Ihren Therapie- bzw. Veränderungsprozess beeinflusst?	220
Tabelle 70. Alter der Nicht-Anwender/-innen, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum	234
Tabelle 71. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Psychotherapeutisches Verfahren / Ausbildungsrichtung	234
Tabelle 72. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Beruflicher Hintergrund	234
Tabelle 73. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich evaluiere den Therapieverlauf, indem ich, ..., unterteilt nach Mehrfachauswahlkombinationen.....	236
Tabelle 74. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche Effekte erleben Sie als Therapeut/-in bei sich im Rahmen der Evaluationsgespräche?	238
Tabelle 75. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche Effekte erleben Sie bei Ihren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Evaluationsgespräche?	239
Tabelle 76. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil... ..	240
Tabelle 77. Dargestellt sind die die Verteilung der Antworten zur Frage: Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil... (Mehrfachnennungen möglich)	240
Tabelle 78. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was würde Sie überzeugen, ein internet- oder app-basiertes Monitoring in Ihrer Praxis zu implementieren?	241
Tabelle 79. Angaben zu den 3 Stichproben: Geschlecht, Altersdurchschnitt und Standardabweichung	243
Tabelle 80. Zusammenfassung: Effekte und Mehrwert/Nutzen von hochfrequentem Monitoring und Feedback.....	255
Tabelle 81. Darstellung von Hürden und Barrieren bei der Implementierung und Nutzung eines MFS, unterteilt nach Anwender/-innen linearer MFS, SNS-Anwender/-innen und Nicht-Anwender/-innen	259

Hinweis: In dieser Arbeit wurde die einfachste Gendering Möglichkeit entsprechend der aktuellen deutschen Rechtschreibung angewendet, indem die Doppelnennung femininer und maskuliner Formen erfolgte. An einigen Textstellen wurde diese mit einem Schrägstrich abgekürzt. Manchmal wurde eine geschlechtsneutrale Form verwendet, wie zum Beispiel „Befragte“.

Wenn im Text von SNS-Anwenderinnen und SNS-Anwendern gesprochen wird, dann sind sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Patientinnen und Patienten gemeint.

Mit professionellen SNS-Anwenderinnen/-Anwendern sind Therapeutinnen und Therapeuten gemeint, die mit dem SNS arbeiten.

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema dieser Studie

Das Synergetische Navigationssystem (SNS, Schiepek et al., 2018) wird seit mehreren Jahren in unterschiedlichen klinischen Settings (stationär, tagesklinisch, ambulant) angewandt. Eine umfangreiche Implementierungsstudie, welche die Implementierungsschritte und -erfordernisse transparent darstellt und den bewerteten Nutzen bzw. die Barrieren aus Anwendersicht dokumentiert, steht jedoch noch aus. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen dazu beitragen, den Einsatz in der Routinepraxis besser zu begründen, den Nutzen zu bewerten und Weiterentwicklungen anzustoßen. Die Studie soll den Stand der Implementierung von Monitoring- und Feedbacksystemen transparent machen sowie auch Einblick in die Wirkmechanismen des Monitorings und der darauf bezogenen Therapeut/-in-Patient/-in-Kommunikation geben.

Aus bisherigen Praxiserfahrungen sowie aus der Literatur (de Jong et al., 2025; Hovland et al., 2020; Ionita et al., 2016; Moltu et al., 2018; Unsworth et al., 2012) sind verschiedene relevante Themen und Probleme bei der Implementierung und der Akzeptanz von digitalisiertem Therapiefeedback bekannt, z. B. Skepsis gegenüber Therapiefeedback. Therapeutinnen/Therapeuten stehen einer Evaluation und Verlaufsmessung der eigenen Therapie mit onlinebasierten Instrumenten noch skeptisch gegenüber. Es geht um Fragen des Mehraufwands, der Mehrkosten, des Datenschutzes. Weiterhin geht es um Fragen, wie sich der Einsatz eines onlinebasierten Messinstrumentes auf die Therapiebeziehung und den Therapieverlauf auswirkt. Könnten Patientinnen/Patienten dadurch Veränderungsdruck erleben, sich überwacht und kontrolliert erleben? Welche Informationen sollen generiert werden, die den Therapeutinnen/Therapeuten nicht schon bekannt sind? Wie verlässlich sind die Daten, wenn Patientinnen/Patienten sozial erwünscht antworten (könnten)? Zweifelhafte Erfahrungen mit der Praxisrelevanz von Forschungsergebnissen (z. B. Manualen) mögen auch zu Zweifeln an der Praxisrelevanz von Therapiemonitoring und -feedback führen.

Patientinnen-/Patientenfaktoren und Therapeutinnen-/Therapeutenfaktoren. Die Evidenzbasierung von Therapiemethoden reicht offenbar nicht aus, um Effekte in der Praxis zu erzielen. Vielmehr bestimmt ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Faktoren den konkreten Prozess und die klinischen Effekte im Einzelfall (Wampold et al., 2017). Wie stellt sich dieser Prozess im Therapiemonitoring dar, wie entfaltet umgekehrt das Monitoring und Feedback selbst in diesem Prozess seine Wirkung? Welche Rolle spielen Patientinnen- und Patientenfaktoren sowie Therapeutinnen- und Therapeutenfaktoren (Einstellungen zur Methode,

Erwartungen, Befürchtungen)? Weitere Informationen zu Therapeutinnen- und Therapeutenfaktoren finden sich bei de Jong et al. (2012).

Von Bedeutung sind allerdings nicht nur Aspekte der Anwendung (z. B. Technikakzeptanz), des Nutzens und des klinischen Mehrwerts, sondern auch der Beitrag des Systems (SNS) zur Professionalisierung und Digitalisierung der Psychotherapie, zur Möglichkeit flächendeckender Forschung in und aus der Praxis (practice-based science, Überwindung der Praxis-Forschungs-Lücke, big data als Antwort auf die Replikationskrise) und zu grundlegenden Fragen des mehrdimensionalen Messproblems in der (klinischen) Psychologie.

Es gibt diverse Monitoring- und Feedbacksysteme (MFS), welche sowohl ambulant als auch stationär eingesetzt werden. Welche Forschungsbefunde zu Einsatz und Nutzen dieser online-basierten Prozessmonitoring- und Feedbacksysteme werden beschrieben? Was beschreibt die Fachliteratur zum Thema Prozessmonitoring und Feedback in der Psychotherapie? Welche Effekte und welcher Nutzen werden beschrieben? Welche Implementierung wird empfohlen?

Wie deutlich wird, wirkt sich die Einführung eines MFS nicht nur auf die therapeutische Arbeit aus, sondern auch auf die Einrichtung/Organisation, die dieses einführt (Mackrill & Sørensen, 2019).

1.2 Zielsetzung und Themen der Befragung

Mit dieser Online-Befragung soll geklärt werden, wie die Anwendung des Synergetischen Navigationssystems (SNS) in unterschiedlichen klinischen Settings erfolgt (Durchführungintegrität) und welcher Nutzen und welche Hürden im Einsatz des SNS gesehen werden. In verschiedenen Settings können diverse Faktoren bei der Implementierung eine Rolle spielen, die sich als hilfreich, arbeitserleichternd oder belastend herausstellen. Folgende Aspekte werden erfasst:

- In welchen Settings wird das SNS angewendet?
- Welche Anwendergruppen wurden bisher erreicht (Größe und Zusammensetzung)?
- Wie intensiv und auf welche Art nutzen die Anwender/-innen das SNS (Frequenz der Anwendung, Nutzung der im SNS implementierten Tools)?
- Welche psychologischen Effekte und Mechanismen regt hochfrequentes Feedback an? Angenommen werden: Unterstützung von Motivation und Selbstwirksamkeit, Verbesserung von emotionaler Wahrnehmung, Affektdifferenzierung und Emotionsregulation,

Verbesserung von Mentalisierung und Achtsamkeit, Stabilisierung durch regelmäßige Nutzung als Ritual, Verbesserung der therapeutischen Beziehung etc.

- Wie schätzen die anwendenden Personen den Mehrwert und Nutzen des SNS für ihre therapeutische Arbeit bzw. für ihren Entwicklungs- und Veränderungsweg ein?
- Wie wird der Zeitaufwand eingeschätzt?
- Welche Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren werden beschrieben?

Spezielle angenommene Effekte sind in Tabelle 1 aufgelistet. Die einzelnen Punkte können als Hypothesen der Befragung gelten.

Die Ergebnisse liefern eine Basis für Weiterentwicklungen, Präzisierungen und Modifikationen der Implementierung und der Technik (z. B. Benutzerführung, Visualisierung) sowie für die Entwicklung weiterer Forschungsfragen. Alle Ergebnisse werden den Befragten und den Anwenderinnen und Anwendern zur Verfügung gestellt.

Patientinnen/Patienten	Therapeutinnen/Therapeuten
<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Beschäftigung mit den Themen und Zielen der Therapie, alltagsnah und außerhalb der Sitzungen • Motivation durch zeitnahe Rückmeldung von Veränderungen • Erkennen prozessualer Muster, die im aktuellen Erleben nicht auffallen würden • expressives Schreiben elektronischer Tagebücher • unterstützt Selbstregulation und Selbstmanagement • Mentalisierung und Achtsamkeits-Fokussierung • differentielle Wahrnehmung von Emotionen, Kognitionen und Verhalten • unterstützt die therapeutische Kooperation und die Qualität der Therapiebeziehung • regelmäßiges (z. B. tägliches) Ausfüllen strukturiert und vermittelt Sicherheit • fördert die Emotionsregulation • Patientinnen/Patienten fühlen sich in besonderer Weise wahrgenommen • erleichtert den Transfer zwischen Therapie und Alltag/Lebenswelt 	<ul style="list-style-type: none"> • liefert Informationen für Fallkonzeptionen und funktionelle Bedingungsanalysen • unterstützt die therapeutische Beziehung • liefert roten Faden und Informationen für die feedback-basierten Therapiegespräche • Früherkennung von therapeutischen Krisen oder Stagnationen • vermittelt Sicherheit im Vorgehen • liefert die Datenbasis für therapeutische Mikroentscheidungen (adaptive Indikation) • vermittelt theoretischen Bezug (Therapie als Selbstorganisationsprozess) • Evaluation der Therapien • erlaubt Hinweise auf nichtlineare Eigenschaften (z. B. Ordnungsübergänge, kritische Instabilitäten) des Therapieprozesses • erlaubt die Individualisierung und Personalisierung des Vorgehens • liefert Graphiken und Daten für Berichte, Überweiser und Gutachter • fördert die Rolle von Therapeutinnen/Therapeuten als „scientist practitioner“

Tabelle 1. Angenommene Effekte des hochfrequenten Therapiemonitorings (aus Schiepek et al., 2019).

1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in 7 Kapitel unterteilt. In der Einleitung wird ein allgemeiner Überblick der Arbeit dargestellt. Das 2. Kapitel beginnt mit einer Darstellung der aktuellen Ausgangslage, die einen Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen begründet. Weiterhin werden lineare Monitoring- und Feedbacksysteme und theoretische Modellvorstellungen beschrieben, die ihnen zugrunde liegen. Nach der Zusammenfassung der Forschungsbefunde zum Einsatz und Nutzen sowie zu Effekten onlinebasierter Monitoring- und Feedbacksysteme werden Implementierungserfordernisse und -hindernisse erläutert. In Kapitel 2.5 werden das Synergetische Navigationssystem und das zugrundeliegende nichtlineare Paradigma menschlicher Veränderungsprozesse dargestellt sowie bisherige Befunde zu Effekten und Nutzen von hochfrequentem Monitoring und Feedback. Die Anwendung des SNS in der Praxis wird anhand von 3 Fallbeispielen aus meiner ambulanten Praxis beschrieben. In Kapitel 3 werden die Fragestellung der Arbeit und die Hypothesen zu Effekten und Nutzen in der Anwendung des SNS erläutert. Kapitel 4 beinhaltet Ausführungen zu Studiendesign, Stichprobe, Verbreitungsweg, Ethik und Datensicherheit, zur Erhebungsmethode sowie zu den 3 eingesetzten Fragebögen. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Befragung der SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten) und der Nicht-Anwender/-innen dargestellt, welche dann in Kapitel 6 diskutiert werden. Die methodischen Limitationen und Themen für die zukünftige Forschung werden abschließend in Kapitel 6 beschrieben. Die Arbeit endet in Kapitel 7 mit einer Zusammenfassung und einem Ausblick.

2. Forschungsbefunde zu Prozessmonitoring und -feedback

2.1 Aktuelle Ausgangslage

Es gibt einige Befunde aus der Psychotherapieforschung und aus der Praxis, welche den Einsatz eines Monitoring- und Feedbacksystems in der Psychotherapie sinnvoll erscheinen lassen.

2.1.1 Befunde aus der Psychotherapieforschung

Die Forschung der letzten Jahrzehnte zeigte, dass Psychotherapie signifikante Effekte, die zeitlich stabil sind, erzielt (Wampold & Imel, 2015). Die Psychotherapieforschung ist in den letzten Jahren der Frage nachgegangen, welches Therapieverfahren am effektivsten ist (Lutz et al., 2019; Schiepek et al., 2013). Wampold et al. (2018) schreiben, dass sie in ihren vielen Studien bisher keine spezielle Behandlung für ein bestimmtes Störungsbild gefunden hätten, die einer anderen Psychotherapie klinisch überlegen war.

- **Abbrüche und Nonresponder.** Auch durch ständige Neuentwicklungen von Therapieprogrammen und -methoden konnte bisher keine Verbesserung des Therapieergebnisses erzielt werden (Brakemeier & Herpertz, 2019; Lutz et al., 2019). Trotz der Anwendung empirisch erprobter Verfahren und leitlinienbasierter Behandlungen profitieren nicht alle Patientinnen und Patienten von einer Psychotherapie. Schätzungen zeigen, dass 35-40 % der Patientinnen/Patienten nicht von einer Psychotherapie profitieren und ungefähr 5-10 % der an klinischen Studien teilnehmenden Patientinnen/Patienten verlassen die Behandlung verschlechtert im Vergleich zum Beginn (Lambert, 2013; Hansen et al., 2002; Lambert & Ogles, 2004). Durchschnittlich brechen 19,7 % aller Patientinnen und Patienten die Psychotherapie ab (Swift & Greenberg, 2012), weniger als 50 % können nach einer Psychotherapie als genesen angesehen werden. Sie sind einer klinischen Population näher als einer normalen (Lambert, 2013). In der Routinepraxis fanden sich nur 1/3 verbesserte Patientinnen/Patienten (Hansen et al., 2002).
- **Adhärenz- und Kompetenztrainings** korrelieren nicht mit dem Therapieerfolg (Brakemeier & Herpertz, 2019; Wampold et al., 2018). Sowohl in Erwachsenentherapien als auch in Kinder- und Jugendlichentherapien zeigen aktuelle Metaanalysen kaum Zusammenhänge zwischen Manualtreue bzw. kompetenter Manualumsetzung und dem Therapie-Outcome (Collyer et al., 2020; Webb et al., 2010). Selbst in Therapien mit gut trainierten und supervidierten Therapeutinnen/Therapeuten profitieren 30-50 % der Patientinnen/Patienten nicht von dieser Therapie (Hansen et al., 2002; Miller et al., 2020). Trotz intensiver Schulung

und Supervision in einem evidenzbasierten Verfahren, zeigten sich dennoch Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen den Therapeutinnen/Therapeuten (Laska et al., 2013).

- **Therapeutenvariablen.** Einige Therapeutinnen und Therapeuten erzielen bessere Therapieergebnisse als andere. Kraus et al. (2011) zeigten in einer umfangreichen naturalistischen Studie, dass die Mehrheit der Patientinnen/Patienten Verbesserungen in mehreren Bereichen zeigte. Eine genauere Analyse zeigte jedoch, dass sich die Bereiche, in denen sich die Verbesserungen zeigten, zwischen den Therapeutinnen/Therapeuten unterschieden. Auch der Kontext, in dem die psychologische Behandlung angeboten wird, hat Einfluss auf die Wirksamkeit von Therapeutinnen und Therapeuten (Firth et al., 2020). Einige Therapeutinnen/Therapeuten weisen konstant hohe Verschlechterungsraten auf, während andere kaum negative Therapieergebnisse produzieren und das über verschiedene Domänen wie zum Beispiel Drop-out, Outcome und interpersonelle Probleme hinweg (Castonguay & Hill, 2017; Chow, 2015; Baldwin & Imel, 2013; Barkham et al., 2017; Nissen-Lie et al., 2016; Okiishi et al., 2006; Saxon & Barkham, 2012; Prado-Abril et al., 2017). Bisher ist unklar, was so einen Therapieexperten ausmacht (Wampold et al., 2018). Einen positiven oder negativen Einfluss auf Therapieprozesse können positive wie auch negative Entwicklungszyklen von Therapeutinnen und Therapeuten während einer Berufskarriere haben (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Befunde weisen darauf hin, dass Therapeutinnen/Therapeuten schlecht dazu in der Lage zu sein scheinen, Verschlechterungen bei ihren Patientinnen/Patienten zu erkennen, und sie neigen dazu, Therapiefortschritte zu optimistisch zu beurteilen (Grove et al., 2000; Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2010; Walfish et al., 2012). Bei ca. 40 % der Patientinnen/Patienten (N = 550) erkannten die Therapeutinnen/Therapeuten (N = 40) die Verschlechterung der Patientinnen/Patienten nicht, sondern beschrieben eine Symptomverbesserung (Hannan et al., 2005). Jedoch konnte ein auf Fragebogenfeedback basierender Algorithmus 77 % aller Fälle richtig vorhersagen. Ægisdóttir et al. (2006) verglichen in einer Metaanalyse klinische und statistische Vorhersagen. Durch statistische Algorithmen kann die Genauigkeit der Vorhersagen um ca. 13 % verbessert werden. Verzerrte Einschätzungen zeigen Therapeutinnen und Therapeuten auch bei der Einschätzung ihrer therapeutischen Leistungsfähigkeit, nach Walfish et al. (2012) durchschnittlich auf dem 80. Perzentil.

Onlinebasierte Monitoring- und Feedbacksysteme könnten hier korrigierend wirken und helfen, Therapieentwicklungen der Patientinnen/Patienten realistischer einzuschätzen. Sie können in

der Praxis helfen, Nonresponder, Verschlechterungen, Verbesserungen und Stagnationen zu erkennen. Durch zeitnahes Feedback können Verzerrungen von Therapeutinnen-/Therapeuteinschätzungen über den Verlauf der Therapie minimiert werden und die fachliche Kompetenz von Therapeutinnen/Therapeuten sowie die Versorgung der Patientinnen/Patienten kann verbessert werden.

- **Patientinnen-/Patientenvariablen.** Patientinnen/Patienten tragen selbst einen erheblichen Beitrag zum Erfolg einer Therapie bei (Schiepek et al., 2013). Eine Vielzahl von unterschiedlichen Patientinnen-/Patientenvariablen können den Therapieprozess beeinflussen. Zu individuellen Charakteristika von Patientinnen/Patienten gehören etwa die Erwartungen, der Attributionsstil, die Änderungsbereitschaft, der Coping-Stil, der Bindungsstil, die Veränderungsmotivation sowie die Art und Schwere der psychischen Probleme und das Vorliegen von Komorbiditäten (Sachse, 2022).
- **Wirkfaktoren in der Psychotherapie.** Wir wissen bisher wenig darüber was, wann und wie in einer Psychotherapie wirkt (Brakemeier & Herpertz, 2019). In der Psychotherapieforschung lassen sich zwei Entwicklungslinien identifizieren, die die Effekte von Psychotherapie auf unterschiedliche Faktoren zurückführen. Es existiert ein Wettstreit um die größere therapeutische Bedeutung spezifischer oder allgemeiner Wirkfaktoren. Verfechter des **medizinischen Modells** betonen den relevanten Beitrag spezifischer Techniken (wie zum Beispiel Expositionstrainings in verhaltenstherapeutischen Therapien oder Deutungen in psychodynamischen Therapien) am Therapieergebnis. Sie führen unzureichende Therapieergebnisse auf die mangelhafte Anwendung von Therapiemanualen zurück. Aus Sicht des **kontextuellen Modells** wird der Therapie-Outcome durch allgemeine, therapieunabhängige Faktoren beeinflusst. Dazu gehören Therapeutinnen-/Therapeutenvariablen und Patientinnen-/Patientenvariablen, die therapeutische Beziehung, negative Ereignisse in der Umwelt der Patientinnen/Patienten sowie deren Entfaltung und Wechselwirkungen im Prozess. Die bisherigen Befunde deuten darauf hin, dass spezifische und allgemeine Wirkfaktoren nicht unabhängig voneinander betrachtet werden können, sondern miteinander interagieren (de Felice et al., 2019a). Zum Beispiel trägt die Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung wesentlich zu Verschlechterungen bzw. dem Erfolg einer Therapie bei (Norcross & Lambert, 2019; Safran et al., 2005; Webb et al. 2010). Die therapeutische Beziehung setzt sich wiederum aus unzähligen Faktoren zusammen (z. B. Zielkonsens und Zusammenarbeit, Empathie, positive Wertschätzung/Affirmation, Kongruenz/Echtheit). Diese Faktoren sind dann unterschiedlich stark am Therapie-Outcome beteiligt (de Felice et al., 2022). Das therapeutische Verhalten wird auch bestimmt durch das Therapiekonzept und die daraus

abgeleiteten Techniken und Vorgehensweisen. Darüber realisieren sich unspezifische Wirkfaktoren, etwa die Art, wie Therapeutinnen/Therapeuten die Therapiebeziehung gestalten, welche Gesprächstechniken sie anwenden. Je nach aktuellem Kontext und ihrer Bedürfnislage werden Patientinnen/Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich darauf reagieren. Bisherige Prä-Post-Messungen können diese Variablen und ihre Interaktion nicht erfassen. Der Fokus der Forschung richtet sich daher zunehmend mehr auf den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin („patient focused research“, Howard et al., 1996) und die Erforschung von Therapieprozessen. Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien beschreiben lediglich durchschnittliche Effekte von psychotherapeutischen Behandlungen (Lutz et al., 2015). Das bedeutet, dass zahlreiche Patienten und Patientinnen profitieren, wobei einige davon deutlich profitieren, während andere nur geringfügig davon profitieren (Lutz & Wucherpfennig, 2017). Für Therapeutinnen und Therapeuten in der Praxis ist jedoch die Frage relevant, ob eine Behandlung bei einer bestimmten Patientin bzw. einem bestimmten Patienten wirkt. Das ist die Frage nach der praxisbasierten Evidenz (Barkham et al., 2015; Schiepek et al., 2018).

Technologien wie Routine-Outcome-Monitoring und Feedbacksysteme entwickelten sich aus der patientenorientierten Forschung (Howard et al., 1996) und ermöglichen eine Erfassung des Therapieverlaufs. Durch die Erhebung von Verlaufsdaten kann die Wirkung von Psychotherapie am Einzelfall im klinischen Alltag überprüft werden und es kann mehr über die Wirkungsweise von Psychotherapie verstanden werden. Die Forschungslinie zu Routine-Outcome Monitoring und Feedback gilt im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs als bedeutendster Vorstoß in der Psychotherapieforschung der letzten 25 Jahre (Wampold, 2015). Seit 2006 empfiehlt die American Psychological Association (APA) Presidential Task Force on Evidence-Based-Practice den Einsatz von Routine-Outcome Monitoring und Feedback für Erwachsene und Kinder in der Praxis, da es nachweislich das Ergebnis der Patientin/des Patienten verbessert (APA, 2006; Lambert et al., 2018). In einigen Ländern wurde die Messung der Ergebnisse zur Pflicht gemacht wie zum Beispiel in Norwegen, Kanada, England und Australien (Barkham et al., 2023). Im wissenschaftlichen Feld ermöglicht der Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen *praxisorientierte Forschung* (Castonguay & Muran, 2015), *praxisbasierte Evidenz* (Barkham et al., 2015, Schiepek et al., 2018) und *praxisbasierte Netzwerke* (Castonguay et al., 2015).

2.1.2 Praxis

Vom Gesetzgeber wird eine Evaluation der Psychotherapie im Sinne der Qualitätssicherung verlangt (Geissner & Koch, 2021). In der Berufsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten § 16 Abs. 1 wird gefordert „...angemessene Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ umzusetzen (Muster-Berufsordnung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, S. 15). Zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität kann der Einsatz eines onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystems als eine geeignete Maßnahme angesehen werden.

Im Psychotherapeutengesetz §7 Absatz 3 wird ausgeführt, dass ein Psychotherapeut/eine Psychotherapeutin mit der Erteilung der Approbation in der Lage sein soll, „...Maßnahmen zur Prüfung, Sicherung und weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität umzusetzen und dabei eigene oder von anderen angewandte Maßnahmen der psychotherapeutischen Versorgung zu dokumentieren und zu evaluieren...“ (https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html#:~:text=%283%29%20Ist%20gegen%20die%20antragstellende%20Person%20wegen%20des,Approbation%20ausgesetzt%20werden%2C%20bis%20das%20Strafverfahren%20beendet%20ist.)).

In der Approbationsordnung Anlage 2 verweisen die Punkte 2, 5 und 6 auf Aspekte, die den Einsatz von MFS begründen. 2a: „Die studierenden Personen wenden komplexe und multivariate Erhebungs- und Auswertungsmethoden zur Evaluierung und Qualitätssicherung von Interventionen an.“ 5a: „...dokumentieren ihr psychotherapeutisches Handeln und überprüfen ihr Handeln zur Verbesserung der Behandlungsqualität kontinuierlich“, 6e: „...erheben und beurteilen systematisch Verlaufs- und Veränderungsprozesse“ (https://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/anlage_2.html).

Auch **wissenschaftliche Befunde und die Veränderungen in der Praxis** sprechen zunehmend dafür, dass der Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen sinnvoll sein kann. Es werden kontinuierlich neue Therapieverfahren entwickelt, die verschiedene Methoden neu miteinander kombinieren. Diese haben meistens keine wissenschaftliche Evidenz nachgewiesen. Viele Therapeutinnen und Therapeuten arbeiten auch nicht konsequent nach einem Manual, sondern kombinieren Therapiemethoden. Es konnte gezeigt werden, dass Psychotherapieprozesse komplex und dynamisch verlaufen (Schiepek et al., 2018, 2020a) und eine Prozesserfassung sinnvoll ist, um den Verlauf zu erfassen und Verbesserungen und Verschlechterungen frühzeitig zu erkennen. Die APA- „Presidential Task Force on Evidence-Based Practice“ in den USA stellte unter anderem fest, dass eine kontinuierliche Überwachung des Fortschritts von Patientinnen/Patienten und eine bedarfsgerechte Anpassung der Behandlung unerlässlich ist, weil nur

mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit beschrieben werden kann, wie die Anwendung von Forschungsergebnissen auf eine bestimmte Patientin/einen bestimmten Patienten wirken können (American Psychological Association 2006, S. 280).

Im Sinne der Qualitätssicherung wäre es daher relevant, den Fortschritt der Patientinnen und Patienten zusätzlich engmaschig durch den Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen zu dokumentieren und zu evaluieren. Damit liegt der Fokus nicht mehr nur auf der Therapieschule, sondern ist am Verlauf und Ergebnis der Therapie orientiert (Lutz et al., 2015; Schiepek, 2022a).

2.1.3 Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Die Dokumentationspflicht und eingeschränkt das Gutachterverfahren wurden vom Gesetzgeber zur Sicherung der Prozessqualität implementiert (Dresenkamp & Mauler, 2018, S. 793). Die Sicherung der Prozessqualität durch Diagnostik, die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren, die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien und durch Supervision und Intervention liegt im Ermessen der Therapeutinnen und Therapeuten (Dresenkamp & Mauler, 2018, S. 793). Wie bereits erwähnt, konnte nicht hinreichend gezeigt werden, dass evidenzbasierte Behandlungen die Qualität der Versorgung verbessern (Wampold et al., 2018). Auch eine Qualitätssicherung durch das Gutachterverfahren erscheint fraglich unter Kritikpunkten wie dem zweifelhaften Nutzen des Gutachterverfahrens im Vergleich zu Kosten und Aufwand (Bühning, 2011). Zudem bestehen Bedenken hinsichtlich mangelnder Reliabilität und Validität (Vogel & Meng, 2007) und der geringen Datenlage zur Effizienz des Gutachterverfahrens und dem geringen inkrementellen Nutzen (Wittmann et al., 2011). Die Abschaffung des Gutachterverfahrens und die Einführung eines neuen Qualitätssicherungsverfahrens in der Psychotherapie werden hinsichtlich der verpflichtenden Vorgaben, des Leistungserbringervergleichs, des Aufwands und des Nutzens für die bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten usw. sehr kontrovers diskutiert. Eine Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung durch die Befragung von Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten wird bei dem aktuell geplanten Vorgehen nicht gesehen (Psychotherapie aktuell, 13. Jg., Sonderausg. 2021; Benecke, 2022). Das aktuell entwickelte Qualitätssicherungsverfahren erfragt lediglich *was* gemacht wurde, aber nicht, *wie* therapeutisch gearbeitet wurde (Benecke, 2022). Beispielsweise kann eine nachträgliche Befragung von Patientinnen und Patienten zu durchgeführten Maßnahmen zu Therapiebeginn durch einen Erinnerungsbias verzerrt sein und damit bilden die Antworten nicht die Realität ab. Zudem ist der Nutzen fraglich, wenn das Feedback nicht einem Patienten/einer Patientin zugewiesen werden kann, dieses nicht im Laufe der Therapie zur Verfügung

steht und damit nicht konstruktiv für Anpassungen genutzt werden kann (Psychotherapie Aktuell, Sonderheft 2021, S. 10).

Die Sicherung der Versorgungsqualität und die Förderung des Nutzens für Patientinnen/Patienten sollte durch Umsetzung einer *praxisbasierten Evidenz* durch Monitoring des Patientinnen-/Patientenfortschritts erfolgen (Wampold et al., 2018). Das Feedback über den Therapieverlauf steht unmittelbar den Anwenderinnen und Anwendern zur Verfügung und der Therapieverlauf kann adaptiv an die aktuelle Entwicklung der Patientinnen und Patienten angepasst und so das psychotherapeutische Ergebnis verbessert werden (Lambert et al., 2003; Schiepek et al., 2011; Schiepek, 2009). Auch die Umsetzung evidenzbasierter Behandlungen kann mit einem MFS evaluiert und das therapeutische Vorgehen gegebenenfalls angepasst werden. Eine mehrdimensionale Erhebung von Therapie-Outcome (Symptome, Wohlbefinden, Funktionsniveau) ist möglich. Neben Selbstberichten können auch Berichte von anderen Personen mit einbezogen werden. Es gibt bisher einige vielversprechende Daten zum Nutzen und zu Effekten von Monitoring- und Feedbacksystemen in der ambulanten und stationären Therapie. Kosten und Aufwand für Leistungserbringer erweisen sich bisher als machbar (Gual-Montolio et al., 2020).

2.1.4 Eine Kluft zwischen Forschung und Praxis und in der Monitoring- und Feedbackforschung

Zwischen Innovationen in medizinischen und psychischen Gesundheitsbereichen und ihrer Umsetzung in der Routinepraxis besteht international eine erhebliche Lücke (Institute of Medicine, 2006; Madon et al., 2007). Forschende haben die Tendenz, Klinikerinnen und Kliniker nicht einzubeziehen, und diese verwenden die Forschungsergebnisse nicht in der Praxis (Tasca et al., 2015). Problematisch ist zudem die Übertragbarkeit von in randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials-RCTs) gewonnenen Befunden und daraus abgeleiteten Behandlungsvorschlägen in die Praxis. Die hohe interne Validität von RCTs minimiert die externe Validität und damit die Generalisierbarkeit in die Praxis (Brakemeier & Herpertz, 2019).

Onlinebasierte Monitoring- und Feedbacksysteme bilden eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis und können somit dazu beitragen, die Kluft zu minimieren (Kazdin, 2008). Die durch ein Monitoring- und Feedbacksystem erhobenen Daten bilden die Grundlage für unterschiedliche wissenschaftliche und praktische Anwendungsfelder. In der Forschung ermöglicht der Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen naturalistische Studiendesigns. Es können ebenfalls große Datenmengen gewonnen werden, die Vergleiche von Therapieverläufen

ermöglichen und ggf. Mediator- und Moderatorvariablen identifizieren, die sich günstig oder ungünstig auf den Therapieverlauf von Patientinnen und Patienten auswirken.

Aber auch im Bereich der Monitoring- und Feedbackforschung gibt es zwei unterschiedliche Entwicklungslinien, die eine Kluft produzieren, da sie verschieden auf menschliche Veränderungsprozesse schauen. Ein Entwicklungsstrang geht von linearen oder gedämpften Proportionalitäten zwischen Interventionen und Outcome aus. Die andere Entwicklungslinie geht von komplexen, nichtlinearen und dynamischen Veränderungsprozessen aus, die mittel- und langfristig nicht vorhersehbar sind (Schiepek et al., 2018).

2.2 Welche Monitoring- und Feedbacksysteme wurden entwickelt?

Die Einführung von Fortschrittsfeedback begann 2001 (de Jong et al., 2021). Ein allgemeiner Begriff, der eine Reihe verschiedener Monitoring- und Feedback-Systeme umfasst ist Routine Outcome Monitoring (ROM), Patient-reported Outcome Monitoring (PROM) oder Routine Outcome Monitoring with immediate clinical feedback (ROM-CF). Aber auch mit Begriffen wie klinisches Feedback, Patientinnen-/Patientenfeedback, Fortschrittsüberwachung und messbasierte Versorgung (measurement-based care) werden Fortschrittsüberwachungen beschrieben (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022).

In den letzten 20 Jahren wurden von diversen Arbeitsgruppen in verschiedenen Ländern unterschiedliche Monitoring- und Feedbacksysteme entwickelt. Einige Systeme sind zunächst spezifisch für bestimmte Länder entwickelt worden, wie das Treatment Outcome Package (TOP) in den USA oder Norse Feedback (NF) in Norwegen. Diese Systeme werden dann zunehmend in anderen Ländern implementiert und adaptiert. Aufgrund von zwei verschiedenen Paradigmen bestehen zwei unterschiedliche Entwicklungslinien von Monitoring- und Feedbacksystemen. Eine Entwicklungslinie basiert auf dem linearen Paradigma von Veränderung, die andere basiert auf dem nichtlinearen Paradigma und den Komplexitätswissenschaften (Schiepek et al., 2018).

Ziel/Gemeinsames Interesse ist das Monitoring und die Evaluation des Entwicklungsprozesses einer Patientin/eines Patienten während des Behandlungsverlaufs und die Zurverfügungstellung dieser Informationen als Feedback. Der Psychotherapieprozess soll durch wiederholte Messungen zum Beispiel von Symptomen, Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden über Selbstberichtsmaße analysiert und besser verstanden werden. Kliniker/-innen können sich mit den Patientinnen und Patienten über den Verlauf und die Ergebnisse austauschen und ihren Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Informationen aus dem Feedback anpassen. Die

Individualität von Patientinnen und Patienten soll so mehr berücksichtigt werden und Klinikerinnen/Klinikern soll ein Tool an die Hand gegeben werden, mit dem sie frühzeitig Verschlechterungen im Therapieverlauf erkennen und Therapieverläufe entsprechend adaptiver auf den jeweiligen Patienten/die jeweilige Patientin anpassen können (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022; Lambert et al., 2018; Lutz et al., 2015). Die Routineversorgung soll verbessert und die Zusammenarbeit zwischen Therapeut/-in und Patient/-in soll gestärkt werden (Lambert et al., 2018).

Unterschiede. Monitoring- und Feedbacksysteme unterscheiden sich im konzeptionellen Hintergrund, in der Systemarchitektur, im Aufbau und in den implementierten Messinstrumenten für die Ergebnismessung wie zum Beispiel in der Anzahl und Art der verwendeten Skalen oder Fragebögen sowie den Auswertungsmethoden (verwendete Algorithmen etc.) und in der Nutzung der Daten und des rückgemeldeten Feedbacks. Art und Umfang der Ergebnismessungen variieren zwischen den Systemen. De Jong et al. (2021) beschreiben beispielsweise, dass in den in ihre Metaanalyse eingegangenen Studien überwiegend zwischen 1 und 9 Ergebnismessinstrumente eingesetzt wurden. Im Kapitel 2.2.2 findet sich eine Darstellung von aktuellen Monitoring- und Feedbacksystemen, basierend auf dem linearen Paradigma. Das onlinebasierte Monitoring- und Feedbacksystem *Synergetisches Navigationssystem*, basierend auf dem nicht-linearen Paradigma, wird im Kapitel 2.5 in dieser Arbeit beschrieben.

2.2.1 Das Paradigma der linearen Systeme

Die meisten Monitoring- und Feedbacksysteme beruhen auf der Idee, dass sich Veränderungen auf linearen Standardverläufen bewegen (Schiepek et al., 2020a; Lutz et al., 2019, Lambert et al., 2001). Standardtracks werden generiert, indem die Verlaufswerte von Patientinnen/Patienten mit ähnlichen Merkmalen (z. B. einer bestimmten Diagnose oder anderen erhobenen Eingangswerten) gemittelt werden. Die Form der Standardspuren ist linear und leicht exponentiell gedämpft, was eine Folge der Mittelung der Werte ist. Der aktuell beobachtbare Verlauf einer Patientin/eines Patienten wird mit dem bisherigen Verlauf ähnlicher Patientinnen/Patienten verglichen. Abweichungen vom Standardtrack werden vom System angezeigt und es werden Maßnahmen empfohlen, um einen negativen Therapieverlauf zu verhindern.

Erfasste Variablen/Ergebnisdaten. Die in Feedbacksystemen erfassten Variablen sind ebenfalls sehr unterschiedlich und werden eher von Klinikerinnen/Klinikern entsprechend ihres Settings und Interesses ausgewählt. Häufige Bereiche, die erfasst werden, sind: Therapiebeziehung, Symptomatik, Funktionsniveau, Wohlbefinden, Suizidalität, soziale Fähigkeiten, Motivation.

Frequenz der Messung. Die Datenerhebung sollte zeitnah im Therapieprozess erfolgen, nicht zu viel Zeit beanspruchen und gleichzeitig aber in der Lage sein, mangelndes Ansprechen auf die Behandlung genau zu erkennen und Feedback zu geben, damit entsprechend auch unmittelbar Einfluss auf den Therapieverlauf genommen werden kann (Lambert, 2015; Zimmer & Moessner, 2012). Die Datenerhebung wird je nach Monitoring- und Feedbacksystem unterschiedlich gehandhabt, i. d. R. wöchentlich, teilweise werden die Daten seltener erhoben. Manche Daten werden unmittelbar vor und/oder nach der Sitzung erhoben (z. B. Partners for Change Outcome Management System (PCOMS), Greifswalder Psychotherapie-Navigator-System (GPNS)).

Ergebnismessung und Auswertung. Verwendet werden standardisierte Skalen/Selbstberichtsinstrumente, häufig mit Likert-Skalen. Die erhobenen Rohwerte erlauben einen Selbstberichtsvergleich für die jeweilige Patientin/den jeweiligen Patienten. Der/die Therapeut/-in kann so erkennen, ob sich der/die Patient/-in im Vergleich zu den vorherigen Tagen bzw. zur vorherigen Sitzung oder Woche positiv oder negativ verändert hat oder nicht.

Weiterhin wird Wert auf normatives Feedback gelegt, um anhand von Benchmarks festzustellen, ob sich eine Patientin/ein Patient gebessert, nicht verändert oder verschlechtert hat. Normatives Feedback erfolgt einmal durch einen Vergleich mit klinischen Signifikanzschwellen (Hooke et al., 2022), um so zu bestimmen, ob ein Patient noch zur klinischen, subklinischen oder gebesserten Gruppe gehört. Weiterhin erfolgt ein Vergleich der Werte mit erwarteten Genesungspfaden, welche auf der Basis ähnlicher, schon behandelter Patientinnen/Patienten berechnet werden. Darin wird auch eine wesentliche Stärke dieser Systeme gesehen (Demir et al., 2022). Die Algorithmen beruhen je nach System auf unterschiedlichen Populations- und Vergleichswerten. Manche Systeme wie der Trierer Therapie Navigator (TTN) erfassen zusätzlich Hindernisse für einen Behandlungsfortschritt über ein Instrument wie dem Assessment for Signal Client (ASC). Dieser erfasst Variablen wie Krisenmanagement/Suizidalität, Motivation/Therapieziele, therapeutische Allianz/zwischenmenschliche Fähigkeiten, soziale Unterstützung/Lebensereignisse, emotionale Regulationsfähigkeit/Selbstregulationsfähigkeit. Abweichungen werden als Verschlechterungen interpretiert. Im Falle eines solchen „Alarms“, das heißt, wenn die Patientin/der Patient eine kritische Schwelle überschreitet, werden klinische Unterstützungsinstrumente (Clinical support tools (CST)) für die Therapeutinnen/Therapeuten in Form von kurzen Videos bereitgestellt, um eine Verbesserung des Prozessverlaufs zu erreichen. In Abhängigkeit von Kundenwünschen und Forschungsschwerpunkt werden dann weitere unterschiedliche Tools wie zum Beispiel Verwaltungsfunktionen für die Daten von Patientinnen/Patienten ergänzt.

Personalisierung besteht einmal darin, auszuwählen, welche Selbstberichtsmaße ein/e Patient/-in bekommt. In der Studie von Schaffrath et al. (2022) werden beispielsweise einem Patienten mit Depressionen folgende Fragebögen als Teil des TTN Monitoring- und Feedbacksystems zugewiesen: Brief Symptom Inventory (BSI)/Patient Health Questionnaire für Depressionen (PHQ-9)/Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7). Die Auswahl der Behandlungsmaßnahmen erfolgt auf Basis der erhaltenen Werte. Die Entwickler von Norse Feedback (NF) ermöglichen eine Individualisierung der Messung dadurch, dass die Fragenbereiche, in denen der/die Patient/-in keine Probleme angibt, nicht mehr dargeboten werden. Lediglich sogenannte Triggeritems verbleiben, um bei Überschreiten einer kritischen Schwelle, diesen Fragenbereich wieder anzubieten (Hegland et al., 2022).

Darstellung des Feedbacks. Meistens steht ein sofortiges Feedback in Form von farbigen Verlaufskurven mit Benchmarks zur Verfügung.

Viele Systeme werden ständig weiterentwickelt, einige wie zum Beispiel Norse Feedback (NF) sind hinzugekommen und die Zahl steigt weiter. Einige Forscher stellen auf ihren Internetseiten und in Publikationen dar, wie sie Fragebögen in ihre eigene Kliniksoftware implementieren und darüber Therapien monitoren und Feedback generieren (z. B. Hooke et al., 2022). Bei Neu- und Weiterentwicklungen ist ein Ziel, diese noch besser auf Patientinnen/Patienten und die ihnen wichtigen Bereiche anzupassen und Klinikerinnen/Klinikern mehr Flexibilität zu bieten (Lindhjem et al., 2016; Sales & Alves, 2012; Weisz et al., 2011). Dadurch soll das Engagement von Patientinnen/Patienten in der Behandlung stärker gefördert werden (Sales & Alves, 2012) und Klinikerinnen/Klinikern sollen mehr Möglichkeiten zur Gestaltung individualisierter Behandlungen gegeben werden. Diese Entwicklung zeigt, dass aktuelle Monitoring- und Feedbacksysteme durch reine Outcome-Messungen bisher noch nicht auf die individuellen Bedürfnisse von Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten angelegt sind. Auch Sales und Alves (2012) beschreiben die Relevanz von idiografischen Messungen. Es gibt ein Monitoring- und Feedbacksystem, das Synergetische Navigationssystem, welches neben Outcome-Messungen auch idiografische Messungen ermöglicht und die dafür notwendigen Auswertungsmethoden bereitstellt (Schiepek, 2022a). Dieses System wird in Kapitel 2.5 genauer beschrieben, da es Gegenstand dieser Arbeit ist. Die Entwickler/-innen und Forscher/-innen von onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystemen arbeiten zusammen an gemeinsamen Forschungsprojekten, wie zum Beispiel Clinical Outcomes in Routine Evaluation Information Management Systems (CORE IMS) und Norse Feedback (<https://www.coreims.co.uk>, About: Service Sectors, 2024). Sie haben eigene Interessengruppen und soziale Netzwerke initiiert. Seit 1991 gibt es

die Gesellschaft für nichtlineare Dynamik in der Psychologie und den Lebenswissenschaften und seit 2016 die Interessengemeinschaft für Komplexitätsforschung (Schiepek et al., 2018).

2.2.2 Monitoring- und Feedbacksysteme

Einen Überblick über erste Monitoring- und Feedbacksysteme geben Drapeau et al. in der Zeitschrift *Integrating Science and Practice* (2012) und über aktuellere Systeme Schiepek et al. in der Ausgabe 4/2019 des *Psychotherapeutenjournals*.

In diesem Kapitel werden die Monitoring- und Feedbacksysteme (MFS) vorgestellt, die auf dem linearen Paradigma beruhen. In Kapitel 2.5 dieser Arbeit werden das nichtlineare Paradigma und das Synergetische Navigationssystem, das aktuell einzige Monitoring- und Feedbacksystem auf Basis dieses Paradigmas, erläutert. Die am häufigsten untersuchten MFS sind PCOMS und das OQ-System (Outcome Questionnaire-System; Lambert et al., 2018).

Die im Folgenden zusammengestellten Informationen zu den MFS beziehen sich auf den Stand von Januar 2024.

Das **COMPASS** Tracking-Assessment-System von Howard und Kollegen/Kolleginnen (Howard et al., 1996) war eines der ersten Feedbacksysteme. Es finden sich keine Informationen zur aktuellen Nutzungspraxis.

OQ-Analyst © Der Outcome Questionnaire (OQ)-Fragebogen wurde von Dr. M. Lambert und Dr. G. Burlingame Anfang der 90er Jahre entwickelt. Er wurde seitdem weiterentwickelt und steht als OQ-45.2 im Rahmen einer Online-Software mit Echtzeitfeedback zur Verfügung. Erfasst werden 3 Bereiche: Symptome (wie Angst und Depression), zwischenmenschliche Probleme und soziale Rollenfunktionen (Probst et al., 2020). Man erhält ein Maß für die wöchentliche Veränderung als auch ein Kriteriumsmaß für die Klassifizierung von Patientinnen/Patienten in Ergebnisgruppen (verbessert, verschlechtert, keine Veränderung). Verwendet werden empirische und rationale Algorithmen zur Vorhersage von Risikopatientinnen/Risikopatienten. Dargestellt wird eine statistisch generierte Genesungskurve, die angibt, wie sich ein/e Patient/-in durch die Therapie verbessern müsste. Die Basis dieser Kurve bilden Daten von 11 000 Patientinnen und Patienten, die in der klinischen Routineversorgung behandelt wurden (Lambert et al., 2018). Klinisch signifikante Veränderungen werden durch 2 Maße bestimmt, unter Verwendung von Formeln, die von Jacobsen und Truax (1991) entwickelt wurden. Beim ersten Kriterium gilt ein/e Patient/-in als klinisch reliabel verändert, wenn er/sie 14 Punkte in die positive oder negative Richtung vom Gesamtscore abweicht (Lambert et al., 2003). So kann ausgeschlossen werden, dass es sich bei der Veränderung möglicherweise um einen Messfehler

handelt. Das zweite Kriterium beinhaltet einen Cut-off-Wert (Wert von 64), der anzeigt, ob ein/e Patient/-in eher der dysfunktionalen oder der funktionalen Population zuzuordnen ist (Lambert et al., 2003). Mittels eines Signalsystems werden die Patientinnen/Patienten angezeigt, die sich verschlechtern. Dahinter steht die Annahme, dass ein Abbruch vorhersagbar ist und durch die Rückmeldung des Behandlungsfortschritts an die Therapeutin/den Therapeuten die Therapie positiv beeinflusst werden kann, um einen Abbruch zu verhindern. Zu Identifizierung von Nonrespondern wurden Algorithmen entwickelt, die vorhersagen, ob die Patientinnen/Patienten von der Behandlung profitieren oder ein erhöhtes Risiko für ein negatives Behandlungsergebnis besteht. Die Therapeutinnen/Therapeuten erhalten ein Fortschrittsdiagramm unter Angabe, ob die Patientinnen/Patienten sich im „normalen Bereich“ bewegen (weißer Punkt), sich angemessen verändern (grüner Punkt), sich nicht ausreichend verändern (gelber Punkt), sich verschlechtern (roter Punkt). Ist ein Patient *not-on-track*, dann wird er gebeten, den Assessment for Signal Clients (ASC) auszufüllen (White et al., 2015). Der ASC ist eine Selbstbeurteilungsskala, die anzeigen soll, in welchen Bereichen die Patientinnen/Patienten unter den empirisch ermittelten Cut-off-Score einer Normstichprobe fallen. Die Werte werden über die OQ ®-Analyse-Software zur Verfügung gestellt, die auch Empfehlungen für Interventionen gibt. Über den ASC werden die Variablen erfasst, die bei allen Arten von Psychotherapie für wichtig erachtet werden: therapeutische Allianz, Motivation, soziale Unterstützung und negative Lebensereignisse. Im Zuge der Rückmeldung der ASC-Ergebnisse werden der Therapeutin/dem Therapeuten auch Clinical Support Tools (CST) angeboten, um sie/ihn bei der Bearbeitung der Probleme zu unterstützen (Lambert et al., 2018). Eine Behandlungsempfehlung wäre z. B. Der/die Patient/-in verbessert sich nicht ausreichend, erwägen Sie eine Veränderung des Behandlungsplanes (Lambert et al., 2003). Die Patientinnen/Patienten sind angehalten, den Fragebogen vor der ersten Behandlung auszufüllen und im Anschluss vor jeder Behandlungssitzung. Der OQ-45.2® ist in den USA, den Niederlanden sowie in Norwegen weit verbreitet (Østergård et al., 2020).

MyOutcomes® wurde als erste webbasierte Version des Partners for Change Outcome Management Systems (PCOMS) 2011 eingeführt (<https://myoutcomes.com>). PCOMS arbeitet mit Algorithmen, die auf dem durchschnittlichen Ansprechen auf die Behandlung basieren. Seit 2023 gibt es neue Algorithmen, die auf der Webseite nicht genauer beschrieben werden (<https://myoutcomes.com>). Aktuell gibt es die MyOutcomes ® Version 18. Implementiert sind fünf primäre Instrumente: die Outcome Rating Scale (ORS, Miller et al., 2003), die Session Rating Scale (SRS), die Child Outcome Rating Scale (CORS), die Child Session Rating Scale (CSRS) (Duncan & Miller, 2008) und die Group Session Rating Scale (GSRS, Duncan &

Miller, 2007). Sitzungsnotizen können hinzugefügt werden, um zusätzliches Feedback zu erfassen. PCOMS setzt sich aus zwei Beurteilungsskalen zusammen: der Outcome Rating Scale (ORS) und der Session Rating Scale (SRS). Auf der ORS-Skala schätzt der/die Patient/-in ein, wie sehr ihm/ihr die Therapie bisher geholfen hat. Auf der SRS-Skala schätzt er/sie die Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten ein, z. B. wie sehr er/sie sich mit der Therapeutin/dem Therapeuten verbunden fühlt. ORS und die SRS bestehen jeweils aus 4 Items mit visuellen Analogskalen. Die ORS füllen Patientinnen/Patienten jeweils zu Beginn der Stunde aus. Auf einer visuellen Analogskala bewerten sie ihr subjektives Wohlbefinden, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Funktionen und allgemeines Wohlbefinden (Lambert et al., 2018). Die ORS hilft der Therapeutin/dem Therapeuten abzuschätzen, wie gut oder schlecht es der Patientin/dem Patienten geht. Die ORS konzentriert sich auf das, was für die Patientin/den Patienten zwischen den Sitzungen passiert ist, und bietet ein Frühwarnsystem für Patientinnen/ Patienten, bei denen das Risiko eines negativen Ergebnisses besteht. Ein/e Patient/-in kann insgesamt einen Wert von 40 in der ORS erreichen. Je niedriger der Wert, desto höher der Stress. Auf Grundlage von bereits behandelten Patientinnen/Patienten mit ähnlichen Daten werden aus den aggregierten Rohdaten des ORS-Scores Vergleichsscores in Form einer statistisch generierten Genesungskurve gebildet. Somit sollen Therapeutinnen/Therapeuten ein Benchmark (verbessert, verschlechtert) erhalten, um Patientinnen/Patienten über ihren Behandlungsfortschritt zu informieren (Østergård et al., 2020). Immer mehr Befunde zeigen die Generalisierbarkeit der ORS auf eine Vielzahl von klinischen Populationen und Settings: Paare, Suchtkranke, Jugendliche, Gruppen und vieles mehr (Anker et al., 2009). Die SRS bearbeiten Patientinnen/Patienten zum Ende jeder Therapiesitzung. Auf der SRS wird abgebildet, wie Patientinnen/Patienten die Therapiebeziehung empfinden. Es wird davon ausgegangen, dass eine positive Therapiebeziehung für den Behandlungserfolg maßgeblich ist. PCOMS arbeitet nicht mit Clinical Support Tools.

CORE IMS-Software ist als cloudbasiertes System 2006 eingeführt worden und in England weit verbreitet (<https://www.coreims.co.uk>). Das System hilft bei der Überwachung des Fortschritts von Patientinnen und Patienten. Es bietet aber auch ein Benchmarking und Warnsystem zur Identifizierung von Patientinnen/Patienten, die nicht auf die Behandlung ansprechen oder sich verschlechtern. Genutzt wird ein Selbstberichtsinstrument, Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome-Measure (CORE-OM), welches 34 Items umfasst und 4 Subskalen: subjektives Wohlbefinden (W), Probleme/Symptome (P), persönliches und soziales Funktionsniveau (F), Risikoverhalten (R). Die erzielte Gesamtpunktzahl kann mit den empirisch ermittelten Cut-off-Linien verglichen werden, die eine Einschätzung des Schweregrads des psychischen

Zustands von Patientinnen und Patienten ermöglichen. Der Gesamtwert der Subskala kann ebenfalls errechnet und geschaut werden, ob der Wert über dem klinischen Cut-off liegt. Die Einschätzungen werden in Verlaufskurven mit farblicher Unterlegung von gesund bis stark verschlechtert dargestellt.

Zudem sind einige weitere Funktionalitäten implementiert, wie Outcome-Diagnostik-Instrumente und Features zu Wartezeiten, Risikobewertung und Verbesserungsraten.

Software ASMO (Assessment und Monitoring psychischer Gesundheit) ist der Nachfolger von Web-AQUASI (Aktive Interne QUALitätsSicherung) und wurde von der Forschungsstelle für Psychotherapie am Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt. In Deutschland wurde das AQUASI von Kordy, Hannover und Richard (2001) entwickelt. ASMO-QS (<https://www2.asmo.online/asmo>) beinhaltet ein Basisinventar lizenzfreier Testverfahren, die für die Qualitätssicherung entwickelt wurden, ebenso wie Patientenfragebögen und Therapeutenfragebögen. Verschiedene Fragebögen für einzelne Personen oder Gruppen können angelegt werden. Die Erhebungsfrequenz der Daten kann flexibel (auch mehrmals täglich) gewählt werden. Erfasst werden können damit unter anderem soziodemographische Variablen, der Therapieverlauf, das Therapieergebnis, die therapeutische Beziehung und die Zufriedenheit von Patientinnen/Patienten (Zimmer & Moessner, 2012). Der Gesundheitszustand von Patientinnen/Patienten wird über das Selbstbeurteilungsinstrument *Klinisch-Psychologisches Diagnose-system 38* (KPD-38, Percevic et al., 2005; Moessner et al., 2011) gemessen. Auf 6 Skalen werden die Lebensqualität, das körperliche, soziale und psychische Befinden, die Handlungskompetenz und die soziale Unterstützung erfasst. Anhand der Konzepte der reliablen und klinisch bedeutsamen Veränderung sowie anhand eines zentralen Qualitätsindikators („Auffälligkeitssignal“ nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell der QS) können Veränderungen während der Therapie bewertet werden. Über eine Profil- und Verlaufsdarstellung in Form von Tabellen und Grafiken werden die Ergebnisse zurückgemeldet. Die Angaben einer Patientin/eines Patienten werden mit einer Normstichprobe verglichen und in Perzentilwerten angegeben. Das Ausmaß der Veränderung (z. B. Wechsel vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich einer Skala) wird nach dem Prinzip der klinisch bedeutsamen Veränderung kategorisiert dargestellt. Ist der Unterschied zwischen 2 Messungen höher als der Messfehler, dann wird eine Veränderung als klinisch relevant klassifiziert und beruht nicht auf zufälligen Schwankungen (Kordy & Senf, 1985; Jacobson & Truax, 1991). Auf Gruppenebene kann auch die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten für unterschiedliche Gruppen verglichen werden. Die Datenqualität kann gesteuert werden, indem nur vollständig ausgefüllte Fragebögen und plausible Antworten im System gespeichert werden.

Auf die Formulierung konkreter Handlungsempfehlungen wird verzichtet. Die Aufmerksamkeit soll auf die Rückmeldung negativer Behandlungsverläufe gerichtet werden und das Behandlungsteam soll dann entscheiden, wie das weitere klinische Vorgehen sein soll.

Das **CelestHealth System™** (<https://www.celesthealth.com>) wurde in Amerika entwickelt und beinhaltet 4 Fragebögen: Behavioral Health Measure® (BHM20 (Kurzform)/ BHM-43), eine Skala zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft sowie eine Skala zur Erfassung der therapeutischen Beziehung.

Bei beiden Fragebögen BHM-20 und BHM-43 gibt es 3 Subskalen: Wohlbefinden (z. B. Lebenszufriedenheit, Motivation), psychische Symptome (z. B. Alkohol-/Drogenmissbrauch, Angstzustände, bipolare Störungen, Depressionen, Essstörungen, Panikstörungen, Suizidalität, Gewaltisiko) und Funktionsniveau (z. B. Arbeit/Schule, intime Beziehungen, soziale Beziehungen, Geldmanagement). Das Suizidmonitoring umfasst 2 Items zur Erfassung des Suizidrisikos.

Die 5-Punkte-Item-Skala zur Veränderungsbereitschaft ist ein charakteristisches Merkmal des CHS-MH und wurde in zwei Forschungsstudien validiert. Diese warnt Therapeutinnen/Therapeuten bei der ersten Sitzung, ob das Risiko besteht, dass ein/e Patient/-in schlecht auf eine Psychotherapie anspricht. Die Skala zur Erfassung der Beziehungsqualität umfasst 6 Items. Die Ergebnisse werden mit Normen von 4 verschiedenen Bevölkerungsgruppen (normalen Erwachsenen, Erwachsenen in ambulanter Psychotherapie, normalen College-Studentinnen/-Studenten und College-Studentinnen/-Studenten in der Beratung) abgeglichen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in farbcodierten Abbildungen und Tabellen.

Die **Outcome Referrals-Tool-Suite** (<https://www.outcomereferrals.com>) beinhaltet das Treatment-Outcome-Package (TOP-System, Kraus et al., 2005). Gemessen werden 12 Dimensionen psychischer Gesundheit (Suizidalität, Gewalt, Psychose, Depression, Drogenmissbrauch, Ängste, Manie, Schlafen, Funktionsniveau beruflich, soziales Funktionsniveau, sexuelles Funktionsniveau, Lebensqualität). Auch schwer kranke Patientinnen/Patienten können identifiziert werden. Es gibt TOP-Fragebögen für Erwachsene, Jugendliche und Kinder. Die TOP-Domänen wurden empirisch hergeleitet und faktorenanalytisch bestätigt. Der zukünftige Status einer Patientin/eines Patienten kann vorhergesagt werden. Es ist feststellbar, welche Therapeutinnen und Therapeuten eher besser abschneiden als das vorhergesagte Ergebnis. Die prädiktive Analytik hinter TOP basiert auf einer umfangreichen Datensammlung von Verhaltensmedizinerinnen und Daten von Patientinnen und Patienten. Die TOP-Werte sind im Vergleich zur US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung normiert und zusätzlich gibt das Z-Score-Berichtssystem von TOP an, wie viele Standardabweichungen ein/e Patient/-in vom US-Durchschnitt für jede

Domäne abweicht. Der Rückmeldebericht umfasst demografische, medizinische und historische Informationen. Er präsentiert die von einer Patientin/einem Patienten berichteten psychischen Probleme und zeigt den Gesamtstress im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in den letzten 30 Tagen und den letzten 12 Monaten. Es werden auch Warnmeldungen angezeigt, wenn sich eine Verschlimmerung der Symptome und/oder eine Verschlechterung der Funktionalität zeigt. Die Anwender/-innen können so auf bevorstehende Notfälle (z. B. Krankenhausaufenthalte) aufmerksam gemacht werden und es ist feststellbar, welche Versorgungsstufe optimal ist. Die TOP-Ergebnisse werden in einem zusammenfassenden Bewertungsdiagramm unter Angabe des Schweregrades in jeder der 12 gemessenen klinischen Dimensionen dargestellt. Selbst- oder Fremdgefährdung werden zusammen mit den Antworten einer Patientin/eines Patienten auf entscheidende Fragen hervorgehoben. Wenn nachfolgende TOP-Bewertungen durchgeführt werden, werden die Ergebnisse (als zusätzliche Score-Balken) hinzugefügt, so dass die Auswirkungen der Behandlung innerhalb jeder klinischen Dimension überwacht werden können. Die Auswertung kann mit der Patientin/dem Patienten geteilt werden, um ihr/ihm zu helfen, ihren/seinen Fortschritt zu überwachen.

eBASIS (<https://www.ebasis.org>) ist ein internetbasiertes Scoring- und Reporting-Tool, entwickelt vom McLean Hospital in den USA. Die Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24®) ist eine 24-Item-Skala mit 6 Skalen (Depression/Funktionsfähigkeit, Beziehungen, Selbstverletzung, emotionale Labilität, Psychose und Drogenmissbrauch). Mit dieser soll das Ergebnis einer Behandlung in Bezug auf die psychische Gesundheit oder den Drogenmissbrauch aus der Perspektive einer Patientin/eines Patienten erfasst und bewertet werden. Die Erhebung der Daten erfolgt bei Aufnahme und Entlassung einer stationären Behandlung sowie zu Behandlungsbeginn und danach in regelmäßigen Abständen in teilstationären oder ambulanten Einrichtungen. Gefragt wird nach dem Grad oder der Häufigkeit der Schwierigkeiten, die ein/e Patient/-in in der vergangenen Woche hatte. Die 24 Items werden mit einem gewichteten Durchschnittsalgorithmus bewertet, der eine Gesamtpunktzahl sowie Werte für sechs Subskalen ergibt. Es gibt Funktionen für die Berichterstattung auf Ebene der Patientinnen und Patienten als auch für aggregierte Berichte auf Bevölkerungsebene. Weitere implementierte Tools können genutzt werden, wie zum Beispiel die Perceptions of Care (PoC)-Umfragen. Es handelt sich um klinisch versorgungsorientierte Skalen zur Selbsteinschätzung der Zufriedenheit. Im Zentrum steht die Wahrnehmung der Patienten/Patientinnen über die Qualität der zwischenmenschlichen Betreuung, die sie während des Krankenhausaufenthalts und der ambulanten Behandlung erhielten.

PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles Questionnaire) ist nicht als diagnostisches Instrument gedacht, sondern ist ein hochsensibles Maß für die Veränderung im Verlauf psychotherapeutischer Interventionen (<http://www.psychlops.org.uk>). 1999 wurde es in England entwickelt, seit 2010 gibt es Version 5, welche kostenfrei über die Webseite verfügbar ist. Sie wurde in CORE IMS implementiert. Psychlops kann als Mittel eingesetzt werden, um von Anfang an einen Schwerpunkt für die Therapie zu setzen. 3 Bereiche werden bewertet: Probleme, Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden. Die Datenerhebung erfolgt vor, während und nach der Therapie. Die Einschätzung ist bezogen auf die letzten 7 Tage. Die meisten Einschätzungen erfolgen auf einer 6-Punkte-Likert-Skala, Gesamtwert maximal 20. Je höher der Wert, desto stärker beeinträchtigt ist die Person. Der Gesamtwert vor der Behandlung wird mit dem Gesamtwert während und nach der Behandlung verglichen. Der Unterschied dieser Werte ergibt einen 'Veränderungswert' der Belastung.

Trierer Therapie Navigator (TTN) (Lutz et al., 2019; Schilling et al., 2021). ist ein onlinebasiertes Monitoring- und Feedback-System und erhebt soziodemografische Daten (z. B. Bildung) sowie Prozess- und Ergebnisdaten. Der TTN besteht aus 2 Bereichen: einmal personalisierten Vorbehandlungsempfehlungen und zweitens personalisierten, adaptiven Empfehlungen im Behandlungsverlauf. Durch die Vorbehandlungsempfehlungen sollen Therapeutinnen und Therapeuten Informationen über das geschätzte Drop-out-Risiko und die prognostizierte optimale Behandlungsstrategie für die ersten 10 Sitzungen erhalten. Die Therapeutinnen/Therapeuten erhalten dabei Informationen zu möglichen Problembereichen ihrer Patientinnen/Patienten (z. B. Suizidrisiko, Drogenmissbrauch, Behandlungserwartungen, Abbruchrisiko, Symptomatik und zwischenmenschliche Probleme). Das individuelle Abbruchrisiko wird aus Prädiktoren früherer Studien berechnet (Schaffrath et al., 2022). Die Therapeutinnen und Therapeuten erhalten zudem zu Beginn eine Empfehlung über den Behandlungsansatz, der vermutlich zu den besten Ergebnissen führen wird (motivationsorientierterer, problemorientierterer oder gemischter Ansatz, berechnet aus vorherigen Behandlungen) (Schaffrath et al., 2022). Basis für die statistische Vorhersage einer optimalen frühen Behandlungsstrategie (problemorientiert vs. motivations- und beziehungsorientiert vs. gemischtes Vorgehen) bilden die Daten ähnlicher bereits behandelter Patientinnen und Patienten, welche mit der Methode des Nächste-Nachbarn ausgewählt wurden.

Während des Therapieprozesses werden über die erfassten Daten mittels eines dynamischen Risikoindexes Risikopatientinnen/-patienten identifiziert. Die Therapeutinnen/Therapeuten können die Veränderung ihrer Patientinnen/Patienten sitzungsweise über die Beantwortung der Kurzform der Hopkins-Symptomcheckliste (HSCL-11) in Bezug auf die erwartete

Veränderungskurve und die dynamische Fehlergrenze verfolgen. Zudem beurteilen Therapeutinnen und Therapeuten zu jeder Therapiesitzung, welche therapeutische Strategie sie angewendet haben. Wenn ein/e Patient/-in Werte außerhalb der zu erwartenden Veränderungskurve zeigt, erhält die Therapeutin/der Therapeut eine E-Mail, die sie/ihn über dieses Ereignis informiert. Hohe Werte auf Suiziditems werden unmittelbar nach dem Ausfüllen des HSCL-11 über einen roten Balken auf dem Touchscreen angezeigt. Nach 5 Sitzungen werden der Affective Style Questionnaire (ASQ, Hofman & Kashdan, 2010) und das Assessment für Signal Clients (ASC) von den Patientinnen/Patienten ausgefüllt. Der ASQ erfasst unterschiedliche Emotionsregulationsstrategien auf einer 20-Items umfassenden 5-stufigen Likert-Skala (Schilling et al., 2020). Der ASC deckt fünf für den Therapieprozess und seinen Erfolg relevante Domänen ab: Krisenmanagement/Suizidalität, Motivation/Therapieziele, therapeutische Allianz/interpersonelle Fähigkeiten, soziale Unterstützung/Lebensereignisse, emotionale/Selbstregulierungsfähigkeit. Ein grünes Signal wird angezeigt, wenn der/die Patient/-in auf dem erwarteten Genesungspfad (*on track*) ist und sich wie erwartet verbessert. Ein orangefarbenes Warnsignal wird angezeigt, wenn die Antworten von Patientinnen/Patienten über einen Cut-off-Wert steigen. Je nach Ergebnis erhält der Therapeut Zugriff auf die entsprechende CST-Domäne (Clinical-Support-Tools) und klinische Problemlösungstools mit umfangreichem Material (zum Beispiel Ideen zur Exploration der problematischen Situation, Arbeitsblätter, Videos, Anweisungen). Diese Support-Tools enthalten text- und videobasierte Empfehlungen für Interventionen. Zum Ende der Therapie wird eine Zusammenfassung über die Veränderungen während der gesamten Behandlung zusammengestellt, welche der/die Therapeut/-in und der/die Patient/-in gemeinsam diskutieren können (Schaffrath et al., 2022).

Das **Greifswalder Psychotherapie-Navigations-System (GPNS)** wird seit Dezember 2021 als onlinebasiertes Monitoring- und Feedbacksystem am Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) in Greifswald routinemäßig eingesetzt (<https://psychologie.uni-greifswald.de/43051/lehrstuehle-ii/klinische-psychologie-und-psychotherapie/gpns-information-1>). Zu den Funktionen gehören wöchentliche Rückmeldungen zum erwarteten Behandlungsansprechen, der Symptomentwicklung in Bezug auf eine individuelle Behandlungsversagensgrenze und ein Bereich für klinisch unauffällige Symptome. Es gibt auch Rückmeldungen über die motivationale Beteiligung der Patientin/des Patienten, die therapeutische Allianz, Interession-Prozesse (d. h. den Grad, in dem ein Patient den therapeutischen Inhalt verinnerlicht hat) sowie eine Warnung bei Suizidalität. Die Ergebnisse können direkt mit Patientinnen/Patienten, Vorgesetzten und/oder Kolleginnen/Kollegen besprochen werden.

Vor jeder und nach jeder Sitzung werden zuerst die Symptome über das kurze multi-dimensionale Inventar der emotionalen Störung (Short multidimensional emotional disorder inventory, SEDI) erfasst und rückgemeldet, ob ein/e Patient/-in „auf Kurs“ ist (der Fortschritt ähnelt dem durchschnittlichen Fortschritt anderer Patientinnen/Patienten dieses Schweregrades oder nicht). Ein/e Patient/-in gilt als "klinisch signifikant verschlechtert", wenn der SEDI-Score um einen vordefinierten Cut-off-Wert steigt. Ebenfalls vor jeder Sitzung nach dem SEDI wird die Inter-session-Skala beantwortet. Sie erfasst die Darstellung und Anwendung therapeutischer Inhalte außerhalb der Sitzungen. Wie oft haben Patientinnen/Patienten etwas aus der Therapie umgesetzt, um Stress zu reduzieren oder das Wohlbefinden zu fördern, oder wie gut erinnern sie sich an den Inhalt ihrer letzten Sitzung. Grundlage sind die Items der deutschen Version des Inter-session Experience Questionnaire (ISF; Hartmann et al., 2003) (Demir et al., 2022). Nach jeder Sitzung werden die motivationale Beteiligung der Patientin/des Patienten und die therapeutische Allianz bewertet.

Am Ende jedes Fragebogens vor einer Sitzung misst ein Item, ob ein/e Patient/-in in der letzten Woche Selbstmordgedanken und/oder Selbstmordpläne gehabt hat oder sogar Handlungen unternommen hat. Wird diese Frage mit "Ja" antwortet, erscheint eine diskrete Warnung (der Buchstabe "W" für "Warnung") auf dem Bildschirm. In diesen Fällen können Therapeutinnen/Therapeuten mögliche Suizidalität sofort in der Sitzung besprechen. Das Item stammt aus dem *Ask Suicide-Screening Questions* Fragebogen von Horowitz et al. (2020).

Norse Feedback (NF) ist ein digital verfügbares, klinisches Feedbacktool und wurde von Christian Moltu (Ph. D) und Samuel Nordberg (Ph. D) für die norwegische Bevölkerung entwickelt und 2019 im norwegischen Gesundheitssystem eingeführt (<https://www.norsefeedback.no/en>). NF kombiniert standardisierte mit idiographischen Maßnahmen. Es beinhaltet eine eigene Messentwicklungsmethode, bei der das System jährlich durch die Verarbeitung statistischer Daten und Feedback von Anwenderinnen und Anwendern weiterentwickelt wird. Zunächst erhalten die Patientinnen/Patienten ein breit angelegtes Screening, welches aktuell 94 Items und 20 Dimensionen umfasst. Je nach angegebener Ausprägung werden relevante Skalen für die Person Sitzung für Sitzung nachverfolgt oder bei Irrelevanz nicht mehr dargeboten (McAleavey et al., 2021). Damit der Bereich nicht ganz aus dem Blick gerät wird ein sog. „Trigger“-Item im System belassen. Sollte mit der Beantwortung dieses Items ein bestimmter Wert überschritten werden, wird die ganze Skala wieder mit in die Messung einbezogen. Die Items betreffen häufige psychiatrische Symptome, Alkohol- und Drogenprobleme, soziale und persönliche Funktionsfähigkeiten, Stärken und Ressourcen, therapeutische Allianz sowie einzelne Items zu Medikation und körperlicher Gesundheit. NF fordert Patientinnen/Patienten auf,

die Aussagen auf einer Skala von 1 bis 7 zu bewerten oder die Kategorie „nicht relevant/nicht bekannt“ zu wählen. Die Menge der Items entwickelt sich während der gesamten Therapie weiter, basierend auf einem empirischen Algorithmus, der die Items an die Reaktionen der einzelnen Patientinnen/Patienten anpasst. Mit fortschreitender Therapie erhalten die Patientinnen/Patienten weniger Items in den Domänen, in denen ihre Scores niedrig sind. Sie erhalten aber weiterhin den gesamten Satz von Items in Domänen, in denen die Scores hoch sind. Auf diese Weise soll ein personalisiertes Feedback realisiert werden, welches nah auf die individuellen Bedürfnisse und Themen der Patientin/des Patienten reagiert. Das erste Screening wird vor der ersten Sitzung durchgeführt, im zweiten Schritt enthält NF direkte Rückmeldungen zu Allianz- und Therapiebedürfnissen. Nach dem Ausfüllen wird ein visueller Bericht erstellt. Dieser wird in den elektronischen Akten der Patientinnen/ Patienten angezeigt und steht damit der Therapeutin/dem Therapeuten unmittelbar zur Verfügung, nicht jedoch der Patientin/dem Patienten. Therapeutinnen/Therapeuten werden ermutigt, Informationen aus dem Bericht mit ihren Patientinnen/Patienten in Sitzungen zu teilen.

2.3 Befunde der Monitoring- und Feedbackforschung

Die Vorteile der Verwendung von MFS werden durch wissenschaftliche Evidenz unterstützt. Der Grad der Wirksamkeit von MFS ist noch unklar, aber es gibt ein gut dokumentiertes Potenzial vor allem für Patientinnen und Patienten, die nicht auf die Therapie ansprechen oder sich verschlechtern („*not on track*“). Die ersten Studien zur Erfassung des Effektes von Feedback wurden bei wenig belasteten Patientinnen und Patienten mit kurzen Behandlungsdauern u. a. in Beratungssettings durchgeführt. Die meiste Studienliteratur bezieht sich auf Studien, die als relativ kurze manualisierte Behandlungen (kognitive Verhaltenstherapie (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)), dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)) durchgeführt wurden. Später wurden auch Feedback-Studien in psychiatrischen Settings, bei Patientinnen/Patienten mit mehreren Diagnosen und in Langzeittherapie durchgeführt (Börjesson & Boström, 2020; Bovendeerd et al., 2021). In der Forschungsliteratur findet man neben Studien und Metaanalysen zu MFS auch immer mehr Fallberichte, in denen der Einsatz von MFS in unterschiedlichen Settings (stationär und ambulant, Einzeltherapie, Paartherapie, Familientherapie), über verschiedene Gruppen von Patientinnen/Patienten (z. B. Patientinnen/Patienten mit einer Zwangserkrankung, Patientinnen/Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung) und theoretische Ansätze (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, dialektisch-behaviorale Therapie) hinweg verwendet wird. Es gibt wenige Studien über die Implementierung von MFS in

psychodynamischen Behandlungen (z. B. Brattland et al., 2018; Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018; Tzur Bitan et al., 2018).

Bisher liegen 12 Metaanalysen zu Routine-Outcome Monitoring und Feedback vor. Am meisten untersucht sind die Feedbacksysteme OQ®-Analyst und PCOMS im ambulanten Psychotherapiebereich. Bis auf 3 Metaanalysen (Bergman et al., 2018; Tam & Ronan, 2017 und Knaup et al., 2009) beinhalteten alle Metaanalysen ausschließlich Studien zu den Feedbacksystemen PCOMS und OQ. In diesen Studien zeigte sich ein kleiner bis mittlerer differentieller Effekt für NOT-Patientinnen/-Patienten ($d = .33$). Dies sind Patientinnen/Patienten, welche von einem Standardtrack abweichen, was als negativer Therapieprozessverlauf zu interpretieren ist. Die Effekte konnten bei dieser Patientinnen-/Patientengruppe noch gesteigert werden, wenn zusätzlich Clinical Support Tools (CST) eingesetzt wurden (Gondek et al., 2016; Kendrick et al., 2016; Lambert & Harmon, 2018).

	Metaanalyse	Feedbacksystem	Studien	Ergebnisse
1	Lambert et al., 2003	OQ-45	3 RCT (n=2605)	Kleine Effektstärke $d=0.39$ für Not-on-Track Patientinnen/Patienten.
2	Knaup et al., 2009	Unterschiedliche Outcome-Maße wie Ho-NOS (65+), CAPE-BRS, SCL-11, OQ-45, IS, FEP, VEV, CG, BPRS, WHO-DAS, SEED etc.	12 kontrollierte Studien (10 RCT, 2 CT), (n=4540)	Kleiner Effekt $d=0.10$ auf verschiedene Symptommäße. Im follow-up war der Effekt nicht mehr nachweisbar.
3	Shimokawa et al., 2010	OQ-45	6 RCTs (n=6151)	Kleiner, differentieller, signifikanter Effekt für Not-on-Track Pat. ($r=.25$).
4	Lambert & Shimokawa, 2011	PCOMS und OQ	3 RCT (n= 558)	Signifikant kleiner Effekt für das gesamte Patientinnen-/Patientenkollektiv ($r=.23$).
5	Kendrick et al., 2016	OQ-45, Outcome Rating Scale (ORS)	12 Studien (n=3696)	Kein signifikanter Effekt, kleiner differentieller Effekt für Not-on-Track Patinnen/Patienten ($d=0.22$).
6	Tam & Ronan, 2017	unterschiedliche Feedbackinstrumente	12 Studien, 9 Metaanalysen und 3 qualitative Reviews	Kleiner Gesamtfeedbackeffekt Effektgrößen von 0,20 bis 0,32
7	Lambert et al., 2018	OQ-System oder PCOMS	15 Studien zu OQ-System (N= 8649) / 9 Studien PCOMS (N=2.272)	Feedback-Intervention übertraf die TAU in der Gesamtstichprobe um einen sehr kleinen, aber statistisch signifikanten Effekt am Ende der Behandlung, signifikanter Effekt war höher für Not-on-Track Patientinnen/Patienten ($d=.33$), Feedback + CST erreichten eine noch höhere, aber insgesamt immer noch geringe Effektstärke .49 für NOT Pat. im Vergleich zu TAU. PCOMS-

				Feedback: statistisch signifikanter und geringer bis moderater Nutzen (nach Cohens Kriterien [Cohen, 1992], Effekt .30, .50) im Vergleich zur TAU in der Gesamtstichprobe.
8	Østergård et al., 2020	PCOMS	18 Studien (RCTs und N-RCTs/ N= 2910)	Gefunden wurde ein geringer Gesamteffekt von PCOMS ($g=0,27$), welcher aber moderiert wurde durch das Setting.
9	Bergmann et al., 2018 (Kinder und Jugendliche)	Unterschiedliche Feedbackinstrumente wurden in den Studien verwendet wie zum Beispiel: Ohio Scales-Short version-Problems Severity Scale (unveröffentlicht), ORS und SRS für K & J angepasst, WAI, Y-OQ-30.	6 RCTs, (N=1097 Kinder und Jugendliche (11 bis 18 Jahre))	Keine eindeutige Evidenz für die Effektivität von Feedback in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen.
10	Pejtersen et al. 2020	PCOMS	14 RCTs	Berechnung von 2 kombinierten Effektstärken: 1-Wirkung von PCOMS und Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen 2- Wirkung von PCOMS und Wohlbefinden, keine Evidenz dafür, dass das PCOMS-Feedback-System einen Einfluss auf die Anzahl der von Patientinnen/Patienten besuchten Sitzungen hat oder dass PCOMS das Wohlbefinden der Patientinnen/Patienten verbessert
11	De Jong et al., 2021	PCOMS, OQ, und andere wie z. B. FEP, PHQ-9, GAD 7, BSI BDI, ASC, BDI-II, IIP	58 Studien, 21.699 Fälle	Kleiner, robuster positiver Effekt von Prozess-Feedback auf die Symptomreduktion sowohl in der Gesamtstichprobe ($d = 0,15$) als auch in der NOT-Teilstichprobe ($d = 0,17$).
12	Rognstad et al. 2022	hauptsächlich PCOMS, OQ und andere Systeme	31 RCTs, Gesamtstichprobe von 13.807 Teilnehmern	$d = 0,14$ für die Gesamtstichprobe, bei NOT-Fällen $d = 0,29$

Tabelle 2. Metaanalysen zu Routine-Outcome Monitoring und Feedback

2.3.1 Empirische Evidenz Outcome- und Prozessfeedback

Der Einsatz von Prozessfeedback und Outcome-Instrumenten erzielt in der überwiegenden Anzahl der Studien statistisch signifikante Ergebnisse mit größtenteils kleinen Effektstärken gegenüber aktiven Kontrollgruppen. Die Effekte umspannen in einigen Studien das gesamte Patientinnen-/Patientenkollektiv, einige Befunde zeigen aber, dass Prozessfeedback und Outcome-Instrumente für bestimmte Patientinnen-/Patientengruppen besser geeignet sind. Die

Effekte beziehen sich größtenteils auf die Symptomatik, das Funktionsniveau und die Lebensqualität. Positive Auswirkungen auf die Therapieergebnisse im Vergleich zur üblichen Behandlung konnten in den meisten Studien zu klinischem Feedback nachgewiesen werden (Brattland et al., 2018; Carlier et al., 2012; Delgadillo et al., 2018; Gondek et al., 2016; Knaup et al., 2009; Lambert et al., 2018; Østergård et al., 2020). Metaanalysen zeigen, dass systematisches Monitoring und Feedback die Ergebnisse in Bezug auf die Symptomreduktion signifikant verbessert (de Jong et al., 2021; Lambert et al., 2018; Østergård et al., 2020). Der Gesamteffekt von Feedback ist unterschiedlich, meist zeigen sich geringe bis mittlere Effekte (de Jong et al., 2021).

Die **umfassendste Multilevel-Metaanalyse** über die Auswirkungen von Fortschrittsfeedback auf Psychotherapieergebnisse liegt von de Jong et al. (2021) vor. 58 Studien aus 3 Ländern wurden eingeschlossen (52 % Studien aus Europa, 45 % USA und 3 % Australien), überwiegend mit Erwachsenen (91 %), überwiegend in ambulanter Psychotherapie oder Beratung (84 %). 71 % waren Einzel- oder Paartherapien, 10 % Gruppentherapien und 19 % Kombinationsbehandlungen (de Jong et al., 2021). Feedbackinstrumente waren überwiegend PCOMS (36 %) und das OQ-System (38 %). Untersucht wurden als primäres Ergebnismaß die Auswirkungen von Prozess-Feedback auf die Symptomreduktion sowie als sekundäre Ergebnismaße die Auswirkungen von Prozess-Feedback auf die Abbruchrate, die Anzahl der verschlechterten Patientinnen/Patienten und die Behandlungsdauer.

Primäres Ergebnismaß: Symptomreduktion. Die Ergebnisse zeigen einen kleinen, robusten positiven Effekt von Prozess-Feedback auf die Symptomreduktion. Das gilt sowohl in der Gesamtstichprobe ($d = 0,15$) als auch in der Not on Track (NOT)-Teilstichprobe ($d = 0,17$) (de Jong et al., 2021). Bisher unklar ist, ob die Auswirkungen auf die Symptomreduktion auch langfristig bestehen, da zu wenig Studien Follow-up-Erhebungen durchführten. Bei den 4 Studien mit Follow-up-Erhebungen wurde kein signifikanter Effekt von Feedback gefunden. In dieser Metaanalyse wurde in NOT-Fällen kein stärkerer Effekt des Feedbacks als in der gesamten Stichprobe gefunden, was in früheren Metaanalysen der Fall war.

Die verschiedenen Effektstärken von Feedback ergeben sich in den bisherigen Metaanalysen und Studien durch unterschiedlich breite Einschlusskriterien der Studien. Einige Studien wurden nur von der eigenen Forschungsgruppe durchgeführt (Lambert et al., 200; Shimokawa et al., 2010) oder in die Studie wurden verschiedene Feedbacksysteme einbezogen oder es wurden Studien mit schwer psychisch erkrankten Patientinnen/Patienten einbezogen, bei denen eine Symptomveränderung eher weniger zu erwarten ist. Auch die Nichtberücksichtigung von Studien mit Kohortendesign und die Heterogenität der einzelnen Studien (z. B. in den Ergebnismaßen, in der Häufigkeit des Feedbacks, beispielsweise nur ein- oder zweimal) führen zu den

unterschiedlichen Effektstärken. Die meisten früheren Metaanalysen bewerteten nur Studien, die PCOMS oder das OQ-System als Feedback-Tool verwendeten, während de Jong et al. (2021) auch Studien mit anderen Feedback-Instrumenten (z. B. FEP, PHQ-9, GAD 7, BSI, ASC, BDI-II, IIP) einbezogen haben (de Jong et al., 2021). De Jong et al. (2021) und Østergård et al. (2020) schlossen im Vergleich zu früheren Studien auch nicht-randomisierte Studien ein.

Sekundäre Ergebnismaße: Behandlungsdauer, Verschlechterungsrate, Dropout-Rate. In einigen Studien wirkte sich der Einsatz von Feedback auf die Anzahl der Verschlechterungen (Shimokawa et al., 2010) und die Behandlungsdauer (Delgadillo et al., 2017; Janse et al., 2016; Kendrick et al., 2016) aus. Eine Verkürzung der Behandlungsdauer durch Feedback fanden Janse et al. (2016, 2020).

In der Metaanalyse von de Jong et al. (2021) fanden sich keine signifikanten Auswirkungen des Feedbacks auf die Behandlungsdauer. Der Prozentsatz der verschlechterten Fälle am Ende der Behandlung war ebenfalls nicht signifikant beeinflusst (de Jong et al., 2021).

Dropout-Rate. Ein kleiner Effekt von Prozess-Feedback auf die Dropout-Rate wurde gefunden. Für eine Untergruppe von Studien lagen Abbruchraten vor und es zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs 20 % höher war, wenn kein Feedback verwendet wurde (de Jong et al., 2021). Dieser Befund sollte aber mit Vorsicht betrachtet werden, da in vielen Studien nicht zwischen Studienabbruch und Behandlungsabbruch unterschieden worden ist (de Jong et al., 2021). Studien, die PCOMS als Feedback-Instrument verwendeten, wiesen niedrigere Prozentsätze von Abbrechern auf, möglicherweise weil das Ausfüllen der Feedback-Formulare im Raum eine kooperative Vorgehensweise förderte (de Jong et al., 2021). Bovendeerd et al. (2021) fanden keine signifikanten Auswirkungen auf den Abbruch, die Kosten, die Kundenzufriedenheit und die Dauer der Therapie. Von Anfang an war die Therapiedauer und damit auch die bezahlten Sitzungen festgelegt. Die Kundenzufriedenheit war bereits hoch und daher könnte hier ein Deckeneffekt vorgelegen haben. Eine Reduktion des Abbruchs fanden Janse et al. (2020) und Janssen et al. (2021).

Kosten: Lambert (2003) fand in seiner Metaanalyse einen statistisch signifikanten Interaktionseffekt. Die längere Behandlung verbessert die Not-on-Track Fälle, führt aber nicht zu höheren Kosten, da die On-Track-Patientinnen/Patienten kürzer behandelt wurden. Über eine Verringerung der Kosten berichteten Delgadillo et al. 2017 und 2021.

2.3.2 Moderatorvariablen

Bisher zeigte sich, dass Outcome- und Feedbackinstrumente nicht in allen Kontexten und bei allen Patientinnen/Patienten einheitliche Effekte erzielen (McAleavey & Moltu, 2021). Die Wirkungsstärke von Outcome- und Feedback-Instrumenten auf das Therapieergebnis wird durch unterschiedliche Moderatorvariablen beeinflusst. Die folgende Auflistung beinhaltet Moderatoren mit signifikanten Effekten, die in einer oder wenigen Studien gefunden wurden.

Die Wirksamkeit von Feedback wird möglicherweise moderiert durch (de Jong, 2021; Lutz et al., 2019):

- die Art des Feedbacks
- die Häufigkeit des Feedbacks
- die Ausbildung der Therapeutinnen/Therapeuten
- Kultur/Land/Gesundheitssystem
- die Einstellung und Zufriedenheit von Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten mit dem Feedbackinstrument
- das Behandlungssetting
- den Grad der Umsetzung in der Praxis (wird es mit Patientinnen/Patienten besprochen oder nicht, wird es gezielt zur Prozessgestaltung genutzt)
- den Schweregrad der Symptomatik/Psychopathologie
- das Publikationsjahr

In einzelnen Studien zeigten sich folgende Befunde zu diesen Moderatorvariablen:

Art des Feedbacks: In der Studie von Dyer, Hooke und Page (2014a) zeigte sich, dass die Art des Feedbacks einen Einfluss auf dessen Wirkung hat. Mehrdimensionales Feedback (Symptombelastung, Wohlbefinden) war effektiver als eindimensionales Feedback.

In den Metaanalysen von de Jong et al. (2021) und Østergård et al. (2020) zeigte sich, dass für bestimmte Patientinnen-/Patientengruppen die Art des Feedbackinstruments unterschiedlich wirksam zu sein scheint. Insgesamt zeigte sich, dass PCOMS oder nur die ORS (als Teil des PCOMS) größere Effektstärken aufwiesen (ORS $d = 0,34$, PCOMS $d = 0,24$) als Studien, die das OQ-System ($d = 0,13$, $d = 0,11$) oder andere Feedbacksysteme ($d = 0,07$, $d = 0,12$) verwendeten (de Jong et al., 2021). Dies könnte an der höheren Sensibilität von ORS liegen oder auch ein Bias sein, da ORS in Anwesenheit der Therapeutin/des Therapeuten ausgefüllt wird. Eine andere Erklärung würde sagen, dass die Bewertung des Fragebogens in Anwesenheit der Therapeutin/des Therapeuten die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, dass er direkt in der

Behandlung ausgefüllt wird, was sich positiv auf die Implementierungsrate auswirkt, von der bekannt ist, dass sie die Wirksamkeit des Feedbacks beeinflusst (z. B. Bickman et al., 2016; de Jong et al., 2012).

PCOMS scheint in On-Track-Fällen effektiver zu sein, während das OQ-System in NOT-Fällen besser funktioniert, aber in der gesamten Stichprobe weniger gut ist. De Jong et al. (2021) beschreiben, dass dies im Einklang mit dem konzeptionellen Hintergrund, auf dem diese Feedback-Systeme entwickelt wurden, stehen könnte. PCOMS wurde so entwickelt, dass es zu Beginn und zum Ende der Sitzung durchgeführt wird und somit die Kommunikation zwischen Therapeut/-in und Patient/-in fördern soll, während das OQ-System darauf abzielt, Feedback-Signale für Patientinnen/Patienten zu geben, die keine zufriedenstellenden Fortschritte gemacht haben, um die Behandlungsergebnisse für diese Patientinnen/Patienten zu verbessern (Lambert, 2007). In mildereren Fällen scheint einfach ein Feedback-Signal auszureichen, in schwereren Fällen werden jedoch möglicherweise mehr Informationen benötigt, welche bei umfangreicheren Outcome- und Feedbacksystemen mit Clinical-Support-Tools zur Verfügung stehen (de Jong et al., 2021). Studien, die CSTs verwendeten, zeigten in der Subgruppe der NOT-Fälle eine höhere Wirksamkeit ($d = 0.36$) im Vergleich zu Studien, die als Feedbacksystem ETRs ($d = 0.12$) oder Rohwerte verwendeten ($d = 0.04$).

Häufigkeit des Feedbacks: Der Effekt des Feedbacks war umso größer, je häufiger Therapeutinnen/Therapeuten entsprechende Rückmeldungen erhielten (Bickman et al., 2011; Sapyta et al., 2005). In einer Metaanalyse von Knaup et al. (2009) wurde gezeigt, dass die Effekte für Feedback höher ausfallen, wenn dieses im Behandlungsverlauf mehr als einmal gegeben wird (Knaup et al., 2009).

Ein zeitnahes Feedback scheint effektiver zu sein als ein verzögertes (Slade et al., 2008; Kluger & DeNisi, 1996).

Knaup et al. (2009) sowie Gondek et al. (2016) berichten, dass Feedback wirksamere Effekte erzielt, wenn es an Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten adressiert wird, als wenn es nur an Therapeutinnen/Therapeuten gerichtet wird.

Modalität des Datenfeedbacks. Graphisch und schriftlich aufbereitetes Datenfeedback führte zu höheren Effekten als rein verbal vermitteltes (Harmon et al., 2005).

Land/Kultur/Gesundheitssystem. De Jong et al. (2021) fanden höhere Effektstärken bei in den USA durchgeführten Feedbackstudien ($d = 0,23$) in Bezug auf die Symptomreduktion und Abbruchrate als anderswo durchgeführte Studien ($d = 0,11$). Dies kann bedingt sein durch

länderspezifische Gesundheitssysteme, Ausbildungssysteme für Therapeutinnen/Therapeuten sowie Kultur und Sprache (wie Fragebögen bewertet werden) (de Jong et al., 2021).

Grad der Umsetzung/Training. Ob und in welcher Weise Feedback genutzt wird, ist stark von den Therapeutinnen/Therapeuten und dem Grad der Offenheit gegenüber Feedback abhängig (de Jong et al., 2012). Feedback ist nur von Nutzen, wenn es auch aktiv von den Therapeutinnen/Therapeuten in der Praxis genutzt wird. De Jong et al. (2012) fanden einen Feedback-Effekt für Risikopatientinnen/Risikopatienten nur dann, wenn die Therapeutinnen/Therapeuten das Feedback auch in der jeweiligen Behandlung genutzt hatten. Der Nutzen war zudem höher, wenn die Motivation zur Nutzung von Feedback in der Therapie bei den Therapeutinnen/Therapeuten höher war (de Jong et al., 2012). Bickman et al. (2016) beschrieben, dass bei der Implementierung von Feedback in 2 Kliniken mit gleichen Implementierungsstrategien nur in einer Klinik ein Effekt von Feedback gefunden wurde. Die Analyse zeigte, dass die Therapeutinnen und Therapeuten in dieser Klinik das Feedback intensiver nutzten. Routine Outcome Monitoring war weniger wirksam in den Studien, in denen die Therapeutinnen und Therapeuten nicht geschult wurden (de Jong et al. 2012, 2021).

Therapeutinnen-/Therapeutenmerkmale. Studien deuten darauf hin, dass es unterschiedliche Therapeutinnen-/Therapeutenmerkmale gibt, welche die Anwendung und Wirkung von MFS beeinflussen.

Einstellung der Therapeutinnen/Therapeuten. MFS ist tendenziell effektiver, wenn die Anwender/-innen eine positive Einstellung haben und Feedback akzeptieren (de Jong et al., 2012; Lutz et al., 2015). In einer Studie von Lutz et al. (2015) konnte gezeigt werden, dass eine positive Einstellung der Therapeutinnen/Therapeuten gegenüber dem eingesetzten Feedbacksystem (gemessen an der Zufriedenheit mit dem Feedbacksystem und der Häufigkeit der Feedbacknutzung) zu effektiveren Therapien für Patientinnen/Patienten führte. Diese Therapeutinnen und Therapeuten nutzten das Feedback für gezielte Modifikationen ihres Vorgehens. Therapeutinnen und Therapeuten, die unzufrieden mit dem Feedbacksystem waren und es trotzdem häufig und ungezielt nutzten, um die Therapie zu modifizieren, erzielten dabei die schlechtesten Ergebnisse. Dies passt zu anderen Befunden aus der Psychotherapieforschung, die zeigen, dass die Therapeutinnen-/Therapeuten-Allegiance zur durchgeführten Behandlung ein relevanter Faktor für das Therapieergebnis ist (Wampold et al., 2018). Therapeutinnen-/Therapeutenunterschiede konnten in der Studie von Rubel et al. 2017 zwischen 27 % und 52 % der Feedbacknutzung erklären.

Feedbackneigung und Passung zwischen Person und Organisation (PO-FIT-Passung). Die Einstellung gegenüber MFS wird durch die Übereinstimmung zwischen persönlichen und

organisatorischen Werten beeinflusst sowie durch die interne Feedbackneigung (Therapeutinnen/Therapeuten vertrauen eher der eigenen Meinung und Wahrnehmung) oder externe Feedbackneigung (Therapeutinnen/Therapeuten vertrauen mehr auf externe Quellen wie dem Feedback). Therapeutinnen/Therapeuten mit einer externen Feedbackneigung, nutzten stärker das Feedback und erlebten Patientinnen/Patienten, die sich schneller verbesserten, im Gegensatz zu Therapeutinnen/Therapeuten mit einer internen Feedbackneigung (de Jong et al., 2012). De Jong und de Goede (2015) fanden heraus, dass die wahrgenommene Übereinstimmung zwischen den Werten eines Individuums und den Werten und der Philosophie der Organisation einen Einfluss auf die Einstellung zur Ergebnisüberwachung wie auch auf die Ergebnisse der Therapie haben kann. Zu Beginn war die PO-FIT-Passung hoch, d. h. die Passung zwischen den Werten der Mitarbeiter und der Organisation. Die Implementierung von Feedback führte in dieser Studie zu einem negativen Effekt zwischen der PO-Anpassung und der Einführung von Feedback. Das deutet darauf hin, dass eine Einführung von Feedback die Organisationskultur ändern kann. Diese sollte daher stetig überwacht werden, um Feedback wirksam zu implementieren.

Regulatorischer Fokus. In der Studie von de Jong und de Goede (2015) zeigte sich ein Interaktionseffekt zwischen dem regulatorischen Fokus von Therapeutinnen/Therapeuten (Misserfolge verhindern vs. Erfolge erzielen), Patientinnen-/Patientenfaktoren (NOT-Patientinnen/Patienten) und Feedback. Therapeutinnen/Therapeuten, welche therapeutische Erfolge erzielen wollten (starker Förderfokus), erreichten eine schnellere Symptomreduktion, wenn Feedback genutzt wurde. Therapeutinnen/Therapeuten, die Misserfolge vermeiden wollen (starker Präventionsfokus), hatten eine positivere Einstellung gegenüber Feedback, erreichten aber eine langsamere Symptomreduktion bei NOT-Patientinnen/Patienten (de Jong & de Goede, 2015). Wampold und Owen (2021) kamen zu dem Schluss, dass der Mehrwert von Feedback steigt, wenn Therapeutinnen/Therapeuten eine positive Einstellung zu Feedback und ein gutes Verhältnis zu ihrer Organisation haben.

Selbstwirksamkeit. Die Befunde hierzu sind nicht einheitlich. In manchen Studien verbesserten sich Patientinnen/Patienten von Therapeutinnen/Therapeuten mit einer hohen Selbstwirksamkeit, wenn sie Feedback nutzen (de Jong et al., 2012). Bei Janse et al. (2023) hatten Therapeutinnen/Therapeuten mit hohem Selbstwirksamkeitserleben schlechtere Therapieergebnisse. Sie erzielten bessere Therapieergebnisse, wenn systematisch klinisches Feedback zur Verfügung gestellt wurde. Vermutet wurde, dass Feedback hier korrigierend in Bezug auf die Einschätzung des Therapieverlaufs wirken kann. Auf der anderen Seite zeigten Therapeutinnen/Therapeuten mit geringerer Selbstwirksamkeit bessere Ergebnisse, wenn weniger

systematisch Patientinnen/Patienten-Feedback zur Verfügung gestellt wurde, und schlechtere Ergebnisse, wenn hochfrequent klinisches Feedback zur Verfügung gestellt wurde. Es wurde vermutet, dass sie durch Feedback unsicherer wurden (Janse et al., 2023).

Weder die Therapieerfahrung noch das Geschlecht der Therapeutinnen/Therapeuten scheinen den Effekt von Feedback zu moderieren (de Jong et al., 2012; Lambert et al., 2003; Okiishi et al., 2006). De Jong et al. (2012) fanden spezifische Effekte für Therapeutinnen.

Nützlichkeit/Abstimmung auf die Bedürfnisse der Anwenderinnen/Anwender. Die von Therapeutinnen und Therapeuten bewertete Nützlichkeit von Feedback war in der Studie von Lutz et al. (2022) ein signifikanter Moderator des Feedback-Ergebnis-Zusammenhangs.

Klinisches Feedback ist nur dann wirksam, wenn es auf die Bedürfnisse der Anwender/-innen abgestimmt ist und für die Art und Weise, wie sie zusammenarbeiten, auch relevant ist (Bickman, 2000; Bickman et al., 2008). In **qualitativen Studien** (Hovland et al., 2020; Solstad et al., 2020) ließ sich aus den berichteten Erfahrungen der Anwender/-innen schließen, dass personalisiertes klinisches Feedback das Potenzial hat, konstruktiv zur Therapie beizutragen, wenn es flexibel und sinnvoll für die Patientinnen/Patienten eingesetzt wird und sensibel für die individuellen Präferenzen und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten ist (Solstad et al., 2020). Das bedeutet zum Beispiel, dass Therapeutinnen/Therapeuten mit ihren jeweiligen Patientinnen/Patienten besprechen, wie oft sie Feedbackgespräche möchten und was besprochen werden soll. Wolpert (2014) argumentiert, dass die Verwendung von MFS sogar schädlich sein kann, wenn sie zu Forschungs- und Auditzwecken eingesetzt werden, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse und Bedenken von Anwender/-innen zu nehmen.

Einstellung von Patientinnen/Patienten. Die Patientinnen und Patienten, die eine positive Einstellung zum Einsatz von Feedback mittels psychometrischer Fragebögen als Qualitätssicherungsmaßnahme haben, hatten bessere Therapieergebnisse als Patientinnen/Patienten mit durchschnittlicher oder negativer Einstellung gegenüber Feedback (Lutz et al., 2015)

Schweregrad der Symptomatik/Psychopathologie. Lambert (2017) berichtet, dass Patientinnen und Patienten, die stetige Fortschritte zeigen, dies auch ohne Feedback tun. Feedback spielt eine entscheidende Rolle für Patientinnen/Patienten, die signifikant vom erwarteten Behandlungsverlauf abweichen. Manche Feedbackinstrumente zeigten sich eher wirksam bei Patientinnen/Patienten mit leichten Störungen (Davidson et al., 2015). Es wurde ein abnehmender Effekt von Feedback mit zunehmendem Schweregrad der psychischen Symptomatik gefunden (Davidson et al., 2015). Patientinnen/Patienten mit schwerer Psychopathologie erlebten eine

aversive Wirkung, wenn sie negatives Feedback ohne CSTs erhielten (Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018; van Oenen et al., 2016).

In einer teilstationären und stationären Stichprobe von Patientinnen/Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) des Clusters B (antisoziale PS, Borderline-PS, narzisstische PS, histrionische PS) oder nicht anderweitig spezifizierten Persönlichkeitsstörungen (PD-NOS) zeigte sich in den ersten 6 Monaten der Behandlung ein höheres Maß an Symptombelastung als Reaktion auf das Feedback im Vergleich zu Patientinnen/Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung des Clusters C. Diese Unterschiede lösten sich jedoch nach 9 Monaten wieder auf (de Jong et al., 2018).

Die Befunde in Studien in psychiatrischen Zentren und stationären Einrichtungen bei hoch belasteten Patientinnen/Patienten zeigten keinen Effekt von Feedback auf das Wohlbefinden oder die Symptomreduktion, sondern teilweise nachteilige Wirkungen (Davidson et al., 2015; de Jong et al., 2018; Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018; Tzur Bitan et al., 2020). Bei manchen Patientinnen/Patienten mit hoher Ausgangssymptomatik und frühen psychiatrischen Krankenhausaufenthalten hatten negative Fortschrittsrückmeldungen im Vergleich zu positiven Fortschrittsrückmeldungen einen negativen Einfluss auf das Erleben (Errázuriz & Zilcha-Mano, 2018). Es könnten unterschiedliche Faktoren am Zustandekommen dieser Ergebnisse beteiligt sein, zum Beispiel, ob die Ergebnisse mit den Patientinnen/Patienten besprochen wurden. Auch die Eigenschaften des ROM-Systems, die entmutigende Wirkung durch negatives Feedback auf die Therapeutinnen/Therapeuten und moderierende Variablen wie sozioökonomischer Status, Motivation der Patientinnen/Patienten sowie das Ausmaß zwischenmenschlicher oder anderer Probleme können am Zustandekommen der Ergebnisse beteiligt gewesen sein. Meist ist auch unklar, wie das Feedback konkret in der Therapie verwendet wurde. Zudem wird vermutet, dass psychisch stark belastete Patientinnen/Patienten langsamere Veränderungen zeigen und mehr Zeit für Verbesserungen benötigen (Falkenström et al., 2016). Psychiatrische Patientinnen und Patienten sind vermutlich schlechter in der Lage, über sich nachzudenken und Feedback zu geben.

Therapiebeziehung. In der Studie von Tzur-Bitan et al. (2020) wurde ein positiver Effekt von Feedback bei hoch belasteten Patientinnen/Patienten in Bezug auf die Therapiebeziehung gefunden. Es ist zu berücksichtigen, dass die TAU-Gruppe höhere Ausgangswerte in den Allianzwerten als die ROM-Gruppe aufwies. Möglicherweise ist der signifikante Anstieg in den Allianzwerten der ROM-Gruppe aufgrund dieser Unterschiede in den Ausgangswerten zustande gekommen. Auch in anderen Untersuchungen wurde ein positiver Effekt auf die Therapiebeziehung gefunden (Bratland et al., 2019; Mc Clintock et al., 2017). Für psychiatrische

Patientinnen/Patienten ist die Etablierung einer therapeutischen Allianz möglicherweise schon eine Herausforderung. Daher kann hier ein positiver Effekt von Feedback gesehen werden (McCabe & Priebe, 2004).

Setting. Einige Metaanalysen haben gezeigt, dass der positive Effekt von Feedback auf die Loyalität der Forscher/-innen oder das Fehlen unabhängiger Ergebnismessungen zurückzuführen sein kann und nur in Beratungssettings zu finden ist (Lambert et al., 2018; Østergård et al., 2020). In der Metaanalyse von Østergård et al. (2020) zeigte sich ebenfalls, dass der Effekt von PCOMS durch das Setting moderiert wurde. PCOMS war wirksamer in Beratungsstellen als in psychiatrischen Umgebungen (Østergård et al., 2020). Vermutlich könnte es für psychiatrische Patientinnen und Patienten zu schwierig sein, das Feedback zu reflektieren und zu diskutieren (van Oenen et al., 2016). Bovendeerd et al. (2021) fanden einen positiven Effekt von PCOMS in einem ambulanten psychiatrischen Setting, in dem Patientinnen/Patienten mit leichten bis mittelschweren psychischen Störungen behandelt wurden, unter Schulung der Therapeutinnen/Therapeuten sowie mit unabhängigen Ergebnismessungen. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Verbesserung der Behandlungsergebnisse (Symptome und Wohlbefinden) unter Hinzufügung eines MFS, insbesondere in den ersten drei Monaten.

Wahrgenommene Validität von Feedback und organisatorische Faktoren. Die tatsächliche Nutzung von MFS wird durch die wahrgenommene Validität des Feedbackinstruments und organisatorische Faktoren bestimmt (Bovendeerd et al., 2023). Wenn die wahrgenommene Validität des gewählten Feedback-Instruments hoch ist, ist es wahrscheinlicher, dass es verwendet wird, aber organisatorische Faktoren (wie zum Beispiel erhöhtes Arbeitsaufkommen durch krankheitsbedingten Ausfall von Kolleginnen/Kollegen) können die wahrgenommene Validität negativ beeinflussen und damit die Nutzung von Feedback (Bovendeerd et al., 2023).

Publikationsjahr. Studien, die nach der ersten Publikation 2001 publiziert wurden, zeigten einen um 0,02 verringerten Effekt pro Jahr nach Erstpublikation. Bei neuen Interventionen scheint der negative zeitliche Trend ein häufig gefundenes Ergebnis zu sein (zum Beispiel Johnsen & Friberg, 2015). Da die Ergebnismessung heutzutage oft obligatorisch ist (Joint Commission, 2011), setzen einige neuere Studien eine Light-Version der Ergebnisüberwachung als Kontrollbedingung ein, was die Effektstärke von Feedback in der Feedbackgruppe verringern kann (Delgadillo et al., 2017; Delgadillo et al., 2018; Janse et al., 2016).

FAZIT

Es gibt erste Erkenntnisse zum Einfluss von Moderatorvariablen auf die Wirkung von Feedback, aber immer noch mit wenig Konsistenz in den Studien.

So wie auch generell der Erfolg einer Psychotherapie von diversen Einflussfaktoren und ihren Wechselwirkungen bestimmt wird, ist auch der Einfluss von Feedback auf das Therapieergebnis durch verschiedene Variablen geprägt (Bovendeerd, 2023).

Die Einstellung gegenüber MFS scheint beeinflusst zu werden von persönlichen Therapeutinnen-/Therapeutenmerkmalen wie der regulatorischen Ausrichtung (Präventions- oder Förderfokus) und der Feedbackneigung (intern/extern) sowie von der Übereinstimmung zwischen persönlichen und organisatorischen Werten (wie zum Beispiel teamorientiert, ergebnisorientiert oder innovativ sein) (de Jong & de Goede, 2015). Die daraus resultierende Einstellung zu Feedback bestimmt dann wiederum den wahrgenommenen Wert von Feedback und das Commitment zur Nutzung (Bovendeerd et al., 2023). Diese beiden Faktoren und persönliche Merkmale wie das Selbstwirksamkeitserleben von Therapeutinnen/Therapeuten scheinen wiederum den Mehrwert von MFS für den Therapieerfolg mitzubestimmen (Bovendeerd et al., 2023). Hovland et al. (2020) argumentieren, dass es nicht ausreicht, die Offenheit eines Therapeuten/einer Therapeutin für Feedback als persönliches Merkmal einer Therapeutin/eines Therapeuten zu konzeptionieren. Das gegenseitige Vertrauen zwischen Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten, Arbeitsumfeld, Hierarchien und Autorität am Arbeitsplatz sowie der Zugang zu Schulungen sind Kontexte, die beeinflussen, wie offen Therapeutinnen/Therapeuten die Bedeutung von Monitoring und Feedback mit ihren Patientinnen/Patienten aushandeln und nutzen. Die Ergebnisse von Hovland et al. (2020) zeigten, dass Therapeutinnen/Therapeuten in der Tat Stakeholder sind, und mangelndes Interesse an klinischem Feedback könnte dazu führen, dass es sich um ein administratives und nicht um ein klinisches Werkzeug handelt. Die Nutzung von onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystemen an und für sich verbessert die therapeutischen Prozesse nicht. Jede positive oder negative Wirkung hängt davon ab, wie die beteiligten Menschen das System in die Praxis umsetzen (Hovland et al., 2020). Die spezifischen Interaktionseffekte von Organisationsfaktoren, Feedbackeseigenschaften, Merkmalen und Einstellungen von Anwenderinnen und Anwendern, welche die Akzeptanz und Wirkung von MFS mitbestimmen, sind noch unklar.

2.3.3 Einschränkungen bisheriger Forschungsbefunde und Ausblick

Einschränkungen bisheriger Wirksamkeitsstudien ergeben sich durch die ausschließliche Abhängigkeit von Selbstberichten, die begrenzte Anzahl an Forscherinnen und Forschern und die geringe Zahl an Wirksamkeitsstudien (Lambert et al., 2018).

Selection-Bias. In RCT-Studien kann es zu einer Selektionsverzerrung kommen, da bestimmte Patientinnen/Patienten durch strenge Einschlusskriterien nicht in die Studie einbezogen wurden, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt (Bovendeerd et al., 2021).

Gleiches Feedback- und Outcome-Instrument. Weitere Einschränkungen ergeben sich dadurch, dass das Feedback-Instrument zugleich als Monitoring-Instrument in der Studie zur Erfassung der Wirksamkeit von MFS verwendet wurde (Lambert et al., 2018; de Jong et al., 2021; Bovendeerd et al., 2021). In Studien, in denen das Feedbackinstrument auch das Outcome-Instrument war, zeigten sich größere Effekte als in Studien, in denen ein unabhängiges Outcome-Maß verwendet wurde, um die Wirksamkeit von Feedback zu bewerten. Durch den Verzicht auf unterschiedliche Ergebnismaße zur Messung des Gesundheitszustandes können die Effektstärken überhöht sein (Lambert et al., 2018).

Researcher's allegiance. Viele Studien wurden von den Entwicklerinnen und Entwicklern des Monitoring- und Feedbacksystems durchgeführt, weshalb die Ergebnisse durch eine mögliche Loyalitätsverzerrung der Forscher/-innen beeinflusst sind (Bovendeerd et al., 2021). In der NOT-Teilstichprobe wurde festgestellt, dass die Loyalität der Forscher/-innen die Ergebnisse verzerrt, da in Studien, an denen keine Entwickler/-innen von Feedback-Systemen beteiligt waren, geringere Effekte gefunden wurden als in Studien, an denen sie beteiligt waren (de Jong et al., 2021).

Anwendung von Feedback. Es gibt nur sehr wenige Studien, die überprüfen, ob das Feedback tatsächlich wie beabsichtigt verwendet wird (de Jong et al., 2021). Die Teilstichproben der Studienabbrecher und der verschlechterten Patientinnen und Patienten wiesen in den Studien, in denen überprüft wurde, ob Feedback wie beabsichtigt verwendet wurde, geringere Effektstärken auf als in Studien, in denen die Verwendung von Feedback durch Kliniker/-innen nicht überprüft wurde (de Jong et al., 2021).

Soziale Erwünschtheit. Die Ergebnisse zu PCOMS können durch soziale Erwünschtheit beeinflusst worden sein, da die Patientinnen/Patienten den Fragebogen in Anwesenheit der Therapeutin/des Therapeuten ausfüllen (Østergård et al., 2020).

Schulung/Training. Simon et al. (2012) beschreiben in ihrer Studie, dass nur 50 % der Therapeutinnen und Therapeuten in der Lage waren, Feedback so einzusetzen, dass es das Ergebnis ihrer Patientinnen und Patienten verbessern konnte. Die anderen 50 % konnten nicht davon

profitieren, ob sie Feedback erhielten oder nicht. Bovendeerd et al. (2019) stellten fest, dass der Umfang der Ausbildung in der Verwendung von Feedback zwischen den Studien in der Metaanalyse von Østergård et al. (2020) erheblich variierte und von 0 bis 17 Stunden Training reichte. Andere Studien erwähnen nicht, ob und wie Therapeutinnen/Therapeuten in der Verwendung des Feedbacks geschult wurden. In der Metaanalyse von de Jong et al. (2021) hatten die Therapeutinnen/Therapeuten, die ein Training in Feedback erhalten hatten, größere Effektstärken als Studien, in denen kein Training erfolgt war.

Freiwilligkeit. In einigen Studien wurde der Einsatz eines MFS von der Institution wie einer universitären Institutsambulanz vorgeschrieben (Schaffrath et al. 2022). In anderen war unklar, ob ein MFS freiwillig von den Therapeutinnen und Therapeuten verwendet wurde.

Zukünftige Studien sollten sich darauf konzentrieren, die beschriebenen potenziellen Quellen von Verzerrungen zu reduzieren (de Jong et al., 2021) und über ein breiteres Spektrum potenzieller Moderatoren berichten, damit Metaanalysen diese in Zukunft systematischer analysieren können (de Jong et al., 2021).

In weiteren Studien sollte verhindert werden, dass ein mangelnder Mehrwert von Feedback auf eine unzureichende Umsetzung zurückzuführen ist. Gründliche Schulungen im Umgang mit dem Feedback-Instrument sollten vor Studienbeginn durchgeführt werden.

Wichtig für die Weiterentwicklung von MFS werden auch die Berichte sein, wo MFS zu Schwierigkeiten in der Therapie geführt hat und wie damit umgegangen wurde (van Doorn & de Jong, 2022). Eine Forschungslücke klafft noch bei Themen wie: Was macht MFS hilfreich und warum es für einige Patientinnen und Patienten hilfreich und für andere nicht (Solstad et al., 2020)? Zudem müssen zukünftige Studien unterschiedliche Behandlungssettings und Patientinnen-/Patientenpopulationen einbeziehen. Die Untersuchung dyadischer Prozesse unter dem Einsatz von MFS ist relevant, da der Effekt von Feedback davon abzuhängen scheint, ob es auf die Bedürfnisse von Anwender/-innen abgestimmt ist und ob es für die gemeinsame Zusammenarbeit relevant ist (Bovendeerd et al., 2021). Die Selbstauskunft der Patientinnen/Patienten wird auch in Zukunft einen relevanten Bestandteil der Therapie ausmachen, da sie den Behandlungsfortschritt aus Sicht von Patientinnen/Patienten aufzeigt (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022). Neben der Art der Messung ist ebenfalls wichtig zu überlegen, wie man die Informationen interpretiert und was man mit ihnen in der Behandlung macht (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022).

Auch in **qualitativen Studien** werden Begrenzungen beschrieben. Eine Interpretation und Verallgemeinerung der Ergebnisse ist hier nur eingeschränkt möglich. In den Fallstudien wird nicht

beschrieben, welche Ergebnisse sich zeigten (zum Beispiel Verschlechterungen) und wie diese mit den Patientinnen/Patienten besprochen wurden (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022). Auch wird in einigen Studien und Fallberichten nichts dazu beschrieben, ob und wie die Therapeutinnen und Therapeuten geschult wurden. Training und Anwendung des Feedbacks sind entscheidende Moderatorvariablen (Bovendeerd et al., 2021; de Jong et al. 2012, 2021; Lutz et al., 2019). In der Studie von Solstad et al. (2020) wurden nur die Patientinnen/Patienten, nicht aber die Therapeutinnen/Therapeuten interviewt. So blieb unklar, inwieweit Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in Effekten, im Nutzen, in Bedürfnissen und Präferenzen existieren, wahrgenommen werden und wie damit umgegangen wird. Die Videoaufnahmen der Interviews könnten Einfluss darauf gehabt haben, wer mitmacht und was erzählt wird. Bisher gibt es zudem kaum Befunde zu Langzeittherapien.

2.3.4 Forschungsbefunde zu Effekten und zum Nutzen von onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystemen

In einer wachsenden Anzahl von Studien werden unterschiedliche Effekte und Nutzen von MFS beschrieben. In Studien, wie zum Beispiel bei ambulanten Patientinnen und Patienten, die stärker belastet waren (Simon et al., 2012, de Jong et al., 2012), bei Patientinnen/Patienten mit Essstörungen (Simon et al., 2013) und bei stationären Patientinnen/Patienten in psychosomatischen Einrichtungen (Byrne et al., 2012, Probst et al. 2013), zeigte sich, dass die Wirkung von Feedback von moderierenden Variablen (Art und Häufigkeit des Feedbacks, dem dahinter stehenden Paradigma, der Art der Implementierung, den Anwenderinnen/Anwendern mit ihren Einstellungen und Fähigkeiten, ihrem Commitment) abhängt und nicht per se erwartet werden kann (Rubel et al., 2015). Die Befunde (Kapitel empirische Evidenz) zeigen, dass es Interaktionseffekte zwischen den einzelnen Moderatoren geben kann.

Allgemein kann gesagt werden, dass Monitoring- und Feedbacksysteme die klinische Urteilsbildung und die therapeutische Arbeit ergänzen, sie können diese aber nicht ersetzen. Die Behandlungsqualität kann durch den Einsatz von MFS verbessert werden, da Therapeutinnen und Therapeuten frühzeitig Informationen über Allianzrupturen, Beziehungskrisen, Verschlechterungen, Stagnationen usw. erhalten. Wie in den beschriebenen Effekten sichtbar wird, zeigt Feedback nicht nur Veränderungen, sondern erzeugt diese auch (Schiepek & Oelkers-Ax, 2022).

Die nachfolgend beschriebenen Effekte und der Nutzen von MFS beruhen auf klinischen Erfahrungen und Studien, welche verschiedene onlinebasierte Monitoring- und Feedbacksysteme in unterschiedlichen Einrichtungen und Settings implementiert und beforscht haben.

2.3.4.1 Zusammenfassung bisher beschriebener Effekte aus Sicht der Kliniker/-innen

- MFS fördert die **Personalisierung** der Behandlung und hilft Therapeutinnen und Therapeuten, die Behandlung besser auf die Patientin/den Patienten und seine/ihre **Bedürfnisse und Präferenzen** abzustimmen, zu modifizieren und zu verbessern (Hellesteth et al., 2023; McAleavery & Moltu, 2021; Solstad et al., 2020).
- Therapeutinnen und Therapeuten werden durch den Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen bei der allgemeinen **Dokumentation und Evaluation des Behandlungsverlaufs** unterstützt (Youn et al., 2012).
- Allgemein halten die Anwender/-innen von Feedback die **visuellen Rückmeldungen** für hilfreich, intuitiv und leicht zu verstehen (Hovland et al., 2020).
- In Metaanalysen wurde gezeigt, dass der Einsatz von MFS die **Symptomreduktion** verstärken kann (de Jong et al., 2021; Lambert et al., 2018). Unklar ist, welche Faktoren bzw. Faktorkombinationen von MFS eine Symptomreduktion fördern. Liegt es an dem stärkeren Einbezug der Patientin/des Patienten, an der Überwachung selbst oder an anderen Faktoren (s. h. Kapitel 2.3 Befunde der Monitoring- und Feedbackforschung)?
- MFS liefern **mehr Informationen über das Erleben** der Patientin/des Patienten. Der Einsatz von Feedback **präzisiert Fallkonzeptionen**, ermöglicht **umfassendere Fallbesprechungen** (Hatfield & Ogles, 2007) und unterstützt so bei der Formulierung von **Behandlungsplänen** (Youn et al., 2012). Durch die regelmäßigen Feedbackberichte können Hypothesen falsifiziert oder verifiziert werden. Die Informationen aus MFS ermöglichen, die Arbeitshypothese kontinuierlich auf das priorisierte Problem zu verfeinern, was zur Präzisierung der Fallkonzeption beiträgt (Tilden & Whittaker, 2022).

MFS liefert eine Zusammenfassung zu Variablen des psychischen Funktionierens. Der/die Therapeut/-in hat durch Monitoring- und Feedbackdaten mehr Informationen über die Patientin/den Patienten und sein/ihr Erleben, was ihm/ihr sonst nicht zur Verfügung stehen würde. Es sei denn er/sie würde dies jede Stunde durch Erfragen erfassen (Lambert, 2017). Dabei würde eine erhebliche Menge an Zeit verloren gehen, die nicht für die inhaltliche Arbeit zur Verfügung stehen würde. Demir et al. (2022) beschreiben, dass sie im Umgang mit affektiven Störungen Stimmungsschwankungen (wie hypomanische Zustände) durch die wöchentlichen Selbstberichte leichter erkennen können.

- Monitoring- und Feedbacksysteme ermöglichen es Therapeutinnen und Therapeuten durch die Informationen über den Verlauf der Behandlung, **frühzeitig ungünstige Behandlungsverläufe** zu erkennen, **Verschlechterungen** und **Therapieabbrüche** zu verhindern (de Jong et al., 2021; Demir et al., 2022; Lambert, 2013; Lambert et al., 2018; Lambert &

Shimokawa, 2011; Schaffrath et al., 2022; Shimokawa et al., 2010; Whipple & Lambert, 2011; Youn et al., 2012).

- Studien zeigen, dass Kliniker/-innen bei der Erkennung von Nonrespondern schlechter sind als datenbasierte Feedbacksysteme, und zudem scheinen Kliniker/-innen auch im Allgemeinen ihre Wirksamkeit zu überschätzen (Hatfield et al., 2010; Hannan et al., 2005; Walfish et al., 2012). Durch das Feedback erhalten Kliniker/-innen eine weitere Informationsbasis für die Einschätzungen des Therapieverlaufs und können so **Fehleinschätzungen minimieren**. Kliniker/-innen können so frühzeitig Therapieprozesse adaptieren (Lambert & Shimokawa, 2011) und sich ggf. Unterstützung durch Supervision oder Intervention suchen. MFS verbessern somit die **klinischen Fähigkeiten**, indem sie das Bewusstsein von Therapeutinnen und Therapeuten für den Fortschritt der Therapie schärfen, ihnen zuverlässigere und validere Informationen zur Verfügung stellen, um die Behandlung anzupassen und Interventionen zu verbessern und übermäßig optimistische Verzerrungen bezüglich der Einschätzung von Klinikern zum Therapieverlauf korrigieren (Janse et al., 2023; Lambert & Harmon, 2018; Lutz et al., 2019; Miller et al., 2015; Sapyta et al., 2005).
- Delgadillo et al. (2022) fanden heraus, dass die Nutzung von Monitoring- und Feedbacksystemen durch die zusätzlich zur Verfügung gestellten Informationen die Kluft zwischen mehr und weniger **effektiven Therapeutinnen und Therapeuten** verringern kann.
- Feedback kann helfen, **Verbesserungen** zu erkennen, die Patientinnen und Patienten gar nicht verbal hätten ausdrücken können, die aber in den Daten sichtbar wurden (Hellesteth et al., 2023).
- Monitoring- und Feedbacksysteme können helfen, Faktoren zu identifizieren, die den **Behandlungsfortschritt** behindern (van Doorn & de Jong, 2022). In der Behandlung einer Patientin mit einer Zwangserkrankung berichteten Gomez, Fernández-Álvarez und García (2022), dass die Verwendung des OQ-30 dem Therapeuten geholfen habe, Faktoren zu identifizieren, die eine erfolgreiche Behandlung behinderten.
- Muir et al. (2019) berichten auch von einer besseren **Allokation von Ressourcen** durch den Einsatz von Routine-Outcome- und Monitoringsystemen.
- Hovland et al. (2020) erhielten von den Therapeutinnen und Therapeuten die Rückmeldung, dass sie Monitoring- und Feedbacksysteme wie eine Art „**Radar**“ erleben, dass Probleme entdeckte, die sonst verborgen geblieben wären. Es handelte sich um Probleme, die Patientinnen/Patienten in einer Sitzung nur schwer angehen können, und Themen, die Therapeutinnen/Therapeuten nie erkunden würden (Hovland et al., 2020).

- Der Einsatz eines Feedback- und Monitoringsystems führt dazu, dass Therapeutinnen und Therapeuten **mehr Informationen** zu Variablen des psychischen Funktionierens erhalten, **aufmerksamer** werden **für den Prozessverlauf** ihrer Patientinnen und Patienten und entsprechend ihr Vorgehen (therapeutische Mikroentscheidungen) an das Feedback anpassen (Lambert, 2003; Schaffrath et al., 2022; Schiepek et al., 2020a). Dabei gehen sie jedoch eher individuell und theoriegeleitet vor (Schiepek et al., 2020a).

In der dualen Fallstudie von Hellese et al. (2023) ermöglichte das Feedback, signifikante Veränderungen in Bereichen sichtbar zu machen, die sonst verborgen geblieben wären. Das half der Therapeutin, diese in die Therapie einbringen zu können. In einem Fall zeigte die Patientin in bestimmten Kurven eine Verstärkung der Symptomatik. Die Therapeutin nutzte diese Informationen, um den Therapiefokus auf diesen Bereich zu lenken und infolgedessen auch die Sitzungsfrequenz zu erhöhen. Die Zunahme der Symptome war laut Aussage der Patientin darauf zurückzuführen, dass sie im Therapieprozess einen besseren emotionalen Zugang erlangte, dadurch die Symptome intensiver wahrnahm, aber diese auch potenziell als bewältigbar erlebte. Beim Patienten Harald, der sich immer gleich im Kontakt und der Symptomeinschätzung präsentierte, konnte die Therapeutin plötzlich eine Verschlechterung in der Dimension soziale Vermeidung im Feedbackbericht erkennen. Diese wäre so nicht klinisch sichtbar gewesen. Die Therapeutin konnte so das Thema ansprechen und dem Patienten dabei helfen, eine kürzlich gemachte belastende Erfahrung zu verarbeiten.

- Feedback dient Anwenderinnen und Anwendern als **Erinnerung** an bedeutsame Themen, die behandelt werden müssen (Hovland et al., 2020).
- MFS bieten eine **Gesprächsgrundlage für die Kommunikation über Behandlungsschritte** innerhalb der Mitglieder eines stationären Behandlungsteams. Sie ermöglichen auch die Kommunikation von stationären Behandlerinnen und Behandlern mit ambulanten Behandlerinnen und Behandlern, da sie den Behandlungsverlauf und die Ergebnisse konkreter machen (Hooke et al., 2022). Feedback liefert somit auch Informationen für den Austausch in der Stationsinterview, -supervision, teilweise unter Beteiligung der Patientinnen/Patienten (mündliche Kommunikation, Kinder- und Jugendpsychiatrie in Salzburg, Christian-Doppler-Klinik Salzburg (Uniklinik PMU)).
- MFS hilft Anwenderinnen und Anwendern, **Erfahrungen** von Patientinnen/Patienten zu **reflektieren** und zu **validieren** (Hooke et al., 2022).
- Für einige Anwender/-innen erleichterte das Feedback den **Start in die Sitzung** (Hovland et al., 2020).

- Die Informationen aus einem Monitoring- und Feedbacksystem unterstützen Therapeutinnen/Therapeuten bei der **Kommunikation** mit der Patientin/dem Patienten über ihre/seine Fortschritte, Stagnationen etc. (Rogausch et al., 2017; Youn et al., 2012). In Studien gaben Kliniker/-innen an, dass Feedback ein umfassenderes Bild vom Fortschritt der Patientinnen und Patienten gibt und die Möglichkeit für einen erweiterten Dialog mit ihnen schafft (Callaly et al., 2006; Thew et al., 2015).
- Problematische Aspekte in der Therapie können in den gemeinsamen Feedbackgesprächen frühzeitig angesprochen werden und die **therapeutische Beziehung** verbessern (Bohart & Wade, 2013; Chow et al., 2015; Hovland et al., 2020; Lutz et al., 2011; Tilden & Whittaker, 2022).
- Der Einsatz von MFS kann helfen, in den Sitzungen eine **Struktur** und einen **Fokus** zu bilden (Fornells-Ambrojo et al., 2017; Steinfeld et al., 2016; Tilden & Whittaker, 2022). Zum Beispiel lieferte das wöchentliche MFS wertvolle Informationen über die Problembelastung auf Einzel-, Paar- und Familienebene, was für die Entscheidung über den therapeutischen Fokus und die Behandlungsziele genutzt wurde (Tilden & Whittaker, 2022).
- MFS erleichtern auch die **Einigung über die Aufgabe und Ziele der Behandlung** (van Doorn & de Jong, 2022). Die gemeinsame Betrachtung des Therapieverlaufs anhand der Feedbackdaten bietet eine andere Grundlage für die Diskussion des weiteren Vorgehens in der Behandlung und über anstehende Aufgaben und Ziele.
- MFS fördern die **Motivation und Mitarbeit** der Patientinnen und Patienten, da sie stärker mit in ihren Therapieprozess einbezogen werden und in den Feedbackkurven sehen können, dass sie Fortschritte machen und somit erkennen, dass sie etwas erreichen und verändern können (Tilden & Whittaker, 2022). Über die Rückmeldung von Erfolgen wird vermutlich eine **positive Veränderungserwartung** induziert (Berking et al., 2006). Selbst skeptischen Patientinnen und Patienten kann das **Erkennen kleiner Verbesserungen** versichern, dass sie Fortschritte machen, was sich wiederum positiv auf die therapeutische Allianz (Reese et al., 2009; Youn et al., 2012) und auf die **Motivation** auswirken kann (Hellesteth et al., 2023).
- Die Anwendung von Monitoring- und Feedbacksystemen fördert den **Aufbau einer therapeutischen Allianz und im Therapieverlauf einen kollaborativen Prozess** zwischen Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten, da die Patientinnen/Patienten stärker mit in ihre Therapie einbezogen werden und mehr Gewicht auf ihre Erfahrungen und Schilderungen gelegt wird (Gomez et al., 2022; Demir et al., 2022; van Doorn & de Jong, 2022; Tilden & Whittaker, 2022). In einer RCT-Studie mit PCOMS von Brattland et al. (2019) zeigte sich, dass der Einsatz des MFS die therapeutische Allianz verbesserte, da

Therapeut/-in und Patient/-in Fortschritte gemeinsam diskutierten und kontinuierlich auf gemeinsame Ziele hinarbeiteten (Brattland et al., 2019).

- Demir et al. (2022) beschreiben, dass die Diskussion mit Patientinnen und Patienten über die Ergebnisse im MFS, gerade bei Patientinnen/Patienten, die zögern, persönliche Informationen zu teilen oder sich leicht schämen, sozial unsicher sind, den kollaborativen Prozess zu unterstützen scheint. Die **Zusammenarbeit wird gefördert**, indem sich Therapeut/-in und Patient/-in Zeit nehmen für die Besprechung der Ergebnisse. Dies hilft, einen Konsens und gemeinsame Ziele zu erreichen, kontrastiert die Perspektiven der Patientin/des Patienten und der Klinikerin/des Klinikern und erleichtert die empathische Fähigkeit der Klinikerin/des Klinikern (Gimeno Peon et al., 2018).
- MFS ermöglichen es, **Probleme in der therapeutischen Beziehung** schneller zu erkennen und damit frühzeitig klären zu können (Gimeno Peon et al., 2018; Tilden & Whittaker, 2022).
- In der dualen Fallstudie von Hellestet et al. (2023) wird dargestellt, wie die Feedbackberichte von zwei Patienten durch die Therapeutin genutzt werden konnten, um die **therapeutische Allianz** zu stärken. Die Patienten konnten zunächst über das Feedback vorsichtig ausdrücken, was sie über die Therapeutin und die klinische Arbeit dachten, und die Therapeutin konnte dies mehr in der Sitzung einbeziehen. Die Therapeutin wusste von ihrer Patientin, dass sie anderen Menschen nicht trauen konnte und versuchte daher, eine sichere therapeutische Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Die Werte im Feedback zeigten jedoch, dass die Patientin sich nicht sicher fühlte. Die Therapeutin nutzte die Informationen aus dem Feedback in den Sitzungen und konnte gemeinsam mit der Patientin schauen, wie sie die therapeutische Allianz stärken könnten, was nach und nach gelungen ist.
- Der Patient in dieser Studie berichtete im Feedback ebenfalls lange Zeit über Schwierigkeiten in der therapeutischen Allianz und er konnte den Inhalten der Therapie schlecht folgen, wusste nicht, was die Therapeutin von ihm wollte. Die Therapeutin nutzte dies immer wieder, um darüber zu sprechen und ihr Vorgehen anzupassen. Der Patient konnte nach einiger Zeit ausdrücken, dass er Angst gehabt habe, über seine Bedürfnisse zu sprechen, da er die Therapeutin nicht habe enttäuschen wollen. Diese Informationen konnte die Therapeutin in den Therapiegesprächen nutzen und der Patient konnte in der Therapie stärker seine Schwierigkeiten mit der Therapeutin verbalisieren. Die Nutzung von klinischem Eindruck und Feedback durch die Therapeutin ermöglichte es der Patientin und dem Patienten, noch deutlicher im Feedback mitzuteilen, was ihnen

nicht gefällt. Dadurch erhielt die Therapeutin zunehmend präzisere Informationen und konnte es in den Sitzungen noch expliziter einbeziehen. Die Informationen aus dem Feedbackbericht halfen in diesem Prozess der Therapeutin, die therapeutischen Interventionen an die Bedürfnisse der Patienten anzugleichen und sensibler für den emotionalen Zustand der Patienten zu sein, was sich auch positiv auf die therapeutische Beziehung auswirkte.

- In der Studie von Hovland et al. (2020) hielten die Anwender/-innen klinisches Feedback in der frühen Phase der Therapie für besonders wichtig, wenn man **Vertrauen** aufbauen müsse.
- In einer Befragung von Klinikerinnen/Klinikern sahen diese MFS als wichtig an, wenn es darum geht, eine bessere Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten zu schaffen, die in ländlichen Gebieten leben oder in der Mobilität eingeschränkt sind (Tasca et al., 2015).
- Anwender/-innen beschreiben, dass sich der **Einfluss der Patientinnen/Patienten auf die Behandlung** verstärkt (Hovland et al., 2020). Sie können sich aktiver in die Therapie einbringen (Greenhalgh et al., 2018; Solstad et al., 2019) und haben den Eindruck, **ernst genommen** zu werden (Hovland et al., 2020).

2.3.4.2 Effekte und Nutzen aus Sicht von Patientinnen und Patienten

- Durch die Hinzunahme eines Monitoring- und Feedbacksystems konnten die Patientinnen/Patienten sich ihres **eigenen Erlebens bewusster** werden (Börjesson & Boström, 2020) und **mehr Informationen** zu ihrem Status, aber auch zu ihren Bedürfnissen und Präferenzen in der Therapie geben. Dadurch gaben sie an, **mehr mitzumachen, und erlebten sich mehr beteiligt** an der Therapie (Hovland et al., 2020; Solstad et al., 2020).
- Die Anwendung eines MFS fördert und fordert die **Selbstbestimmung** von Patientinnen und Patienten und hilft ihnen explizit, mehr Verantwortung für ihren Entwicklungsprozess zu übernehmen (Tilden & Whittaker, 2022).
- Monitoring- und Feedbacksysteme werden von Patientinnen und Patienten als **zusätzliches Kommunikationsmittel** genutzt und **fördern und erleichtern die Kommunikation der Patientinnen/Patienten**. Die Patientinnen und Patienten können etwas ausdrücken, was im klinischen Eindruck oder den Gesprächen nicht angesprochen werden würde, da es schwer in Worte zu fassen ist. Patientinnen und Patienten können über MFS den Fokus direkt oder indirekt auf relevante, schwierige Themen oder weitere Inhalte lenken (Börjesson & Boström, 2020; Solstad et al., 2020). Manche Patientinnen/Patienten berichten, dass sie

über das MFS **indirekt Bedenken** bezüglich der therapeutischen Beziehung oder der Therapieinhalte äußern konnten (Helleseeth et al., 2023; Solstad et al., 2019).

In einer Fallstudie von Helleseeth et al. (2023) äußerte die Patientin Sonja im Monitoring, dass sie sich einen bestimmten Fokus (mehr auf Emotionen ausgerichtet) in der Therapie wünschte. Dies hätte sie so nicht verbalisieren können. Die Therapeutin konnte dies mit anderen Informationen im Feedback verbinden, um so sensibler den Therapieprozess an den Bedürfnissen und Wünschen der Patientin zu gestalten.

- Trotz eines guten Vertrauensverhältnisses zögerten Patientinnen und Patienten, **Unzufriedenheit** von Angesicht zu Angesicht auszudrücken. Sie fanden es **leichter**, dies über das Feedback zu **kommunizieren**, und betrachteten klinisches Feedback als eine Möglichkeit, ihren Zustand und ihre Gedanken unbeeinflusst von den Meinungen ihres Therapeuten/ihrer Therapeutin zu kommunizieren (Hovland et al., 2020).
- MFS kann auch die **Kommunikation von Patientinnen und Patienten miteinander** fördern und erleichtern. In einem Fallbericht zur Implementierung von MFS im familientherapeutischen Kontext (Tilden & Whittaker, 2022) half Feedback dem Paar, mehr in den gemeinsamen Austausch über ihr Erleben zu gehen.
- Aus Patientinnen-/Patientensicht rief klinisches Feedback bedeutsame Gedanken, Gefühle und Einsichten hervor und schuf einen **starken Anreiz**, mit ihrer Therapeutin/ihrer Therapeuten über sich selbst zu kommunizieren (Hovland et al., 2020). Den Patientinnen/Patienten war es wichtig, dass ihre Gedanken und Gefühle **richtig berichtet** wurden (Hovland et al., 2020). Damit war es für sie **nicht nur eine bürokratische Übung** (Happell, 2008), sondern es lieferte auch aussagekräftige Informationen. Happell (2008) weist darauf hin, dass Monitoring- und Feedbacksysteme Ergebnisse messen müssen, die für Patientinnen/Patienten relevant sind, damit sie nicht zu bürokratischen Übungen werden.
- Feedback erlebten die Patientinnen und Patienten als **motivationsfördernd**. Dem Patienten Harald halfen die Kurven, einen Fortschritt zu visualisieren, den er von sich aus nicht erwartet hatte. Dies führte infolgedessen zu einer Zunahme der Motivation, an sich zu arbeiten (Helleseeth et al., 2023).
- Der Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen ist eine **Intervention**, da die Erfahrung und das Erleben von Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gestellt wird.
 - Patientinnen/Patienten können so ein **erhöhtes Bewusstsein** für interne Erfahrungen entwickeln (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022).
 - Patientinnen/Patienten berichteten, durch das Feedback **neue Perspektiven auf das Problem gewonnen** zu haben (Schaffrath et al., 2022).

- Sie erleben durch den Einsatz von MFS eine Unterstützung bei der **Selbstwahrnehmung** sowie beim **Selbsta Ausdruck** (Solstad et al., 2019; Unsworth et al., 2012).
 - Über eine **Verbesserung des Bewusstseins und der Einsicht** in die Probleme berichteten die Patientinnen und Patienten in der Befragung von Solstad et al. (2020) sowie Tilden und Whittaker (2022).
 - Die Patientinnen/Patienten in der Studie von Hovland et al. (2020) berichteten, dass der Einsatz von Feedback es ihnen ermöglichte, **sich selbst besser zu verstehen** und mehr Bewusstsein über das eigene Erleben zu erlangen. Sie gaben auch an, dadurch besser in der Therapie **mitzuarbeiten** und auch eher zu verstehen, **wohin** sie sich entwickeln wollen. Sie fanden es gut, zu wissen, dass der/die Therapeut/-in die Informationen hatte, die er/sie für die Therapie auch haben sollte.
 - Das Nachdenken über die Aussagen im Feedback habe den Patientinnen und Patienten geholfen, selbstbewusster und aufmerksamer für ihre **Gefühle im Alltag** zu werden (Hovland et al., 2020).
 - **MFS fördern die Mentalisierung und Selbstreflexion.** In einem Fallbericht zur Implementierung von ROM und Feedback (dem Systemic Therapy Inventory of Change System) im familientherapeutischen Kontext (Tilden & Whittaker, 2022) schien das MFS dem Paar dabei zu helfen, neugierig auf sich selbst und aufeinander zu werden. So konnten sie mehr verstehen, wie sich der/die andere fühlt und warum. Durch die Feedbackdaten im MFS wurde beim Patienten ein Zusammenhang zwischen der Emotion Wut und dem Erleben von Hilflosigkeit und Versagen deutlich. Diese Information half dem Patienten, daran zu arbeiten, andere Bewältigungsstrategien zu entwickeln und seine Wut damit zu reduzieren (Tilden & Whittaker, 2022).
 - Feedback hilft Patientinnen und Patienten, **aufmerksamer für Verbesserungen** zu werden (Hovland et al., 2020; Tilden & Whittaker, 2022).
 - Patientinnen/Patienten bewerteten positiv, dass sie über MFS ihre Gedanken mitteilen konnten und wichtige Themen für die Therapie hervorheben konnten, und berichteten, dass die Nutzung zu einem **erhöhten Selbstbewusstsein** beigetragen hat (Delgadillo et al., 2017; Kaiser et al., 2018; Tilden & Whittaker, 2022).
- Monitoring und Feedback bedeuten für Patientinnen und Patienten auch eine **Konfrontation mit ihrem Erleben** (Börjesson & Boström, 2019). Vermeidung oder Distanzierung vom eigenen Erleben können damit erschwert sein.

- Manche Patientinnen und Patienten fanden die **Konfrontation mit den Ergebnissen** hilfreich und bekamen so noch einmal mehr Verständnis für ihre Verleugnung (Solstad et al., 2020; Helleseeth et al., 2023).

2.3.4.3 Nutzen von Monitoring- und Feedbacksystemen in der Supervision/ Intervention

Die Nutzung von Monitoring- und Feedbackergebnissen in der Supervision wurde von einer Reihe Forscherinnen/Forschern vorgeschlagen (Lambert & Hawkins, 2001; O'Donovan et al., 2011; Sparks et al., 2011; Worthen & Lambert, 2007). Es gibt bisher wenig Studien zur Nutzung von Feedback in der Supervision/Intervention. Wenn Studien über den Einsatz von MFS in der Supervision berichteten (Hooke et al., 2022; Schaffrath et al., 2022), blieb unklar, wie die Daten geteilt, reflektiert und diskutiert wurden. Die Ergebnisse des Feedbacks gaben Therapeutinnen/Therapeuten den Anstoß, zusätzliche Hilfen wie Supervision/Intervention zu nutzen (Rubel et al., 2017). Wird Feedback in der Supervision genutzt, führt das zu einer größeren Zufriedenheit mit dieser (Grossl et al., 2014; Reese et al. 2009).

Mehrere Vorteile für den Einsatz in der Supervision werden beschrieben.

- Psychometrisches Feedback kann als **empirische Datenbasis** in der Supervision/Intervention genutzt werden. Durch die Daten erhalten Supervisorinnen/Supervisoren somit mehr Informationen über den Therapieverlauf und können Patientinnen/Patienten, die sich verschlechtern oder stagnieren in ihrer Entwicklung, besser identifizieren. Möglicherweise fällt auf, dass sich bestimmte Patientinnen/Patienten immer wieder verschlechtern oder die Therapie abbrechen. Hier können unterschiedliche Erklärungs- und Umgangsmöglichkeiten mit der Supervisandin/dem Supervisanden erarbeitet werden.
- Neben dem persönlichen Bericht und den Eindrücken der Supervisandin/des Supervisanden erhält die Supervisorin/der Supervisor auch Informationen über die **Wahrnehmung der Patientin/des Patienten**. Die Patientinnen-/Patientensicht fließt somit noch mehr in die Supervision ein und beruht nicht mehr nur auf der Wahrnehmung des Supervisanden/der Supervisandin.
- Zudem wird es möglich, mit Abstand auf Therapieprozesse zu schauen und problematische wie gelingende, positive Muster zu erkennen, die sich immer wieder zeigen zwischen der Supervisandin/dem Supervisanden und der Patientin/dem Patienten. Das heißt, die Supervisorin/der Supervisor erhält noch **mehr Informationen über Ressourcen, Kompetenzen und mögliche Defizite der Supervisandin/des Supervisanden**, welche dann noch für die Weiterentwicklung bearbeitet und gefördert werden können.

- Der Einsatz von onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystemen kann Auszubildenden helfen, die **Selbstreflexion und eine kritische Auseinandersetzung** für das therapeutische Vorgehen zu fördern (Köck & Lutz, 2012; Swift et al., 2015).
- Feedbacksysteme können Anknüpfungspunkte für die Supervision bieten und der Supervisorin/dem Supervisor wertvolle Informationen darüber liefern, ob ein/e Auszubildende/r seine/ihre Fähigkeiten in Bezug auf die **Integration subjektiver und objektiver klinischer Beurteilungen von Veränderungen** der Patientinnen/Patienten verbessern kann (Swift et al., 2015).
- Mit Supervisorinnen/Supervisors kann geübt werden, wie sie mit Patientinnen/Patienten zum Beispiel über Stagnationen, Verschlechterungen oder über Allianzprobleme sprechen können und wie sie selbst als Therapeutin/Therapeut damit umgehen können. Dieses Vorgehen kann für die **Selbstfürsorge** von Supervisorinnen/Supervisors wichtig sein und für einen **sensiblen und offenen Umgang mit Patientinnen-/Patientenrückmeldungen**.

Um Monitoring- und Feedbackinformationen gewinnbringend in der Supervision einsetzen zu können, sollten die Supervisorinnen/Supervisors selbst das Monitoring- und Feedbacksystem in ihrer Praxis einsetzen (Swift et al., 2015; Whipple & Lambert, 2011).

Die Gestaltung der Supervision von Monitoring- und Feedbacksystemen sollte offen, fehlerfreundlich und nicht strafend sein (Swift et al., 2015). Sie sollten Auszubildenden neue Lernerfahrungen über eigene therapeutische Fähigkeiten, zum Umgang mit Patientinnen-/Patientenrückmeldungen ermöglichen.

Im Rahmen meiner Teilnahme an einer **Intervisionsgruppe**, die das synergetische Navigationssystem als Monitoring- und Feedbackinstrument im Rahmen ambulanter Psychotherapien nutzt, zeigte sich bisher, dass man neue Informationen und Denkanstöße zu Entwicklungen von Patientinnen/Patienten im Therapieverlauf erhalten kann. Die Kolleginnen und Kollegen erhalten durch die Präsentation der Daten einen umfassenderen Blick auf den Prozess aus Sicht der Patientin/des Patienten. Ihnen fallen beim Blick auf die Kurven Aspekte auf, die man als Therapeut/-in noch gar nicht berücksichtigt hat. Sie können eigene Eindrücke als Hypothesen zur Verfügung stellen, die sich entweder mit den eigenen therapeutischen Eindrücken decken oder nicht. Dadurch kann man als Therapeut/-in einen breiteren Blick bekommen, auch für Themen, die man selbst bisher noch nicht im Blick gehabt hatte. Die Kolleginnen und Kollegen stellen Fragen zu einzelnen Verlaufskurven. Als Therapeut/-in kann man schauen, ob man diese beantworten kann, weil man mit der Patientin/dem Patienten schon darüber gesprochen hat, oder

ob man dies noch einmal in der Therapie aufgreifen sollte. Es werden manchmal auch Ressourcen deutlich, die so bisher noch nicht in der Therapie konkretisiert wurden.

2.4 Implementierung von Monitoring- und Feedbacksystemen in der Praxis

Trotz der zunehmenden Evidenz und des Mehrwerts von Monitoring- und Feedbacksystemen gibt es gleichzeitig immer mehr Hinweise darauf, dass die tatsächliche Wirkung nicht homogen ist (Mc Aleavey & Moltu, 2021), die Implementierung eines MFS eine Herausforderung darstellen kann und Therapeutinnen/Therapeuten bei der Verwendung von MFS zurückhaltend sind oder diese sogar ablehnen (Bickman et al., 2016; Brattland et al., 2018; Lewis et al., 2019; Lucock et al., 2015; Unsworth et al., 2012). Die Herausforderungen bei der Implementierung von MFS können erheblich sein, mit spezifischen Problemen im Kontext der Einführung dieser Technologie in speziellen Settings, wie zum Beispiel der stationären psychiatrischen Versorgung, oder mit der Integration quantitativer Feedbackdaten in die typischen personenzentrierten, nicht-numerischen Werte von Klinikerinnen/Klinikern (Bickman et al., 2000).

In den bisherigen Veröffentlichungen werden Implementierungen von unterschiedlichen MFS Systemen (TTN, OQ-Analyst, Norse Feedback) in unterschiedlichen Settings, etwa stationär (Hooke et al., 2022), ambulant an einer Universitätsambulanz (Demir et al., 2022), im familientherapeutischen Setting (Tilden, & Whittaker, 2022), in der Paartherapie (Anker et al., 2009), bei unterschiedlichen Patientinnen und Patienten, mit unterschiedlichen Diagnosen und verschiedenen Therapieverfahren beschrieben (Jugendliche: Bickmann, L., 2008; Zwangsstörungen: Gomez et al., 2022; kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen: Schaffrath et al., 2022; bei sozialer Phobie: Demir et al., 2022; dialektisch-behaviorale Therapie (DBT): Hooke et al., 2022). Die Befunde und Ergebnisse dieser Studien machen deutlich, dass wir es mit einem heterogenen Bereich zu tun haben, mit unterschiedlichen Nutzungspräferenzen und ständigen Weiterentwicklungen. Durch die Art und Weise, wie Kliniker/-innen ein MFS nutzen, wird auch die Technologie wieder verändert (Timmermans & Berg, 2003).

Es ist daher wichtig zu verstehen, was passiert, wenn Kliniker/-innen ein MFS in verschiedenen Settings anwenden, welche Faktoren eine erfolgreiche Implementierung fördern oder behindern und wie ein passendes MFS gestaltet sein muss (Hovland et al. 2020). Diverse Befragungen und Implementierungsberichte/-studien von Anwenderinnen/Anwendern und Forscherinnen/Forschern beschreiben unterschiedliche Hürden und Barrieren, welche die Anwendung von Monitoring- und Feedbacksystemen erschweren oder verhindern. Mackrill & Sørensen (2019) identifizierten in ihrem Review 13 Faktoren (z. B. Management/Führung, interorganisatorische Faktoren, ROM-Kultur, das Implementierungsteam, Personalfaktoren, Supervision/Beratung,

Schulung, Kundenfaktoren etc.), die für eine MFS-Implementierung von Bedeutung sind. In einem Review von Barkham et al. (2023) werden potenzielle Barrieren bei der Implementierung von MFS in 3 Hauptkategorien eingeteilt: (1) die Menschen (2) organisatorische Aspekte und (3) Systeme. Die Angaben zu den am stärksten erlebten Barrieren und Hindernissen variieren in den Studien. Bei Boswell et al. (2015) werden Zeit, Kosten und philosophische Hindernisse als größte Hindernisse benannt, bei Glaeher et al. (2015) werden das System selbst und am zweithäufigsten organisatorische Hindernisse benannt. Dies verdeutlicht, dass die Implementierung ein spezifischer Prozess ist, dessen Erfolg von verschiedenen Faktoren (z. B. Setting/Kontext, beteiligte Personen, Routinen, klinische und politische Richtlinien, dem MFS selbst) abhängt (Börjesson & Boström, 2020; Hooke et al., 2022). Klar ist, dass die Implementierung von klinischem Feedback gewohnte Arbeitsroutinen unterbricht (Boyce et al., 2014; Ionita et al., 2016; Lucock et al., 2015). Dies kann sowohl den Klinikalltag als auch die Arbeit in einer ambulanten Praxis betreffen. Die Implementierung von MFS erfordert eine sorgfältige Planung, um eine hilfreiche Kultur und ein hilfreiches Klima im jeweiligen Kontext zu schaffen (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022; Bratland, et al., 2018). Für die Beschreibung von Forschungsbefunden zu förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung von MFS werden im Folgenden 4 Bereiche unterteilt. Der erste Bereich beinhaltet Charakteristika der äußeren Rahmenbedingungen, die Unterteilung der weiteren 3 Implementierungsbereiche wurde in Anlehnung an Barkham et al. (2023) übernommen.

4 Implementierungsbereiche:

- (1) Charakteristika der äußeren Rahmenbedingungen
- (2) Charakteristika eines MFS
- (3) Charakteristika struktureller Bedingungen des Implementierungssettings
- (4) Charakteristika der Anwender/-innen

2.4.1 Charakteristika der äußeren Rahmenbedingungen

In dieser Arbeit zähle ich Faktoren dazu, die außerhalb der Klinik oder ambulanten Praxis bestehen. Dazu gehören beispielsweise die Gesundheitspolitik, wirtschaftliche, politische und technologische Bedingungen sowie wissenschaftliche Strukturen, welche die Implementierung und Nutzung von MFS beeinflussen. Die technologische Entwicklung ist mittlerweile so weit vorangeschritten, dass eine hochfrequente Datenerfassung möglich ist und Methoden zur Auswertung dieser Daten zur Verfügung stehen. Eine steigende Zahl von onlinebasierten Gesundheitsanwendungen ist in den letzten Jahren zu verzeichnen. Aktuell ist ein Ziel der

Gesundheitspolitik, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzubringen (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>). Dies beinhaltet Themen wie die elektronische Patientinnen-/Patientenakte und eine sichere Vernetzung von Praxen. Dadurch sind die Ressourcen der im Gesundheitswesen tätigen Klinikerinnen/Kliniker sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich bereits stark beansprucht. Dies wirkt sich wiederum einschränkend auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen bei der Implementierung von weiteren technischen Neuerungen wie Monitoring- und Feedbacksystemen in der Praxis aus. Daneben gibt es noch weitere Aspekte wie zum Beispiel die Verteilung von Geldern im Gesundheitssystem und die Ziele des jeweiligen Gesundheitsministers/der jeweiligen Gesundheitsministerin. Diese stellen einen Rahmen dar, der auch die Implementierung von MFS erschweren kann. Bisher muss jede Klinik oder Praxis selbst dafür sorgen, wie sie die Ausgaben für die Nutzung und Implementierung eines online-basierten Monitoring- und Feedbacksystems refinanzieren kann. Anschaffungs- und Betriebskosten können in Deutschland anteilig durch Abrechnungsziffern im Bereich der Diagnostik refinanziert werden.

Der Einsatz von MFS wurde in einigen Ländern (zum Beispiel England, Kanada, Norwegen, Australien) von politischen Entscheidungsträgern und Behörden zu einer Anforderung gemacht. In England war es Bestandteil einer Regierungsinitiative zur Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Behandlungen ("Improving Access to Psychological Therapy", IAPT; Clark et al., 2009). In Deutschland gibt es bisher **keine klinischen oder politischen Richtlinien oder eine Regierungsinitiative**, die den Einsatz von MFS vorschreiben. Bisher besteht kein gesellschaftlicher Druck, zum Beispiel durch Patientinnen und Patienten, oder Marktdruck für den Einsatz eines MFS. Solstad et al. (2020) berichten in ihrer qualitativen Studie, dass für einen sinnvollen und gewinnbringenden Einsatz eines MFS unter anderem die Autonomie der Therapeutinnen und Therapeuten hinsichtlich der Nutzung eines MFS relevant ist. Eine rigide, allgemeingültige Top-down-Implementierung kann sich schädlich auf den Nutzen von MFS in Therapien auswirken.

Ob also ein MFS verwendet wird, hängt damit von der Bereitschaft der Praktiker/-innen, den strukturellen Bedingungen in Kliniken und Praxen sowie dem Gesundheitssystem ab.

Ebenso erschwert die Lücke **zwischen Wissenschaft und Praxis** die Nutzung von MFS, da dadurch ein Wissensdefizit bei Praktikerinnen und Praktikern vorliegt. In einer Befragung von Tasca et al. (2015) zu den **Prioritäten der Kliniker/-innen** für die Psychotherapieforschung gaben die Befragten an, dass sie die Fortschrittsüberwachung als nicht so wichtigen Bereich für ihre Praxis ansehen. Von den Befragten benannte relevante Forschungsbereiche waren die

therapeutische Beziehung/der Mechanismus der Veränderung, Therapeutinnen-/Therapeutenfaktoren, Ausbildung und berufliche Entwicklung und Patientinnen-/Patientenfaktoren. Um eine Implementierung von MFS zu fördern, wäre es notwendig, Praktiker/-innen mehr darüber zu informieren, dass die Arbeit mit MFS auch in diesen Bereichen einen relevanten praktischen Nutzen haben kann.

Weiterhin spielen **soziokulturelle Werte** (Traditionen, Gebräuche, Religion, Werte einer Gesellschaft im Umgang miteinander) eine Rolle. Sie entwickeln sich im Laufe der Sozialisation und beeinflussen das Denken und Handeln von Menschen. Ich denke, dass auch die Sozialisation im Rahmen des Studiums eine Rolle spielt. Werden nur statistische Verfahren gelehrt und gilt RCT als Goldstandard der Forschung, dann fördert dies die Entwicklung und Anwendung bestimmter, v. a. linearer MFS. Daneben gibt es jedoch auch andere Forschungsparadigmen wie die komplexer, nichtlinearer Systeme, welche einen anderen Blick auf menschliche Veränderungsprozesse haben und zur Entwicklung eines anderen MFS führen. Werden diese anderen Ansätze und Theorien nicht gelehrt, kann dies eine Implementierung erschweren.

2.4.2 Charakteristika eines MFS

Die Charakteristika eines MFS werden durch die Forschungsgruppe und ihre Präferenzen festgelegt. Möchte man ein MFS in seiner Praxis/Klinik/einem Beratungszentrum implementieren, dann ist es erforderlich, sich mit dem dahinterliegenden Paradigma (linear vs. nichtlinear) auseinanderzusetzen. Außerdem sollten Merkmale des Feedbacksystems sowie die Eignung für bestimmte Nutzerinnen-/Nutzergruppen berücksichtigt werden (de Jong et al., 2023; Schiepek et al., 2020a).

Auswahl des MFS. Unterschiedliche Charakteristika bieten verschiedene Anwendungsmöglichkeiten sowie Vor- und Nachteile in der Praxis. Bei der Auswahl ist es entscheidend, zu überlegen, welchen klinischen Nutzen man sich erhofft. Bei Anwendung von MFS mit standardisierten Outcome- und Prozessfragebögen sind die psychometrischen Eigenschaften zu berücksichtigen. Auch die Eignung für die Patientinnen-/Patientenpopulation sowie die Kosten für die Nutzung des MFS sollten beachtet werden (de Jong et al., 2023). Unterschiedliche MFS, basierend auf dem linearen Paradigma, wurden in Kapitel 2.3 beschrieben.

Im Kapitel 2.5 werden das nichtlineare Paradigma und die daraus resultierenden Charakteristika und Anwendungsmöglichkeiten des Synergetischen Navigationssystems erläutert.

Barrieren, die in den Charakteristika linearer MFS liegen.

- **Standardisiertes oder/und idiographisches Feedback.** Einige MFS, die auf dem linearen Paradigma basieren, verwenden zwei Arten von Feedback: standardisiert (Verwendung

standardisierter Items/Fragebögen) oder idiographisch (Verwendung von personengenerierten Items).

Standardisiertes Feedback erfasst wesentliche Aspekte der selbst definierten Probleme der Patientinnen und Patienten nicht (Sales et al., 2018). Patientinnen/Patienten erlebten es negativ, wenn sie ihr inneres Erleben durch ein **standardisiertes Antwortformat** kommunizieren sollten (Hovland et al., 2020). Standardisierte Messungen können die Erfahrungen und Fortschritte einer Patientin/eines Patienten nicht korrekt widerspiegeln. Nicht alle Fragen in Monitoring- und Feedbacksystemen passen gut zur Patientin/zum Patienten (Tilden & Whittaker, 2022). Möglicherweise werden nicht diejenigen Bereiche erfasst, in denen sich die Veränderung zeigt.

Sales und Alves (2016) argumentieren, dass MFS, die **idiographische Maßnahmen** enthalten, im Vergleich zu standardisierten Maßnahmen eine Nähe zur klinischen Realität bieten, Patientinnen und Patienten ermutigen, ihre Ansichten darzulegen, die optimalste Wahl der Intervention unterstützen und zur Behandlungsplanung beitragen. Wenn Therapeutinnen und Therapeuten mit einer neutralen bis positiven Einstellung gegenüber MFS gebeten wurden, zwischen den beiden Arten von Feedback (standardisiert vs. idiographisch) zu wählen, bevorzugten sie idiografische Maßnahmen (Jensen-Doss et al., 2018). Borntrager & Lyon (2015) schlagen vor, dass bei MFS sowohl standardisierte als auch idiographische Messungen verwendet werden sollten. In einer Studie von Jensen-Doss et al. (2018) zeigte sich, dass die Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten beide Arten von Messungen nutzten. Sie scheinen also von beidem zu profitieren. Dabei ist entscheidend, wie idiographisches Feedback umgesetzt wird. Im System Norse Feedback bedeutet Personalisierung, dass eine Vielzahl von Bereichen (Symptome, Ressourcen, Stärken etc.) angeboten wird. Bereiche, die für Patientinnen/Patienten nicht relevant sind, werden nicht weiter dargeboten. Es handelt sich hierbei um vorformulierte Items. In der Studie von Hovland et al. (2020) äußerten sich Patientinnen/Patienten dennoch kritisch zum Inhalt des Feedbacksystems Norse Feedback. Einige Fragen waren nicht enthalten, während andere, die nicht relevant waren, wiederholt gestellt wurden. Manche vermissten Fragen zum Substanzkonsum oder zu positiven Lebenserfahrungen. Manche fanden es schwierig, anhand der vorgegeben Antwortformate (7-stufige Likert-Skala + Antwortkategorie "nicht relevant"/"weiß nicht") ihre Gedanken und Gefühle so zu kommunizieren, wie sie es für wichtig gefunden hätten. Es war ihnen wichtig, den Behandlerinnen und Behandlern ein korrektes Bild von ihrem inneren Erleben zu geben. Auch wenn Patientinnen und Patienten Probleme hatten, ihr Erleben korrekt zu beschreiben, hatten sie manchmal das Gefühl, dass sie die falsche Botschaft

sendeten, wenn sie eine Antwort auswählten. Manche Patientinnen und Patienten konnten Aussagen nicht beantworten, weil sie unterschiedliche Gedanken dazu hatten. Zum Beispiel fiel es manchen Patientinnen/Patienten schwer, eine Aussage darüber zu machen, ob sie sich wertlos fühlen. Von der rationalen Seite aus betrachtet wussten sie, dass sie einen Wert für ihre Umgebung und einen Platz in der Gesellschaft haben, andererseits konnten sie das aber nicht so fühlen. Daher wussten sie nicht, was sie eintragen sollten. Einigen Patientinnen und Patienten half es, mit ihrer Therapeutin/ihrem Therapeuten darüber zu sprechen, wie sie solche Aussagen interpretieren und damit beantworten können.

Durch die Erstellung individualisierter Fragebögen können die Nachteile standardisierter Fragebögen minimiert und mehr auf die Ziele und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten eingegangen werden. Die höchste Motivation zeigt sich bei individualisierten Prozessfragebögen (Schiepek et al., 2018).

- **Länge und inhaltliche Ausgestaltung der Fragebögen.** Therapeutinnen und Therapeuten beurteilten die Fragebögen als zu lang, zu kurz und nicht für diese Patientin/diesen Patienten geeignet (Ionita et al., 2016). Sie wurden auch als zu eng fokussiert und daher nicht geeignet für Patientinnen/Patienten mit mehreren Problemen beurteilt (Rye et al., 2019).
- **Validität, Reliabilität und Angemessenheit der erfassten Bereiche.** Therapeutinnen/Therapeuten äußerten v. a. bei Standardfragebögen Skepsis, dass gerade für diese Patientin/diesen Patienten der Fragebogen zuverlässig, gültig, angemessen und ausreichend ist. Sie bezweifelten den Nutzen, wenn die Systeme nur auf der genauen Selbstberichterstattung von Patientinnen/Patienten beruhten. Die Ergebnisse seien nur gültig, wenn die Patientin/der Patient ihre/seine Angaben auch so genau wie möglich macht und ihre/seine Probleme weder bagatellisiert noch überbewertet (Boswell et al., 2013; Ionita & Fitzpatrick, 2014). Vertreter des linearen Ansatzes sehen eine weitere Lösung darin, durch Datensammlung die prädiktiven Analysen zu verbessern und durch mehr Forschung Zuverlässigkeit und Validität der Fragebögen zu verbessern (Boswell et al., 2013).

Wie schon im Kapitel 2.3.4 „Effekte und Nutzen onlinebasierter Monitoring- und Feedbacksysteme“ dargestellt, können Diskrepanzen zwischen dem klinischen Eindruck und den Selbsteinschätzungen auch mit den Patientinnen/Patienten besprochen werden und wertvolle Informationen darstellen oder Veränderungsprozesse einleiten, wie zum Beispiel die Aufgabe eines Vermeidungsverhaltens, indem sich eine Patientin/ein Patient nicht weiterhin als gute Patientin/guter Patient präsentiert. Therapeutinnen und Therapeuten können auch Fremdbeurteilungen heranziehen, wenn sie ein umfassenderes Bild von den Reaktionsmustern einer Patientin/eines Patienten erhalten möchten.

- **Dominanz des Symptommfokus.** Die Anwendung eines MFS verhindert die Arbeit an den eigentlichen Problemen. Manche Patientinnen und Patienten äußerten, dass Feedback den Fokus von relevanten Themen weglenkt oder schwerwiegende Themen vernachlässigt (Börjesson & Boström, 2020; Solstad et al., 2020). Sie könnten nicht an relevanten Ursachen wie den zugrundeliegenden Denk- und Gefühlsmustern arbeiten, wenn sie immer wieder über aktuelle Symptome sprechen müssen (Solstad et al., 2020).
- **Zu hohe technische Anforderungen.** In der Befragung von Glaeher et al. (2015) äußerten Kliniker/-innen, dass die Technik zu kompliziert, zu zeitaufwendig, zu schwer verständlich sei und zu hohe technische Anforderungen an sie stelle.

Wie in Forschungsberichten deutlich wird, bestehen bei linearen MFS noch einige Hindernisse und Barrieren. Diese spiegeln sich in einer mangelnden Anpassung linearer MFS an die Bedürfnisse und Erfordernisse der Beteiligten und des Kontextes wider. Standardisierte MFS werden als zu einschränkend wahrgenommen. In erster Linie sollte der Einsatz von MFS auf die Bedürfnisse und Präferenzen von Patientinnen und Patienten abgestimmt werden (Solstad et al., 2020). Die Angaben der Patientinnen/Patienten im MFS sollten durch qualitative Informationen von Patientinnen/Patienten ergänzt werden. In Betracht gezogen werden müssen kulturelle Anpassungen, die die Zugänglichkeit von MFS für Patientinnen und Patienten aus kulturell vielfältigen und ethnischen Minderheiten erhöhen würden (Koslofsky & Rodríguez, 2017). Eine stärkere Orientierung hin zu idiographischen MFS mit maximaler Freiheit für die Anwender/-innen in der Gestaltung individueller Monitorings könnte für alle Anwender/-innen mehr Nutzen bringen (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022). Zudem könnte es für Patientinnen und Patienten einen stärkeren Bezug zu ihren Themen bieten und einen zu starken Symptommfokus vermeiden.

2.4.3 Charakteristika struktureller Bedingungen

Zu den Charakteristika struktureller Bedingungen zähle ich etwa personelle Rahmenbedingungen, Hierarchien und Verantwortlichkeiten, soziostrukturelle Merkmale der implementierenden Organisation (Organisationsstrukturen, -prozesse, Innovations-Werte-Passung, Organisationskultur), Netzwerke, Kommunikationsstrukturen und Implementationsklima. Die strukturellen Rahmenbedingungen werden bestimmt durch den Ort/das Setting, in dem das MFS eingesetzt werden soll, zum Beispiel eine Klinik, eine ambulante Praxis, ein ambulantes Versorgungszentrum oder eine bestimmte psychosomatische bzw. psychiatrische Station. Viele Anwender/-innen beschreiben Herausforderungen bei der Implementierung eines Monitoring- und

Feedbacksystems in der Therapie oder Klinik (Aafjes-van Doorn & Meisel, 2022; Cooper et al., 2019; de Jong, 2016; Mellor-Clark et al., 2016; Minieri et al., 2015; Peterson & Fagan, 2017).

Strukturelle Faktoren, die sich als relevant erwiesen haben:

Setting der Klinik/ Praxis. Die Anwendung eines MFS in verschiedenen Kontexten hängt von seiner Flexibilität ab. Hooke et al. (2022) beschreiben, dass sie in ihrer akutpsychiatrischen Klinik das MFS vor der Implementierung erst für ihre Behandlungskontexte (stationär und teilstationär, offene und geschlossene Gruppen, unklare Behandlungsdauer) anpassen mussten. Durch die unterschiedlichen Behandlungsmodalitäten erwies sich die Nutzung von Systemen mit normativem Feedback und Vergleichen mit Genesungskurven bisher behandelter Patientinnen und Patienten für diesen komplexen Kontext als nicht sinnvoll. Ein a priori Verbesserungspfad, basierend auf ähnlichen Patientinnen und Patienten, erwies sich hier als ungeeignet, da in diesem Klinikkontext unklar war, wer, wann und wie lange in welchem Behandlungssetting sein würde. Auch die Datenerhebung musste angepasst werden. Waren die Patientinnen und Patienten nur wenige Tage in der akutpsychiatrischen Klinik, erwies sich die Abfrage nach Symptomerleben über die letzte Woche als wenig sinnvoll. Sie nutzen für eine tägliche Erfassung des Befindens im angepassten MFS verschiedene Outcome-Maße, wie den DASS-Fragebogen (Depression, Angst, Stress Skalen), die BSL-23 (Borderline Symptom Liste-23) etc. Sie mussten zudem die Datenerhebung an die verschiedenen Patientinnen-/Patientengruppen sowie an unterschiedliche Behandlungspfade (offene, geschlossene Gruppe, stationär, teilstationär) anpassen. Sie erfassten, wie die Patientinnen und Patienten ihre Skills zur Emotionsregulation einsetzen sowie die Distress-Toleranz. Zur Einschätzung der Symptome bezogen auf den letzten Tag wurden der 5-Punkte-Index des Wohlbefindens der Weltgesundheitsorganisation (WHO-5; Bech et al., 2018; Newnham et al., 2010) und der 5-Item Distress Index (DI-5) (Dyer et al., 2014b) herangezogen.

Organisationsklima. Forschungen deuten darauf hin, dass Veränderungen des Organisationsklimas die wahrgenommene Validität von MFS negativ beeinflussen und die Adhärenz zur Nutzung von Feedback verringern (Bovendeerd et al., 2023). Deshalb wird empfohlen, das Organisationsklima bei der Implementierung von MFS kontinuierlich zu erfassen und zu berücksichtigen (Bovendeerd et al., 2023).

Durch die Implementierung von Feedback kann die Passung zwischen persönlichen und organisatorischen Werten von Therapeutinnen und Therapeuten negativ verändert werden (de Jong & de Goede, 2015). Hilfreich ist ein Organisationsklima, in dem gemeinsame Werte und Ziele

in der Patientinnen-/Patientenversorgung geteilt und verfolgt werden, gegenseitige Unterstützung als unerlässlich angesehen und gelebt wird und es um das Wohlergehen sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Leistungserbringer geht.

Arbeitsbedingungen. Zeitmangel durch hohes Arbeitsaufkommen und begrenzte Behandlungsflexibilität unter anderem in psychiatrischen Umgebungen, widersprüchliche Priorisierungen seitens der Organisation, wie die Anwendung von Monitoring/Feedback im Vergleich zum Erledigen von Papierkram, haben zur Folge, dass die Nutzung von MFS in der Praxis reduziert wird (Boswell et al., 2013; Davidson et al., 2017; de Jong, 2016). Kann ein MFS nicht im Rahmen der Arbeitszeit eingesetzt werden, nimmt die Nutzungsbereitschaft ab. In der Studie von Bovendeerd et al. (2021) nahm die Nutzung von Feedback in der Organisation aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung durch einen krankheitsbedingten Ausfall der Therapeutinnen und Therapeuten ab. Es ist unumgänglich, Therapeutinnen und Therapeuten ausreichend Arbeitszeit zur Verfügung zu stellen und Arbeitsabläufe anzupassen, damit sie sich mit dem MFS vertraut machen und Routinen entwickeln können.

Informationen/Schulungen und Training. Problematisch und hinderlich für die therapeutische Arbeit werden MFS erlebt, wenn nur unzureichende Schulungen und eine mangelhafte Sensibilisierung im Umgang mit einem MFS erfolgt sind. Orientiert an den Bedarfen der Therapeutinnen und Therapeuten sollten Schulungen und entsprechende Arbeitsmaterialien in ausreichender Form angeboten werden. Therapeutinnen und Therapeuten benötigen Zeit, um eine Arbeitsweise mit einem MFS zu entwickeln, um das MFS wie gedacht, auch auf bestimmte Patientinnen/Patienten und Kontexte anwenden zu können (McAleavey & Moltu, 2021; Glaeher et al., 2016). Sie müssen lernen, wie sie Daten interpretieren können, wie sie mit negativen Reaktionen von Patientinnen/Patienten und mit negativen Verläufen umgehen können, wie sie die Daten mit ihrem klinischen Eindruck kombinieren können (Douglas et al., 2016) und wie sie mit der Patientin/dem Patienten in einen Dialog über die Ergebnisse gehen können. Dies sind relevante Kompetenzen, damit MFS erfolgreich eingesetzt werden. Feedback funktioniert, es braucht aber Zeit und Training, um es effektiv in der Praxis einsetzen zu können (Klostermann et al., 2020).

Unterstützungsangebote. Ein Mangel an direkter Unterstützung durch Verantwortliche und Expertinnen und Experten (Boswell et al., 2013) und ein Mangel an kontinuierlicher technischer Unterstützung (Ionita & Fitzpatrick, 2014; Waldron et al., 2018) beeinträchtigten die Nutzung von MFS. Die Organisation/Einrichtung und die Anbieter des Monitoring- und Feedbacksystems sollten **verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten** anbieten. Je nach Profession und

Ausbildung können im Umgang mit einem MFS erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten Supervision anbieten oder geschulte Führungskräfte bei der Anwendung unterstützen. Der Austausch von Fallvignetten in Intervisionsgruppen mit anderen Therapeutinnen und Therapeuten, die ein MFS anwenden (einrichtungsintern oder durch Anwendernetzwerke), kann ebenfalls hilfreich und unterstützend sein (Boswell et al., 2015).

Implementierungsteam. Die Bildung eines Implementierungsteams kann die Implementierung sinnvoll unterstützen (Mackrill & Sørensen, 2019). Die Mitglieder des Teams können als Ansprechpartner/-innen fungieren, zur Identifizierung von Barrieren beitragen und bei der Lösung von Problemen unterstützen (Bargmann, 2017). Sie können Umsetzungsschritte überlegen und deren Realisierung prüfen (Bargmann, 2017; Mellor-Clark et al., 2016). Das Implementierungsteam sollte auch aus Personen bestehen, welche einem MFS skeptisch gegenüberstehen (Bargmann, 2017). Ein wesentlicher Schlüssel für eine erfolgreiche Implementierung sind Personen, die selbst mit einem MFS arbeiten und dadurch über Erfahrungen verfügen (Boswell et al., 2015), wie zum Beispiel Führungskräfte, die von ihrer eigenen Praxis bei der Anwendung eines MFS berichten können. Von Vorteil ist es, wenn diese Personen aus dem eigenen Berufsfeld und/oder einer ähnlichen Organisation kommen und als Expertinnen und Experten respektiert werden (Boswell et al., 2015). Sie sollten über eigene Bedenken, Fehler und Erfahrungen berichten und offen für Bedenken der Interessenten sein (Moss & Mousavizadeh, 2017).

2.4.4 Charakteristika der beteiligten Personen

Am Implementierungsprozess sind je nach Behandlungssetting unterschiedliche Personen beteiligt, wie Therapeutinnen/Therapeuten, Patientinnen/Patienten, Management und Führungskräfte, Stationsmitarbeiter/-innen, Implementierungsleiter/-innen und Implementierungsteams. Die Implementierung eines MFS ist ein subjektiver und kein uneigennütziger Prozess und wird nicht einheitlich positiv oder negativ wahrgenommen (Börjesson & Boström, 2020; Solstad et al., 2019, 2020). Widersprüchliche oder unterschiedliche Bedürfnisse verschiedener Interessengruppen und negative Einstellungen von Kliniker/-innen und Patientinnen/Patienten (Boswell et al., 2015; Hovland & Moltu, 2019; Lambert & Harmon, 2018; Lewis et al., 2019) können eine Implementierung erschweren.

In Kliniken gibt es mehr beteiligte Personen, die durch ihre Meinung, ihre mangelnde Offenheit und mangelnde Unterstützung die Implementierung von MFS erschweren bzw. verhindern können (van Wert et al., 2021). In ambulanten Praxen entscheidet häufig nur der/die Praxeninhaber/-in, ob er/sie ein MFS implementieren will oder nicht. MFS können potenziell den Bedürfnissen aller Interessengruppen (Patientinnen/Patienten, Therapeutinnen/Therapeuten,

Ärztinnen/Ärzten, psychiatrischen Krankenschwestern/Krankenpflegern, Sozialarbeitern) in unterschiedlichen Behandlungskontexten dienen (Boswell et al., 2015; Lambert & Harmon, 2018; Muir et al., 2019; Solstad et al., 2019, 2020).

Mögliche Barrieren:

Diverse individuelle Faktoren von Therapeutinnen und Therapeuten können die Implementierung und Nutzung von MFS behindern oder fördern. Die **Einstellung der Therapeutin/des Therapeuten** zu Feedback allgemein und seiner Verwendung hat einen ausschlaggebenden Einfluss auf die Ergebnisse. Mangelndes Selbstwirksamkeitserleben von Therapeutinnen und Therapeuten, eine negative Einstellung gegenüber Feedback sowie zur Organisation sind hinderliche Faktoren bei der Implementierung eines MFS.

Bezüglich der therapeutischen Orientierung und einer positiven Einstellung zu Feedback gibt es bisher keine eindeutigen Ergebnisse. Einige Forschungsbefunde zeigen, dass zum Beispiel DBT- oder CBT-Therapeutinnen/Therapeuten positiver gegenüber Feedback eingestellt sind, im Gegensatz zu humanistisch-existenziell orientierten Therapeutinnen/Therapeuten (Kaiser et al., 2018; Tasca et al., 2015), während in anderen Studien diesbezüglich kein Zusammenhang gefunden werden konnte (Lucock et al., 2015). Günstig für die Nutzung von MFS ist eine positive Einstellung gegenüber Feedback und seinem Nutzen sowie hohes Engagement in der Nutzung von Feedback auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten. Eine hohe Zufriedenheit der Therapeutinnen/Therapeuten mit dem MFS verbessert auch dessen Wirksamkeit (Barkham et al., 2023).

Einige Studien berichten über die Beschwerden und Widerstände von psychodynamisch orientierten Therapeutinnen/Therapeuten und Supervisorinnen/Supervisoren (Aafjes-van Doorn & Meisel, 2022; Bantjes et al., 2018; Lemma et al., 2011). Es bestehe ein Kulturkonflikt zwischen psychoanalytischem Verständnis therapeutischer Veränderung und Forschung. Psychodynamisch orientierte Therapeutinnen/Therapeuten neigen dazu, das Unquantifizierbare und die relationale und kontextuelle Natur der menschlichen Psyche anzunehmen (Aafjes-van Doorn & Meisel, 2022). Sie legen weniger Wert auf Begriffe wie Realismus und Anpassungsfähigkeit. Einen wissenschaftlichen Rahmen einzufügen, der quantifizierbare Antworten liefert, kann daher dem psychodynamischen Ziel, Raum und Toleranz für das Unbekannte zu schaffen, direkt widersprechen. Zudem betrachten viele psychodynamische Kritiker/-innen die Forschung als Eingriff in den psychodynamischen Prozess, wie zum Beispiel in die Sicherheit des Behandlungsrahmens (Aafjes-van Doorn & Meisel, 2022).

Fehlendes **Wissen** über die Anwendung von Monitoring- und Feedbacksystemen und deren Nutzen (Ionita et al., 2016; Tasca et al., 2015) stellen ebenfalls beträchtliche Barrieren auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten dar. Daneben, teilweise auch dadurch, haben Therapeutinnen und Therapeuten diverse Befürchtungen, Erfahrungen, Bedenken oder (Vor-)Annahmen, welche den Einsatz von Monitoring- und Feedbacksystemen erschweren oder verhindern:

- MFS sei **überflüssig**, da sie ohnehin schon Feedback einholen (Prescott, 2017).
- Therapeutinnen/Therapeuten befürchten einen erhöhten **Verwaltungs-** und damit **Zeitaufwand** (Hatfield & Ogles, 2004) durch die Verwaltung von Fragebögen, die Bewertung und Interpretation der Ergebnisse, das Erstellen eines Berichtes und das Bereitstellen von Feedback für die Patientinnen/Patienten sowie für Fortbildung, Schulung und Intervention. Fakt ist, dass man zunächst erst einmal Zeit investieren muss, wie auch bei dem Erlernen anderer Therapieverfahren oder -methoden. Empfehlungen zur Minimierung von Zeitaufwand gehen in die Richtung, einfache Systeme zu entwickeln, die minimal störend sind und eine benutzerfreundliche Ergebnisbewertung (leicht zu interpretierende Daten) ermöglichen (Boswell et al., 2013).
- Andere befürchten, dass zusätzliche Messungen weitere Probleme von Patientinnen/Patienten aufdecken und infolgedessen zu **Mehrarbeit** führen (Meehan et al., 2006).
- **Technik:** Therapeutinnen und Therapeuten erlebten die Technik als zu kompliziert, berichteten über Technikängste (Ionita et al., 2016) oder sie selbst haben eine Abneigung gegenüber dieser (Ionita et al., 2016).
- Es besteht **Misstrauen** gegenüber den Dienstleistern (Solstad et al., 2019), Ängste, vor Missbrauch der Ergebnisdaten (Boswell et al., 2013), vor Rechenschaftspflicht, externer Kontrolle, vor negativen Konsequenzen wie Honorarkürzungen, Verweigerung von Behandlungen, wenn Patientinnen/Patienten nicht ansprechen (Boswell et al., 2013; Solstad, 2019; van Wert et al., 2021). Einige Therapeutinnen/Therapeuten befürchten, anhand von Leistungsmessungen beurteilt zu werden (Boswell et al., 2015; Duncan & Murray, 2012; Unsworth et al., 2012; Wolpert et al. 2014). Manche Therapeutinnen/Therapeuten fürchten sich vor einem Leistungsvergleich mit anderen Therapeutinnen/Therapeuten (Okiishi et al., 2006) und machen sich Sorgen, als inkompetent entlarvt zu werden (Youn et al., 2012). Andere Therapeutinnen/Therapeuten befürchten einen Verlust von Autorität und Veränderungen in der Hierarchie am Arbeitsplatz, wenn die Ergebnisse eines MFS zeigen, dass ihre Effektivität niedriger als der Durchschnitt ist (Ionita et al., 2016).
- Bedenken in Bezug auf die **therapeutische Beziehung:** Es gibt Befürchtungen, dass der Einsatz eines MFS die therapeutische Beziehung „stört“ (Boswell et al., 2013; Tasca et al.,

2015). Fortschrittsfeedback würde auch die Therapiebeziehung erweitern, durch „Kontakte“, die über die Therapiestunde hinausgehen, was als Herausforderung erlebt wird (Tasca et al., 2015). Die genaue Herausforderung wurde nicht beschrieben.

- Manche Therapeutinnen/Therapeuten machen sich Sorgen, dass Patientinnen/Patienten die **Zusammenarbeit** bei Einsatz eines Monitoring- und Feedbacksystems verweigern (Boswell et al., 2013).
- **Negative (Vor-)Erfahrungen** von Therapeutinnen/Therapeuten über die Eignung eines MFS für eine Patientin/einen Patienten, können hinderlich für die Nutzung von MFS sein (Ionita & Fitzpatrick, 2014, Ionita et al., 2016). Dies betrifft vor allem Systeme, die standardisierte Fragebögen für die Verlaufsmessung nutzen.
- **Negative Rückmeldungen** von Kolleginnen/Kollegen und Patientinnen/Patienten können die Nutzung von MFS erschweren (Ionita et al., 2016).
- Therapeutinnen/Therapeuten berichteten, durch Monitoring und Feedback **nicht genug spezifische Informationen** über wirksame Interventionen für Patientinnen/Patienten zu erhalten, denen es nicht gut geht (Tasca et al., 2015). Einige Forscher/-innen entwickelten Clinical Support Tools, um bei Motivationsproblemen etc. Interventionen anzubieten.
- Manche Therapeutinnen und Therapeuten zweifeln an der **Aufrichtigkeit der selbstberichteten Ergebnisse** bei bestimmten Patientinnen-/Patientengruppen, wie zum Beispiel bei Patientinnen/Patienten mit einer Suchterkrankung. Dies hat sich jedoch verändert, sobald sie mit einem MFS gearbeitet haben (Prescott et al., 2017).
- Zudem besteht bei Therapeutinnen und Therapeuten eine **Skepsis gegenüber standardisierten Messungen** und ein **stärkeres Vertrauen in ihr klinisches Urteilsvermögen**. Trotz erheblicher Belege, dass Therapeutinnen und Therapeuten nicht auf Behandlungsversagen achten und dass eine klinische Beurteilung einer empirischen Beurteilung unterlegen ist, scheint Therapeutinnen/Therapeuten dies nicht zu überzeugen, Feedback einzusetzen (Hannan et al. 2005; Meyer & Schulte, 2002).
- Therapeutinnen/Therapeuten bezweifeln **Relevanz, Nutzen und Validität der Messungen** als zu reduktionistisch, zu kurz oder zu weit gefasst, keine Erfassung von täglichen Schwankungen oder weniger hilfreich für Patientinnen/Patienten, die nicht auf dem richtigen Weg sind (Callaly et al., 2006; Ionita et al., 2016; Lucock et al., 2015; Meehan et al., 2006).

Therapeutinnen und Therapeuten berichteten, dass sie Hindernisse überwunden haben, indem sie ihre Einstellung zu Feedback änderten und dieses als wichtig und interessant bewerteten. Zudem bildeten sie sich fort und bemühten sich, die zugrundeliegende Theorie besser zu

verstehen, um den richtigen Umgang zu lernen (Ionita et al., 2016). Sie passten die Instrumente an ihre Bedürfnisse an. Sie interpretierten die Ergebnisse freier als vorgegeben (Ionita et al., 2016).

Durch Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, die mit einem MFS arbeiten, kann man sich Informationen holen, um eigene Bedenken zu überprüfen. Durch schrittweises Erproben im eigenen Tempo kann man Erfahrungen sammeln und sein Wissen nach und nach erweitern. Dadurch kann man auch herausfinden, ob und wie die Mehrarbeit einzuschätzen ist. Therapeutinnen und Therapeuten berichteten, dass die Nutzung eines MFS ermöglicht, ein breiteres Bild von Patientinnen und Patienten zu erhalten. Außerdem schaffe es die Möglichkeit, weitere Probleme zu identifizieren (Meehan et al., 2006) sowie mögliche Risiken für Verschlechterungen überprüfen zu können (Unsworth et al., 2012).

Bisher ist nicht bekannt, dass der Einsatz von MFS zu einer Verschlechterung der therapeutischen Beziehung führt (Boswell et al., 2013). Bisherige Befunde zeigen, dass die Einführung eines MFS die therapeutische Allianz verbessern kann und die Patientinnen und Patienten es begrüßen, eine Möglichkeit zu haben, den eigenen Behandlungsfortschritt zu verfolgen (Boswell et al., 2013; Youn et al., 2012). Durch den Einsatz eines MFS soll die klinische Professionalität gefördert und unterstützt werden. Es ist möglich, über die mit einem MFS erfassten Daten Auskunft über Beziehungsfaktoren zu erhalten, um so Rupturen schneller erkennen und bearbeiten zu können (Kotte et al., 2016; Lutz et al., 2011). Mit keinem MFS, wie auch in keiner Therapie, kann man die Komplexität der Patientinnen und Patienten und ihres Lebens erfassen und auch keine klinische Erfahrung ersetzen (Kotte et al., 2016). Aber wir haben dadurch mehr Informationen über die Entwicklungsverläufe der Patientinnen und Patienten in therapeutischen Prozessen als mit einem reinen klinischen Eindruck.

Therapeutinnen und Therapeuten äußerten, dass die Anwendung eines MFS nicht zu ihrer **Arbeitsweise** bzw. ihrem **therapeutischen Ansatz** passt (Cowie & Green, 2012; Lucock et al., 2015; Unsworth). Dies kann eine sehr herausfordernde Hürde sein. Es ist für mich ein Einwand, der durchaus ernst zu nehmen ist. Denn tatsächlich ändert man seine Arbeitsweise dahingehend, dass man den Prozessverlauf intensiver mit in die eigene Arbeit einbezieht und eine andere zusätzliche Datenbasis dafür nutzt. Es gibt ein onlinebasiertes Monitoring- und Feedbacksystem, welches mehr Flexibilität in der Nutzung bietet und damit gut in die eigene Arbeitsweise integriert werden kann (siehe Kapitel 2.5).

Eine Ablehnung von MFS seitens der Therapeutinnen und Therapeuten kann sich auch dadurch ergeben, dass negatives Feedback **Selbstkritik und Zweifel** an der eigenen therapeutischen

Leistung und Wirksamkeit fördern kann (Gimeno Peon et al., 2018). Wichtig zu wissen ist, dass MFS nicht nur negative Verläufe zeigen, sondern auch positive Veränderungen, und dass Veränderungen trotz Abweichungen von einem Track auch positiv für Patientinnen/Patienten sein können. Eine gute Einführung in die Arbeit mit einem MFS und Schulungen im Umgang mit der Interpretation der Ergebnisse können hier Bedenken minimieren und auch eine Offenheit für die Betrachtung von Veränderungsprozessen fördern.

Barrieren aus Sicht der Patientinnen/Patienten:

Barrieren und Erfahrungen im Umgang mit MFS sind auch aus Patientinnen-/Patientenperspektive sehr relevant, da eine Besonderheit psychologischer Behandlungen darin besteht, dass sie eine Handlungsfähigkeit seitens der Patientin/des Patienten erfordern, damit sie wirksam sind. Bei anderen Gesundheitsinterventionen wie zum Beispiel chirurgischen Eingriffen ist dies nicht in der Form erforderlich. (Gimeno-Peón et al., 2018).

Qualitative Studien zu den Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit MFS zeigten, dass einige Patientinnen/Patienten skeptisch gegenüber der Verwendung von MFS und der Fähigkeit standardisierter Maßnahmen sind, die Komplexität ihres Lebens bzw. ihrer Gesundheit erfassen zu können (Börjesson & Boström, 2019; Solstad et al., 2019). Es gibt kein Monitoring, welches die Komplexität vollständig abbilden kann.

Patientinnen/Patienten haben zudem Bedenken hinsichtlich der **Motive von Dienstleistern**, MFS zu implementieren (Solstad et al., 2019). Die Patientinnen/Patienten möchten sicher sein, dass Feedback zu ihrem Vorteil genutzt wird (Hovland et al., 2020). Sie möchten wie Therapeutinnen/Therapeuten wissen, wie die Daten verwendet werden, wer Zugriff auf die Daten haben wird und wie die Auswirkungen auf die weitere Behandlung sein werden. Manche sorgen sich darum, dass sich ihr Feedback negativ auf die Ausstellung von Attesten, die Verschreibung von Medikamenten oder die Fortführung der Behandlung auswirken kann. Sie befürchten, zu gesund zu sein, um weiterhin Therapie machen zu dürfen (Börjesson & Boström, 2020). Auch wenn einigen Patientinnen/Patienten eher egal war, was mit den Daten passiert (Börjesson & Boström, 2020), kann mangelnde Information und Aufklärung Raum für Spekulationen bieten, welche sich negativ auf die Nutzung von MFS auswirken können. Zudem ist es aus formaler und ethischer Sicht erforderlich, transparent und umfänglich aufzuklären, damit die Patientinnen/Patienten auch für sich entscheiden können, ob sie ein MFS nutzen möchten.

Einen Einfluss auf die Implementierung und Nutzung von MFS können auch Gedanken der Patientinnen/Patienten über die Empfänger des Feedbacks haben. Es kann zu Über- oder Unterschätzungen kommen, wenn Patientinnen/Patienten befürchten, keine guten Patientinnen/Patienten zu sein, sich nicht genügend zu verbessern, sich mit der Antwort selbst zu schaden oder

zu gesunde Patientinnen/Patienten zu sein (Börjesson & Boström, 2020). All dies sind Reaktionsmuster, die auch sonst in Therapieprozessen auftreten können. Als hilfreich kann sich hier eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung erweisen (Börjesson & Boström, 2020). Diese lädt Patientinnen und Patienten ein, sich mit allen Bedenken zu öffnen, und sie können eine Therapeutin/einen Therapeuten erleben, die/der sie ernst nimmt, nicht negativ bewertet, sondern hilfreich klärend und unterstützend zur Seite steht. Die Patientinnen/Patienten äußerten den Wunsch, ehrlich antworten zu wollen, und benötigen dafür aber Vertrauen, dass das Feedback in ihrem Sinne genutzt wird (Börjesson & Boström, 2020).

2.4.5 Implementierungsstrategien für eine erfolgreiche Implementierung

Die Anwendung eines MFS allein reicht nicht aus, um die Therapieergebnisse zu verbessern, und es gibt nicht nur eine Möglichkeit, MFS zu implementieren. Die optimale klinische Anwendung variiert je nach Kontext, Behandlungsphasen und spezifischen MFS (McAleavey & Moltu, 2021).

Eine Implementierung von MFS umfasst nach Aafjes-van Doorn und de Jong (2022) 3 Kernelemente:

(1) die Anwendung eines onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystems zur regelmäßigen Erfassung relevanter Ergebnisse, (2) Therapeutinnen/Therapeuten, die diese Daten nutzen, um Behandlungsentscheidungen zu treffen, und (3) die Besprechung der Daten mit den Patientinnen/Patienten und ggf. auch mit anderen Personen aus der Behandlungsumgebung (Aafjes-van Doorn & der Jong, 2022).

Eine erfolgreiche Implementierung erfordert einen Kontakt zu einer oder mehreren Anwender/-innen, die bereits Erfahrungen mit einem MFS haben und/oder Personen aus der Institution, die bereit sind, als Vorreiter das System auszuprobieren. Ebenso hilfreich sind Engagement, Schulungen, Austausch über die Umsetzung, positive und negative Erfahrungen, Anpassungs- und Veränderungsvorschläge und ein Support durch die Anbieter des MFS.

Implementierungsverantwortliche und Therapeutinnen/Therapeuten sollten sich über verschiedene Monitoring- und Feedbacksysteme informieren und v. a. mit dem dahinterliegenden Paradigma beschäftigen. Wie dargelegt, basieren MFS auf verschiedenen Paradigmen und unterscheiden sich daher in den Funktionalitäten und Anwendungsmöglichkeiten. Erfahrungsgemäß und aufgrund der bisherigen Rückmeldungen von Anwender/-innen sollte das Feedbacksystem den Anwender/-innen Spielraum lassen, es auf unterschiedliche Art und Weise in der Therapie nutzen zu können. So können Therapeutinnen/Therapeuten auch Patientinnen/Patienten in der Therapie besser dazu motivieren, den Therapieprozess begleitend für sich zu bewerten.

Einbezug der Therapeutinnen/Therapeuten. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass es wichtig ist, in Institutionen Therapeutinnen/Therapeuten mit einzubeziehen, da die Einstellung der Therapeutinnen/Therapeuten zu MFS voraussagt, ob und wie sie MFS in der Therapie einsetzen (de Jong, 2016; Rye et al., 2019). Manche Therapeutinnen/Therapeuten bevorzugen längere mehrdimensionale Skalen, manche kürzere. Auch Themen wie psychosoziale Funktionen und therapeutische Allianz sind interessant.

Förderlich für die Implementierung und Nutzung von MFS ist, wenn Therapeutinnen und Therapeuten die Anwendung in therapeutischen Prozessen als klinische Fähigkeit ansehen können. Prozessfeedback sollte in erster Linie patientinnen-/patientenorientiert und nicht ausschließlich zu administrativen Zwecken eingesetzt werden. Damit die Anwendung eines MFS einen günstigen Einfluss auf die Mitarbeit und den Entwicklungsprozess von Patientinnen/Patienten hat, müssen Therapeutinnen/Therapeuten überzeugt sein, dass ein MFS praktisch und gewinnbringend sein kann und wissen, wie sie Feedback in der klinischen Versorgung umsetzen können (McAleavey & Moltu, 2021).

Anforderungen an das Management einer Klinik. Vor der Implementierung eines MFS sollte sich das Management überlegen, welche Ziele damit verfolgt werden sollen. Es muss seitens der **Verantwortlichen** eine sorgfältige Planung, ein unterstützendes Klima und eine hilfreiche Kultur geschaffen werden (Bovendeerd et al., 2021). Die Verantwortlichen sollten den Implementierungsprozess im Vergleich zu anderen Bereichen priorisieren. Management und Führungskräfte müssen sich damit beschäftigen, den erforderlichen organisatorischen Aufwand und benötigte Ressourcen einzuschätzen. Sie müssen Zeit und Raum zum Lernen schaffen und sich überlegen, wie mit skeptischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern umgegangen werden soll (Hansen, 2017).

Es sollte auch bestimmt werden, welche Personen für den Implementierungsprozess verantwortlich sind (Håland & Tilden, 2017) und wie die Überprüfung der Umsetzung stattfinden soll (Douglas et al., 2016).

Ihnen sollte vorher klar sein, dass die Implementierung eines MFS dauert und langfristiges Engagement sowie Geduld und Beharrlichkeit erfordert (Bohanske & Franczak, 2010; Hansen, 2017).

Eine Top-down-Implementierung und eine verpflichtende Anwendung von MFS führen nicht bei allen Anwender/-innen zu Zustimmung und positiven Erfahrungen und können somit die Implementierung erschweren (Solstad et al., 2020). Die Ergebnisse von Solstad et al., (2020) deuten darauf hin, dass die Anwendung eines MFS zu Konflikten führen kann, wenn es ohne Zusammenarbeit und Sensibilität für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingesetzt

wird. Sie können dann von den Betreffenden als sinnlose bürokratische Übungen erlebt werden, die therapeutische Prozesse behindern, anstatt ihnen zu helfen (Happell, 2008; Wolpert, 2014). Patientinnen und Patienten sollten mit einbezogen und gut informiert werden. Es muss ein Klima geschaffen werden, in dem sie sich wohlfühlen, um ihre Erfahrungen mit dem Prozess frei ausdrücken zu können.

Eine explizite und kollaborative Diskussion erhöht den Nutzen und positive Effekte von MFS (McAleavey & Moltu, 2021). Um Mitarbeiter/-innen in Kliniken und Einrichtungen besser einzubeziehen und ihre Motivation zu fördern, sollten die Gründe für eine Implementierung und zu erwartende Verbesserungen und Vorteile zusammengetragen werden und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung gestellt werden. Sie sollten Gelegenheit bekommen, Barrieren und Bedenken mit den Implementierungsverantwortlichen zu besprechen. Es sollte möglich sein, das MFS auszuprobieren, um Erfahrungen zu sammeln. Die Therapeutinnen und Therapeuten sollten entsprechende Trainings erhalten (Lutz et al., 2019). Es sollte Diskussionen geben, wo alle Beteiligten (Therapeutinnen/Therapeuten, Patientinnen/Patienten, Supervisorinnen/Supervisoren) positive wie negative Eindrücke rückmelden können (Cooper et al., 2021). Ebenfalls wichtig für eine erfolgreiche Implementierung ist die Verbindung von MFS mit den Zielen der Mitarbeiter/-innen (de Jong, 2016; Prescott, 2017). Die Nützlichkeit des klinischen Feedbacks scheint mit der Freiheit und Fähigkeit einer Therapeutin/eines Therapeuten verbunden zu sein, die Informationen in andere laufende Prozesse in der Therapie zu integrieren und sie für die Patientinnen und Patienten sinnvoll und hilfreich zu machen (Solstad et al., 2020).

Datenmanagement. Zum Datenmanagement sollten klare Standards formuliert werden. Es sollte festgelegt werden, welche Daten erhoben werden, wer Zugriff auf die Daten hat, wie sie gespeichert und gesichert werden, wie und mit wem die erhobenen Daten kommuniziert werden (Boswell et al., 2015). Das Management muss explizit deutlich machen, dass es bei der Erhebung von Therapieverlaufsdaten nicht um Therapeutinnen-/Therapeutenvergleiche und/oder Bewertungen von Fortschritten der Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Konsequenzen (Belohnung, Bestrafung) geht. Vielmehr sollte der Fokus darauf liegen, den Anwender/-innen Mitgestaltungsmöglichkeiten zu geben sowie die berufliche Entwicklung und Reflexion zu unterstützen und zu fördern (Hansen, 2017). Wichtig ist ebenfalls eine offene Fehlerkultur. MFS erfordert Vertrauen unter den Anwendern/Anwenderinnen, sich mit den erhobenen Ergebnisdaten zu zeigen (Babins-Wagner, 2017; Lucock et al., 2015). Im Rahmen der Implementierung sollte begleitende Supervision und/oder Intervision angeboten werden, um sich gegenseitig bei Problemen unterstützen zu können und/oder sich mit Ideen und Vorschlägen zu inspirieren.

Therapeutinnen und Therapeuten, die ein MFS anwenden, sollten darüber aufgeklärt und dabei unterstützt werden, wie mit negativen Verläufen oder anderen Problemen umgegangen werden kann (de Jong et al., 2016).

Anforderungen an die Anwender/-innen. Von den Anwenderinnen und Anwendern erfordert die Implementierung eines MFS Flexibilität, Zeit und Aufwand (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022). Um das klinische Potenzial auszuschöpfen, sollten Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten eine explizite Begründung für MFS entwickeln und diese so oft wie nötig wiederholen und überarbeiten, um eine aktive Zusammenarbeit zu gewährleisten (McAleavey & Moltu, 2021).

Umgang mit Feedback

Der Umgang mit Feedback in der Therapie ist nicht einheitlich und abhängig von den Behandlerinnen und Behandlern, den Vorgaben durch eine Einrichtung und den Präferenzen der Patientinnen/Patienten. Letztere können sich im Therapieverlauf durchaus ändern und sollten daher von den Therapeutinnen/Therapeuten regelmäßig erfragt werden. Da, wo es keine Vorgaben gab, wie das Feedback einzusetzen ist, nutzten Kliniker/-innen dies auch unterschiedlich. Einige lasen den Bericht nur und andere überlegten, wie man die Informationen aus dem Feedback von Sitzung zu Sitzung verwenden kann. Manche diskutierten den Bericht mit ihren Patientinnen/Patienten. Wenn Therapeutinnen und Therapeuten ihre Patientinnen/Patienten einluden, über ihren Feedback-Bericht zu sprechen, erlebten diese eine Verbesserung der Therapie (Hovland et al., 2020; Solstad et al., 2020). Auch eine therapeutische Fokussierung auf Diskrepanzen erlebten die Patientinnen/Patienten als einen natürlichen Teil der Sitzung, da diese auf relevante Probleme hinweisen könnten, die angegangen werden müssen (Hovland et al., 2020). In den Berichten der Behandlerinnen und Behandler zeigte sich, dass Patientinnen/Patienten unterschiedlich mit Feedback umgehen. Einige nutzen es nicht aktiv oder reagierten gleichgültig gegenüber klinischem Feedback, hatten kein Interesse an der Betrachtung oder Diskussion des Feedback-Berichts (Hovland et al., 2020). Anderen war es wichtig, Informationen und einen Austausch zu erhalten, wenn sie ein Monitoring- und Feedbacksystem genutzt hatten (Helleseth et al., 2023; Solstad et al., 2020; Börjesson & Boström, 2020). In einer Patientinnen-/Patientenbefragung von Solstad et al. (2020) zeigte sich, dass die meisten Teilnehmer Feedback positiv und interessant erlebten und im Gegenzug eine **Anerkennung ihrer Bemühungen** erwarteten. Alle Patientinnen/Patienten, die ihre Feedbackberichte nicht zu sehen bekamen, äußerten sich enttäuscht darüber. Manche Patientinnen und Patienten fanden es hilfreich, wenn der Therapeut ihnen die Ergebnisse zeigte oder direkt nach bestimmten Angaben fragte. Sie

hätten dadurch über Themen sprechen können, die sie selbst nicht thematisieren konnten oder wollten. Andere erlebten sich dann unsicherer und defensiver. Sie bevorzugten eine **subtilere und vorsichtiger Art und Weise** beim Ansprechen vermiedener Themen durch die Therapeutin/den Therapeuten. Andere wollten, dass der/die Therapeut/-in generell subtil und implizit das Gespräch auf relevante Themen lenkt, die sich aus dem Feedback ergeben hatten. Einige Patientinnen und Patienten benötigten dagegen **direkte und häufige** Gespräche über ihre Ergebnisse, um über schwierige Themen reden zu können (Duong et al., 2016; Hetrick et al., 2015; Sundet, 2014; Unsworth et al., 2012; Wolpert et al., 2016).

Der Umgang mit Feedback wird auch beeinflusst durch das MFS selbst. Gerade in der Nutzung linearer MFS, die wenig idiographische Informationen nutzen, zeigte sich, dass Patientinnen/Patienten es vorziehen, das MFS in erster Linie als Absicherung im Falle einer plötzlichen oder schnellen Verschlechterung zu verwenden, so dass sich die Inhalte in den Sitzungen auf komplexere therapeutische Themen beziehen konnten (Callaly & Hallebone, 2001; Guthrie et al., 2008; Sundet, 2014). Manche Patientinnen und Patienten äußerten die Notwendigkeit einer flexiblen und pragmatischen Nutzung von Monitoring- und Feedbacksystemen, v. a. dann, wenn die Antworten sehr ähnlich waren. Dann würde eine kurze Bestätigung dieses Ergebnisses als Update des aktuellen Status reichen und man könnte sich anderen Themen zuwenden (Solstad et al., 2020). Einige Patientinnen und Patienten waren es leid, Feedback auszufüllen. Sie wollten sich einfach hinsetzen und reden. Andere Patientinnen und Patienten betrachteten es als ein Werkzeug für den Behandler/die Behandlerin und sie hatten kein Interesse am Feedback (Hovland et al., 2020).

Patientinnen und Patienten halten es für hilfreich, etwas zum Anschauen, einen **visuellen Beweis**, dass die Therapie funktionierte, zu haben. Dies hatte einen positiven Effekt auf ihr Vorkommen (Hellesteth et al., 2023). Es ist nicht immer erforderlich, die Ergebnisse im Detail zu untersuchen. Ein notwendiges Minimum für eine erfolgreiche Anwendung scheint darin zu bestehen, die Patientinnen/Patienten über die Zwecke von MFS zu informieren und ihr Feedback zu überprüfen und anzuerkennen (Solstad et al., 2020). Therapeutinnen und Therapeuten sollten immer die Feedbackberichte der Patientinnen/Patienten lesen. Sie sollten sie auch einladen, diese zu besprechen, denn einige Patientinnen und Patienten investieren viel Mühe, um ihre Therapeutinnen/Therapeuten zu informieren. Zudem können emotionale und kognitive Prozesse evoziert werden, die therapeutisch relevant sein können, weshalb eine Gelegenheit gegeben werden sollte, diese zu besprechen (Hovland et al., 2020). Wie oft, ist abhängig von den Wünschen der Patientinnen/Patienten, von therapeutischen Einschätzungen und vom Zweck des Monitorings. Die Anwendung sollte in Therapeutinnen/Therapeuten-

Patientinnen/Patienten-Dyaden verhandelt und überprüft werden. Auch während eines Therapieprozesses können sich unterschiedliche Präferenzen auf Seiten der Patientinnen und Patienten zeigen. Therapeutinnen/Therapeuten sollten regelmäßig Feedbackgespräche anbieten und, wenn sie selbst eine Notwendigkeit sehen, dies auch entsprechend thematisieren. Kein/e Patient/-in beschrieb, dass die Anwendung von MFS **schädlich** für den therapeutischen Prozess gewesen ist (Solstad et al., 2020).

Schulung von MFS in der Ausbildung. Ein bedeutsamer Ansatzpunkt zur Minimierung von Hindernissen ist die Implementierung in der Ausbildung/Weiterbildung (Schaffrath et al., 2022; Ionita et al., 2016; Tasca et al., 2015). Die Auszubildenden können bereits frühzeitig lernen, ein MFS in ihre Arbeit zu integrieren. Nach van Doorn und Meisel (2022) kann sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung erhalten, wenn MFS in Ausbildungskliniken und -instituten implementiert wird. Auszubildende haben die Möglichkeit, mit MFS zu experimentieren und zu vielfältigen Inhalten Kenntnisse zu erwerben. Sie können:

- erfahren, wie der Stand der Forschung zur Wirksamkeit von MFS ist,
- wie man mit klinischem Feedback umgeht,
- relevante Fähigkeiten im Bereich der Datenerhebung erweitern,
- lernen, die Daten des MFS sinnvoll zu nutzen und
- lernen, negative Behandlungsverläufe in einem wertschätzenden, unterstützenden Klima diskutieren zu können,
- von den Ausbilderinnen und Ausbildern lernen, Daten aus einem MFS und klinische Beobachtungen zu kontextualisieren und
- die Ergebnisse in die Fallkonzeptualisierung und Interventionsplanung einzubeziehen,
- Feedback angemessen mit Patientinnen/Patienten zu besprechen

(Aafjes-van Doorn & Meisel, 2022; McAleavey et al., 2021).

Interpretation der Daten: Feedbackdaten sind nur dann hilfreich, wenn ein/e Behandler/-in weiß, wie man sie nutzen kann, um die Behandlung zu verbessern (Lambert, 2017). Es sollte ein angemessenes Gleichgewicht gefunden werden zwischen klinischen Einschätzungen, Beobachtungen, Patientinnen-/Patientenberichten und Feedbackdaten. Gerade normatives Feedback lädt dazu ein, dass sich Behandler/-innen sehr auf die Daten verlassen. Verschlechterungen in den Daten können zu anderen Interventionen im Therapieprozess führen, wenn ich die Interpretation der Patientinnen/Patienten und klinische Eindrücke nicht einbeziehe. Es ist entscheidend, bei der Anwendung eines MFS offen für mögliche Inkonsistenzen zwischen

Symptomwerten und subjektivem Erleben zu sein (Gomez et al., 2022). Bei der Bewertung von Feedbackdaten sollten die Beteiligten (Therapeutinnen/Therapeuten, Supervisorinnen/Supervisoren) berücksichtigen, dass sie für mehrere Interpretationen offenbleiben, gerade wenn die Daten Verschlechterungen anzeigen (van Doorn & de Jong 2022). Van Doorn und de Jong (2022) beschreiben, dass ein nicht on track liegender Verlauf nicht bedeutet, dass die Behandlung nicht wirksam ist. Eine Verschlechterung der Werte muss nicht auf Behandlungsversagen hindeuten, sondern kann auf eine Aufgabe von Vermeidungsstrategien hinweisen, wodurch sich das Bewusstsein für die Symptome ändert, was ein Therapiefortschritt sein kann (Dimaggio et al., 2020; Ogles et al., 2022). Desmet et al. (2021) plädieren dafür, auch qualitative Daten, wozu die Patientinnen-/Patientensicht gehört, mit in die Datenauswertung einzubeziehen, da nur die Betrachtung von normativen Daten zu Fehlschlüssen führen kann. Die Sicht der Patientinnen und Patienten ist in der Auswertung der Daten von erheblicher Bedeutung. Möglicherweise wurden Variablen, die sich verbessert haben, nicht erfasst. Ein höheres Maß an Symptomen kann auch ein höheres Maß an Selbstbewusstsein widerspiegeln und nicht eine Verbesserung oder Verschlechterung an sich. Gerade bei dem Punkt Verschlechterung ist zu unterscheiden, wie und welche Daten erfasst werden und was als Verschlechterung oder ungünstiger Behandlungsverlauf aus Sicht des jeweiligen Paradigmas anzusehen ist. Wann beginnt eigentlich eine frühzeitige Verschlechterung? Kann man in den ersten 10 Sitzungen schon von einer problematischen Entwicklung sprechen? Eine Verschlechterung im Sinne einer Verstärkung der Symptomatik kann gerade zu Therapiebeginn ein „normales“ Phänomen sein, da Patientinnen/Patienten beginnen, etwas von sich und ihrem Erleben Preis zu geben, was auch eine stärkere Wahrnehmung und Aktualisierung dieser negativ erlebten Themen und Symptome bedeutet. Gerade auch durch vertieftes Nachfragen von Therapeutinnen/Therapeuten können negativ erlebte Themen und Reaktionsmuster bewusster werden und dadurch auch zu mehr negativem Erleben führen. Dies ist notwendig im Sinne einer Affektaktivierung und um Veränderungsprozesse anzuregen. Aus nichtlinearer Sicht wird so möglicherweise eine Instabilität angeregt, in der ein/e Patient/-in offener wäre für Interventionen. Aus meiner eigenen klinischen Erfahrung heraus sehe ich es als bedeutsam an, dass Patientinnen und Patienten auch negatives Erleben zulassen und anschauen können. Es braucht Geduld und Zeit, damit sich Patientinnen und Patienten entwickeln können und aus den therapeutischen Angeboten etwas für sich nutzen können.

Kundenbewertungen der Allianz sind tendenziell negativ verzerrt (Horvath et al., 2011). Das bedeutet, dass selbst geringfügig unterdurchschnittliche Bewertungen auf Probleme in der therapeutischen Allianz hinweisen. Es kann daher sinnvoll sein, in diesem Fall die

Therapiebeziehung als Thema in der Therapie anzubieten. Auch wenn Patientinnen/Patienten die Therapiebeziehung positiv einschätzen, kann man auch ab und zu die Therapiebeziehung in einem Therapiefeedbackgespräch ansprechen, wie zum Beispiel: „Ich habe gesehen, dass Sie unsere gemeinsame Arbeitsbeziehung als gut wahrnehmen. Können Sie mir etwas genauer schildern, was Sie gut finden?“ Der/die Therapeut/-in kann darüber Hinweise erhalten, ob der klinische Eindruck, die Angaben im MFS und die Äußerungen des Patienten/der Patientin übereinstimmen oder nicht, und kann entscheiden, ob die bisherige Vorgehensweise weiterhin bestehen bleiben kann oder angepasst werden muss.

2.5 Darstellung des Synergetischen Navigationssystems: Theoretischer Hintergrund, Methoden und Funktionalitäten, Nutzungspraxis

Monitoring- und Feedbacksysteme müssen vor dem Hintergrund ihrer theoretischen Orientierung verstanden werden. Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, beruhen die meisten Feedbacksysteme auf linearen Modellen psychischer Veränderungen. Einen anderen Blick auf psychotherapeutische Veränderungsprozesse bieten die Theorien nichtlinearer komplexer Systeme. Veränderungsprozesse in der Psychotherapie verlaufen aus dieser Perspektive nicht auf einem Standardtrack, sondern komplex, individuell, nichtlinear und nichtstationär (Schiepek & Aichhorn, 2013; Schiepek et al., 2020a). Ihnen gehen in der Regel Veränderungen in der aktuellen Dynamik voraus (Schiepek et al., 2020a).

Auf Basis des nichtlinearen Paradigmas wurde das Synergetische Navigationssystem (SNS, Schiepek et al., 2018; Schiepek, 2022b) entwickelt. Es handelt sich um ein generisches online-basiertes Monitoring- und Feedbacksystem, da es in diversen Fachbereichen (Psychologie, Medizin, Soziologie, Pädagogik, Sport) in unterschiedlichen Settings wie zum Beispiel in der Psychotherapie, in der Psychiatrie, im Coaching, in der Beratung und im Leistungssport und bei unterschiedlichen Personen und Personengruppen wie Einzelpersonen, Paaren, Familien, Gruppen und Teams eingesetzt werden kann (Schiepek & Oelkers-Ax, 2022). Es ist zeitlich, räumlich und in Bezug auf die Erfassung von Daten maximal flexibel (Schiepek, 2022b).

2.5.1 Das Paradigma nichtlinearer Systeme

Synergetik und Chaostheorie bieten als Systemtheorien ein hilfreiches Paradigma für das Verständnis von komplexen, nichtlinearen Veränderungsprozessen in Psychotherapien. Die Synergetik beschreibt als formalwissenschaftliche Theorie allgemeine Prinzipien für Veränderungsprozesse in verschiedenen Systemen. Sie erklärt **selbstorganisierte Musterbildung**, also das Entstehen von Ordnung sowie Muster- bzw. Ordnungsübergänge in physikalischen Systemen,

sozialen Systemen und Humansystemen (Haken & Schiepek, 2010). Viele Erscheinungen in der belebten und unbelebten Natur bestehen aus Sicht der Systemtheorien auf nichtlinearen Vernetzungen und Wechselwirkungen zwischen Teilen eines Systems (Schiepek et al., 2013; Haken & Schiepek, 2010). Nichtlinear meint, dass zwischen den Teilen eines Systems dynamische, inhibierende und aktivierende Feedbackprozesse stattfinden. Zudem sind diese Systeme im Austausch mit ihrer Umwelt und durch eine ständige Zu- und Abfuhr von Energie, Information und Materie gekennzeichnet. Es handelt sich um sog. **dissipative Systeme**. Komplexe nichtlineare Systeme sind durch Selbstorganisationsprozesse dazu in der Lage, spontan Ordnungszustände bzw. Muster und Attraktoren zu erzeugen (Haken & Schiepek, 2010; Strunk & Schiepek, 2006). Die Ordner zeigen auf der **Makroebene** (zum Beispiel ein gefrorener Eisblock) völlig andere Eigenschaften und Merkmale als auf der **Mikroebene** (Ebene der einzelnen Elemente, wie zum Beispiel Wassermoleküle). Zwischen dem Ordner auf der Makroebene und den Teilchen auf der Mikroebene finden **kreiskausale Wechselwirkungen** statt, die einen Ordner stabilisieren. Aus Sicht der Synergetik befinden sich psychisch kranke Menschen meist in einem stabilen, aber krankhaften Ordnungszustand wie zum Beispiel einer Zwangserkrankung oder einer depressiven Episode (Schiepek et al., 2013).

Krankheit geht meist mit einer geringeren Flexibilität und Vielfalt, mit reduzierten Freiheitsgraden des Erlebens, Denkens und Verhaltens einher (Schiepek et al., 2013). Die Möglichkeiten des Systemverhaltens eines psychisch erkrankten Menschen sind reduziert. Der Patient kann sich so nicht mehr an veränderte Lebensumwelten anpassen oder in einen anderen Ordner bzw. ein anderes für ihn funktionaleres Muster wechseln. Wenn Ordner gut etabliert sind, bestehen starke Verbindungen zwischen den Elementen mit verstärkenden oder hemmenden Rückkopplungsschleifen. Damit sind sie relativ starr und relativ unempfindlich gegenüber Einflüssen von außen (Hayes & Andrews, 2020). Dies verdeutlicht, wie herausfordernd Musterveränderungen für Patienten/Patientinnen sein können.

Gesundheit wäre aus Sicht komplexer dynamischer Systeme die Fähigkeit, sich flexibel an neue Gegebenheiten anpassen zu können, und andererseits auch die Fähigkeit, Kontinuität aufrechterhalten zu können. Die Bildung von Ordnern ist daher nicht per se negativ, denn sie hilft uns auch, eine Zeit lang Stabilität zu erleben.

Prozesse der Ordnungsbildung oder Ordnungsübergänge in Humansystemen werden durch Einflüsse von außen oder aus dem Inneren eines Systems angestoßen. Diese Einflussfaktoren nennt man **Kontrollparameter**. Sie modifizieren die nichtlinearen Wechselwirkungen zwischen den Elementen eines Systems. Systeme selektieren ihre Kontrollparameter. In psychologischen und sozialen Systemen kennen wir die Kontrollparameter, die im Außen oder im inneren System

generiert werden, in der Regel nicht (Haken & Schiepek, 2010; Schiepek et al., 2013). Es ist daher nicht möglich, Kontrollparameter direkt zu steuern, um so ein System in die gewünschte Richtung zu ändern (Schiepek et al., 2013). Kontrollparameter in Humansystemen können beispielsweise intrinsische Motivation oder Emotionsaktivierung sein. Beides kann man durch verschiedene therapeutische Interventionen anregen. Umgekehrt kann die Systemdynamik in einem Humansystem auch Einfluss auf einen Kontrollparameter haben. In psychischen und neuronalen Systemen findet somit auch eine Top-Down-Wirkung statt. Das bedeutet, dass wir uns für bestimmte Reize sensibilisieren oder abschotten können. Damit kann ein psychologisches System seine Disposition für bestimmte Kontrollparameter ändern, ohne dass eine genaue Kenntnis der Mikroebene erforderlich ist. Die **Umwelt** selbstorganisierender Systeme stellt Bedingungen zur Verfügung, welche als Kontrollparameter fungieren. Gegebenheiten der Umwelt können Annäherungs- oder Vermeidungsverhalten erzeugen. Patientinnen/Patienten wählen die Umwelt aus, in der sie sich bewegen wollen. Sie gestalten sie aktiv und die Umwelt wirkt auf Patientinnen/Patienten zurück.

Selbstorganisationsprozesse werden ebenfalls beeinflusst durch **Constraints**, also systeminterne (wie die neuronale Plastizität, v. a. bedingt durch frühe Lernerfahrungen) und externe Randbedingungen (wie die physikalisch-materielle Umwelt).

Einmal entstandene Ordner, wie beispielsweise Kognitions-Emotions-Verhaltens-Muster (KEV-Muster), lassen sich leichter wiederherstellen oder beeinflussen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Ordner (KEV-Muster) (Schiepek et al., 2013). Je nach Systemzustand (d. h. der bisherigen Geschichte des Systems) können **Interventionen** ggf. überhaupt nichts bewirken oder tiefgreifende Veränderungen auslösen. Eine empathische Reaktion einer Therapeutin kann zu einem Zeitpunkt völlig unbemerkt bleiben, zu einem anderen dazu führen, dass sich der Patient tief verstanden fühlt.

Eine Ursache für psychische Probleme kann zum Beispiel in einem Selbstwertproblem liegen. Das Selbstwertproblem stellt einen Ordnungszustand mit einem bestimmten KEV-Muster dar. Dieses wurde in der Interaktion mit der Umwelt (etwa mit Eltern und mit Peers) erworben und wird unter bestimmten Rahmenbedingungen aktiviert. Der Patient erhält beispielsweise eine kritische Rückmeldung vom Chef, interpretiert diese als Beweis dafür, dass er ein wertloser Versager ist, erlebt starke Trauer und fühlt sich körperlich schlecht, schweigt und zieht sich zurück. Er ist nicht mehr in der Lage, differenziert auf die Rückmeldung zu reagieren. Da er Informationen aus der Umwelt selektiv und passend zu seinem Selbstwertproblem verarbeitet, werden korrigierende Erfahrungen nicht möglich. Das Selbstwertproblem findet sich durch die in der Lebensgeschichte erworbenen neuronalen Verknüpfungen auch auf der Ebene der inneren

Rahmenbedingungen wieder. Zu den externen Randbedingungen könnten der Chef und das Arbeitsumfeld mit den Arbeitsbedingungen gehören. Die aktuellen externen Rahmenbedingungen wurden möglicherweise auch durch das Selbstwertproblem beeinflusst. Denn jemand konnte durch die dysfunktionalen KEV-Muster seine eigentlichen Fähigkeiten und Kompetenzen nicht nutzen und arbeitet nun als Angestellter unter diesen Rahmenbedingungen.

Vor **Ordnungsübergängen bzw. Musterwechseln** (Kippunkten) treten häufig **Vorläufer** auf. Kritische Instabilität, Synchronisation von Subsystemen und kritisches Langsamerwerden konnten bisher als Vorläufer für Ordnungs- bzw. Musterwechsel identifiziert werden (Haken & Schiepek, 2010). Es handelt sich hierbei offenbar weder um diagnose- noch um psychotherapiespezifische Phänomene (Schiepek, 2020). In einer Studie an 328 Patientinnen/Patienten mit affektiven Störungen (einem Spektrum von rezidivierenden und chronischen Depressionen sowie zyklischen Störungen) konnte vor einer Veränderung der Dynamik eine Zunahme **kritischer Instabilität** identifiziert werden. Diese wurde erfasst durch die dynamische Komplexität, die ermittelt wird über Veränderungen in Amplitude, Frequenz und Verteilung von Werten einer Zeitreihe. Die kritische Instabilität zeigt hier als Frühwarnindikator eine bevorstehende Veränderung der Systemdynamik an (Olthof et al., 2019b). Instabile Phasen haben in komplexen, nichtlinearen, dynamischen Systemen eine klinische Relevanz, da dies sensible Systemzustände sind, in denen eine erhöhte Sensitivität gegenüber Einflüssen von außen besteht (Haken & Schiepek, 2010; Heinzl et al., 2014). Kritische Instabilitäten können beispielsweise identifiziert werden durch Schwankungen in Emotionen und/oder im Verhalten und/oder in der Physiologie (Olthof et al., 2019b).

Das **Phänomen einer Synchronisationszunahme** bedeutet bei Entwicklungsprozessen von Patienten/Patientinnen in Psychotherapien beispielsweise, dass sich Kognitionen, Emotionen und Symptomintensitäten sehr kohärent verhalten (Haken & Schiepek, 2010). So können negative Emotionen über einen Zeitraum hinweg mit einer hohen Intensität auftreten und untereinander positiv miteinander korrelieren, während sie negativ mit positiven Emotionen korrelieren. Synchronisationen von Subsystemen findet man u. a. auch in neuronalen Prozessen (Basar-Eroglu et al., 1996; Singer & Gray, 1995) sowie in Ökosystemen am Rande eines ökologischen «Kippens» (Scheffer et al., 2009).

Kritisches Langsamerwerden zeigt sich darin, dass ein System, einmal aus einem Ordnungszustand herausgetrieben, langsamer wieder in seinen vorherigen Ordnungszustand zurückkehrt. Theorie und Praxis zeigen, dass die gleichen Vorläufer von Ordnungsübergängen nicht anzeigen, welche Art von Ordnungsübergang (zum Besseren oder Schlechteren) stattfindet (Scheffer et al., 2012; Olthof et al., 2019b). Ebenso kann es sein, dass kein Ordnungsübergang stattfindet

und ein System wieder in seinen vorherigen Ordnungszustand zurückfällt (Gelo & Salvatore, 2016).

Mit komplexen Systemen beschäftigt sich auch die **Chaosforschung**. Chaos beschreibt ein selbstorganisiertes Systemverhalten von komplexen, dynamischen Systemen. Chaotische Dynamiken folgen einer inneren Ordnung („deterministisches Chaos“). Durch Selbstorganisationsprozesse schwingt sich chaotisches Verhalten im Zeitablauf zu geordneten Mustern ein. Diese nennt man **Attraktoren**. Ein Attraktor ist ein bevorzugtes Verhaltensmuster eines Systems. Aus Sicht der Synergetik könnte man beispielsweise einen depressiven Ordnungszustand auf der Makroebene durch Ordnungsparameter (bzw. Muster) wie Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeitskognitionen, Antriebsminderung und Passivität beschreiben. Die Ordnungsparameterdynamik beschreibt dann die Ausprägung der jeweiligen Ordnungsparameter im Verlauf der Zeit, also wie stark Niedergeschlagenheit, Passivität, Antriebsminderung und Hoffnungslosigkeitskognitionen über einen bestimmten Zeitraum hinweg ausgeprägt sind. Ordner bzw. Muster kann ich zunächst beschreiben und als System definieren und auch ihren Verlauf über eine Zeitspanne erfassen. Aber ich erhalte so noch keine Aussage darüber, ob wir es auch mit einer Dynamik von chaotischen Systemen zu tun haben. Attraktoren sind erst bestimmbar durch die Erfassung ihrer Ausprägungen über einen bestimmten Zeitraum und die Visualisierung in einem mehrdimensionalen Phasenraum. Bettet man die Verlaufsdaten der Ordnungsparameter in einen beispielsweise dreidimensionalen Phasenraum ein, dann kann man feststellen, ob hier ein Attraktor vorliegt. Diesen würde man an einer geordneten Struktur erkennen. Damit ist davon auszugehen, dass wir mit Bedingungen, wie sie in chaotischen Systemen vorkommen, zu rechnen haben.

Ein Merkmal von chaotischen Systemen ist ihre **Nichtvorhersagbarkeit**. Auch wenn man die Variablen eines chaotischen Systems kennt und zwischen diesen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge bestehen, kann man sie aufgrund vielfacher Wechselwirkungen, Vernetzungen und Rückkopplungseffekte nicht vorhersagen. Bereits sehr kleine Veränderungen der Ausgangsbedingungen können zu großen, nicht vorhersehbaren Auswirkungen führen ("Schmetterlingseffekt"). Auch im Prozessverlauf besteht eine sensitive Abhängigkeit von minimalem Input in das System oder von Mikrofluktuationen (Schuster, 1989; Strunk & Schiepek, 2006). Ähnliche Ursachen können in chaosfähigen Systemen sehr unterschiedliche Wirkungen haben (Prinzip der Divergenz) und unterschiedliche Ursachen können ähnliche Wirkungen haben (Prinzip der Konvergenz). In Therapieprozessen zeigt sich dies beispielsweise darin, dass manche Patientinnen/Patienten mit der gleichen Diagnose nach eigener Aussage von einer bestimmten Intervention sehr profitiert haben, während bei anderen Patienten/Patientinnen keine Reaktion

darauf erfolgte. Bei manchen Menschen können schon schwache Stressoren suizidales Verhalten triggern und andere Menschen zeigen trotz starkem Stress keine Suizidgefährdung (Fartacek et al., 2015).

Psychotherapie wird aus Sicht der Theorien komplexer Systeme als Wiederherstellung der Selbstorganisationsfähigkeit komplexer, nichtlinearer, dynamischer Systeme verstanden.

Die Bedingungen zur Förderung von Selbstorganisationsprozessen werden in den generischen Prinzipien beschrieben (Haken & Schiepek, 2010; Rufer, 2012). Sie können als Heuristiken zur Prozessgestaltung von Psychotherapien genutzt werden. Aus Sicht der Synergetik können prinzipiell alle psychotherapeutischen Methoden helfen, die die Ordnungsbildung in der Psyche beeinflussen. Die Auswahl geeigneter therapeutischer Schritte erfolgt auf Basis des aktuellen Entwicklungs- und Systemzustandes des Patienten/der Patientin und vor dem Hintergrund der generischen Prinzipien. Der Entwicklungsverlauf wird durch die Diagrammdarstellungen der Daten im SNS visualisiert.

Die generischen Prinzipien ermöglichen eine theoretische Begründung des therapeutischen Vorgehens. Sie reduzieren die Komplexität in der psychotherapeutischen Praxis, da die 8 Kriterien als Entscheidungsheuristiken auf eine Vielzahl von Situationen angewendet werden können. Sie werden nicht als Phasenmodell angewendet, sondern je nach Prozessdynamik realisiert. Damit wird die Eigendynamik menschlicher Entwicklungsprozesse berücksichtigt und normative Beschränkungen werden vermieden (Haken & Schiepek, 2010). Durch den Einsatz des SNS in psychotherapeutischen Prozessen werden einige generische Prinzipien realisiert.

2.5.1.1 Die generischen Prinzipien

1- Schaffung von Stabilitätsbedingungen

Prinzip 1 besagt, dass es für Veränderungsprozesse in der Therapie Stabilität braucht. Veränderung bedeutet Destabilisierung. Damit Destabilisierung möglich ist, sind Maßnahmen notwendig, die Stabilität fördern. Dies kann zum Beispiel durch ein klares Setting, Verstehbarkeit und Transparenz des therapeutischen Vorgehens und durch den Aufbau und die Gestaltung einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung realisiert werden.

Der Einsatz des SNS als internetbasiertes Monitoring- und Feedbacksystem kann Stabilität bieten und fördern. Durch die täglichen Selbsteinschätzungen und Tagebucheinträge wird ein Ritual implementiert, welches eine Ordnungsstruktur bietet und einen roten Faden als Orientierung und Struktur für den eigenen Entwicklungsprozess auch außerhalb der Therapiesitzungen. Der Therapieverlauf kann für die Patientinnen/Patienten durch die Feedbackinformationen und SNS-basierten Feedbackgespräche transparenter und verstehbarer werden. Die therapeutische

Beziehung kann gestärkt werden, da Wert auf die Wahrnehmung und das Erleben der Patientin/des Patienten gelegt wird und an gemeinsamen Zielen gearbeitet wird. Diese wahrgenommene stabile Unterstützung kann der Patientin/dem Patienten helfen, Neues auszuprobieren. Zeigen sich erste Verbesserungen, kann das Selbstwirksamkeitserleben gestärkt werden, was mehr Stabilität in Bezug auf die Wahrnehmung eigener Kompetenzen und ein stabileres Selbstvertrauen fördert.

2- Identifikation von Mustern des realen Systems

Es gilt festzulegen, auf welches System sich die zu fördernden Selbstorganisationsprozesse beziehen sollen (zum Beispiel ein Patient in einer Psychotherapie oder eine Familie in einer Beratung). Interessiert man sich in der Therapie für die Veränderung von problemrelevanten, dysfunktionalen Kognitions-, Emotions- und Verhaltensmustern, dann kann der/die Therapeut/-in durch verschiedene Methoden die relevanten KEV-Muster analysieren. In der IKVT würde man eine problemorientierte kognitive Diagnostik durchführen, um die Problemursache und damit zusammenhängende problematische Denkmuster zu identifizieren. In anderen Verfahren würde man eine idiographische Systemmodellierung, eine Plan- oder Schemaanalyse oder in der Tiefenpsychologie den zugrundeliegenden Konflikt und das Strukturniveau analysieren. Diese individuelle Fallkonzeption liefert den Ansatzpunkt für das therapeutische Vorgehen und die zu verwendenden Methoden.

Auch das SNS kann man nutzen, um Muster zu identifizieren. Das zu betrachtende System wird durch die Inhalte der Items eines Fragebogens definiert. Durch die täglichen Selbsteinschätzungen gibt der Patient Auskunft über sein Erleben und damit über seinen aktuellen „Systemzustand“. Die im SNS implementierten Auswertungsmethoden können dann genutzt werden, um Muster zwischen den erfassten Variablen zu erkennen bzw. Musterveränderungen in Form von Synchronisations- bzw. Desynchronisationsprozessen zwischen den erfassten Variablen oder Niveauveränderungen einzelner Variablen. Zeitreihendaten können zum Testen von Hypothesen verwendet werden, die zu Therapiebeginn aus der Problemanalyse abgeleitet worden sind (Schiepek et al., 2020a). Therapeut/-in und Patient/-in können gemeinsam feststellen, ob bestimmte Reaktionsmuster wie angenommen in den täglichen Selbsteinschätzungen sichtbar werden oder nicht, ob es andere Zusammenhänge gibt, die zuvor noch gar nicht bewusst wahrgenommen wurden etc.

3- Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit

Ein bedeutsames Thema in therapeutischen Prozessen ist das Erleben von Sinnhaftigkeit. Einige Patientinnen/Patienten suchen therapeutische Hilfe, da sie keinen Sinn mehr im Leben

oder dem, was sie tun, sehen. Mangelndes Sinnerleben wirkt sich negativ auf die Motivation aus und hemmt damit Veränderungsprozesse. Für den Aufbau bzw. die Förderung von Sinnerleben kann der Therapeut die Patientin/den Patienten zur Selbstreflexion eigener Werte, Moral- und Normvorstellungen und Ziele einladen: *Welche Ziele habe ich bisher verfolgt und weshalb? Was war/ist mir persönlich wichtig? Wohin möchte ich mich im Leben entwickeln?* Die verfolgten Entwicklungsschritte in der Therapie sollten zum Patienten/zur Patientin und seinen/ihren Norm-, Moral- und Wertvorstellungen und Bedürfnissen passen (Kohärenzerleben). Möglicherweise zeigen sich auch Zielkonflikte oder Konflikte zwischen Zielen und Normen/Wertvorstellungen, die bearbeitet werden müssen, um Sinnerleben zu ermöglichen und in der Zielverfolgung voranschreiten zu können. Neben Sinnerleben ist auch die persönliche Bedeutsamkeit von Zielen und Veränderungen relevant, um aktiv zu werden. Bedeutsamkeit erleben heißt, dass eine Person ihr Handeln als wirksam erlebt, dass sie damit wichtige Ziele erreichen, Bedürfnisse befriedigen, sich wohlfühlen und Unlust vermeiden kann. Man kann schauen, wo jemand in seinem Leben etwas von persönlicher Bedeutsamkeit erlebt hat und welche Bedeutsamkeit aktuelle bzw. zukünftige Ziele für die Person haben.

Ziele, die ein/e Patient/-in täglich im Alltag realisieren möchte, können in einen individuellen Fragebogen einfließen. Der/die Patient/-in kann so täglich einschätzen, inwieweit es gelungen ist, diese zu verfolgen und welche Hindernisse gegebenenfalls abgebaut werden müssen. Die starke Eingebundenheit in den eigenen Entwicklungsprozess kann das Sinnerleben und die persönliche Wirksamkeit fördern.

4- Energie und Motivation

Eine entscheidende Variable für Veränderungsprozesse in einer Psychotherapie ist Motivation. Nicht alle Patientinnen/Patienten kommen in Therapie, weil sie intrinsisch (aus dem Inneren heraus, selbstbestimmt) motiviert sind, sich zu verändern. Therapeutinnen/Therapeuten müssen diese Motivation dann erst mit den Patientinnen und Patienten erarbeiten. Auch im Verlauf der Therapie kann es notwendig sein, an der intrinsischen Motivation zu arbeiten, um therapeutische Ziele zu erreichen. Aus Sicht der Synergetik stellt intrinsische Motivation einen Kontrollparameter dar.

Um durch Selbstorganisationsprozesse entstandene leidvolle Muster zu verändern, ist eine energetische Anregung notwendig, damit das innere System aktiviert werden kann bzw. systeminterne Inhibitionsprozesse aufgehoben werden können. Kontrollparameter stellen eine solche energetische Anregebungsbedingung dar. In der Therapie ist es für die Förderung von

Selbstorganisationsprozessen notwendig, Interventionen zu realisieren, welche die intrinsische Motivation fördern.

Motivationsfördernd können unter anderem die Erarbeitung von Ressourcen, die Erarbeitung eines individuellen Fragebogens und das Monitoring mit dem SNS sein, da ein individualisiertes Vorgehen am Problem und Anliegen der Patientin/des Patienten möglich wird. Durch die Daten und ihre Besprechung in den SNS-basierten Feedbackgesprächen kann ein vertieftes und/oder differenzierteres Problemverständnis gefördert werden, und dies kann zur Eröffnung von weiteren oder anderen Veränderungsmöglichkeiten beitragen. Gewünschte und schon erreichte Veränderungen, die sonst manchmal gar nicht im Bewusstsein realisiert werden würden, können durch die Visualisierung der täglichen Selbsteinschätzungen sichtbar gemacht werden. Damit können Zuversicht, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung und intrinsische Motivation gestärkt werden.

5- Destabilisierung/Fluktuationsverstärkung

In der Psychotherapie sollen den Patientinnen/Patienten neue Erkenntnisse und andere Erfahrungen ermöglicht werden. Wenn diese abweichen von den bisherigen Erkenntnissen und Erfahrungen, treten Inkongruenzen auf. Bestehende KEV-Muster werden damit destabilisiert. Häufig bereiten sich Destabilisierungen bereits bestehender Muster innerlich vor, da die betroffene Person bereits den Eindruck hat, dass ihre bisherige kognitiv-emotionale Verarbeitung oder eigene Verhaltensmuster nicht mehr adäquat sind. Der/die Patient/-in befindet sich zunehmend länger in anderen, mit neuen oder emotional relevanten Erfahrungen assoziierten Zuständen. Um bestehende Muster zu unterbrechen, können in der Praxis unterschiedlichste Methoden angewendet werden, wie zum Beispiel Hinterfragen bisheriger Denkmuster, Rollenspiele oder Deutungen.

Auch durch die Arbeit mit dem SNS können Destabilisierungen bisheriger KEV-Muster angeregt werden. Allein die tägliche Selbsteinschätzung kann destabilisierend wirken und alte Muster auslösen, wenn man sich entscheiden muss, wie man den Tag gerade einschätzen will. Destabilisierungen können auch angeregt werden, wenn sich Inkongruenzen zwischen den im Monitoring berichteten Einschätzungen und dem klinischen Eindruck zeigen und diese in den SNS-basierten Feedbackgesprächen aufgedeckt und thematisiert werden. Der Blick auf den eigenen Entwicklungsverlauf kann beispielsweise alte Muster destabilisieren, wenn der/die Patient/-in erkennt, dass er/sie etwas erreicht hat und seine/ihre ausgeprägte negative Sicht auf sich so nicht passen kann. Kritische Fluktuationen sind im SNS direkt erkennbar über das Maß der dynamischen Komplexität.

6- Kairos, Resonanz und Synchronisation

Resonanz und Synchronisation sind entscheidende Variablen, welche den Erfolg therapeutischer Arbeit mit beeinflussen. Synchronisation und Resonanz im therapeutischen Prozess können sich durch Einnehmen der gleichen Körperhaltung, ähnlicher Bewegungshäufigkeit, im Sprechtempo, der Wortwahl, den berichteten Inhalten, eines ähnlichen Erregungszustandes oder eines ähnlichen mimischen Ausdrucks zeigen. Therapeut/-in und Patient/-in befinden sich in einer Art „Gleichklang“ im Denken und Erleben. Damit Patientinnen/Patienten sich auf Interventionen einlassen können, ist es wichtig, dass Therapeutinnen/Therapeuten ihr Vorgehen und ihren Kommunikationsstil zeitlich passend zum kognitiv-emotional-physiologisch-motivationalen Zustand der jeweiligen Patientin/des jeweiligen Patienten ausrichten. Bei der Wahl der Interventionen sollten Therapeutinnen/Therapeuten die aktuelle Verarbeitungstiefe der Patientinnen/Patienten berücksichtigen. Für therapeutische Fortschritte ist ein Wechsel zwischen Synchronisation, Resonanz und Intervention erforderlich. Es braucht Synchronisation und Resonanz, um sich verstanden zu fühlen, aber auch Konfrontation, da Patientinnen und Patienten sonst gegebenenfalls auf einer beschreibenden Ebene ihrer Probleme bleiben und eine Aktivierung von Schemata mit einer entsprechenden emotionalen Aktivierung nicht stattfindet.

Resonanz und Synchronisation beziehen sich auch auf die Gestaltung der gesamten Therapie. Die Wahl der Interventionen richtet sich nach der Patientin/dem Patienten. Ist erst mehr Klärung wichtig oder erst Stabilisierung sinnvoll, passen die Sitzungsabstände oder benötigt der/die Patient/-in aktuell 2 Sitzungen pro Woche?

In der Therapie kann es „besondere“ Momente geben, die eine Chance für eine Veränderung bieten. Das SNS kann dabei unterstützen, diesen Moment zu identifizieren. Zeigen sich in den Verläufen sogenannte kritische Instabilitäten, sichtbar durch starke und schnell fluktuierende Werte in den Selbsteinschätzungen, dann wäre dies aus Sicht dynamischer, komplexer Systeme ein sog. „Kairos“ Moment in einer Therapie, wo sich eine Chance für Veränderung bietet und Interventionen besonders wirksam sein können (Schiepek et al., 2018).

7- Gezielte Symmetriebrechung

Gezielte Symmetriebrechung bedeutet, dass ein/eine Therapeut/-in Interventionen realisiert, die einer Patientin/einem Patienten in einem Zustand kritischer Instabilität helfen können, einen neuen Ordnungszustand einnehmen zu können. In einem Zustand kritischer Instabilität besteht ein Zustand der „Symmetrie“, wenn zwei oder mehrere Reaktionsformen (KEV-Muster) mit gleicher oder ähnlicher Wahrscheinlichkeit realisiert werden können. Unklar ist, welches Reaktionsmuster (KEV-Muster) eintreten wird. Hier können kleinste Fluktuationen über die

Realisation des einen oder anderen Ordners entscheiden. Neue Ordnungsmuster können aufgebaut werden durch Antizipation von Zielzuständen, durch den Aufbau alternativer Denk- und Verhaltensmuster in Imaginationen, in Rollenspielen, durch Disputation von Denkmustern. Um die gezielte Symmetriebrechung zu fördern, können Therapeutinnen/Therapeuten mit Patientinnen/Patienten kleine „Anker“ zusammenstellen, die in den relevanten Situationen zur Verfügung stehen. Solche „Anker“ können Symbole sein, beispielsweise 3 wichtige Merksätze auf einem kleinen Zettel. Befindet sich beispielsweise eine Patientin in einem Zustand kritischer Instabilität, weil sie sich zum Beispiel erlauben möchte, einer Freundin gegenüber auch mal Nein zu sagen, dann hat sie im Zustand der „Symmetrie“ nun die Möglichkeit, nach ihrem alten oder neuen Muster zu reagieren. Durch einen Zettel in der Tasche mit den 3 wichtigsten hilfreichen Sätzen hat sie einen „Anker“, der im kritischen Zustand helfen kann, ihr Ziel, Nein zu sagen, umzusetzen. Man könnte auch aus dem SNS eine farbige Verlaufskurve für die Patientin ausdrucken und diese mitgeben als Erinnerung an die Fortschritte. In Momenten, wo die Patientin an sich zweifelt, könnte diese bunte Verlaufskurve ein wichtiger „Anker“ sein, der Zuversicht und Vertrauen stärkt, mit einer schwierigen Situation umgehen zu können.

8- Re- Stabilisierung

Damit neue, hilfreiche KEV-Muster sich automatisieren können und damit kontinuierlich zugänglich bzw. verfügbar bleiben, müssen sie wiederholt werden, am besten in unterschiedlichen Kontexten oder Situationen. Die Erfahrungen bilden Rückkoppelungsschleifen, durch welche die KEV-Muster verstärkt und stabilisiert werden (Hayes & Andrews, 2020).

Auch das SNS kann zur Stabilisierung beitragen. Einmal dadurch, dass die Patientinnen/Patienten sehen, dass sie sich weiterentwickelt haben und der Erfolg stabil in den Selbsteinschätzungen sichtbar wird. Somit erhalten sie eine Validierung „schwarz auf weiß“ durch ihre eigene Einschätzung. Man kann als Therapeut/-in auch einen Fragebogen mit den neuen KEV-Mustern erarbeiten, und durch die tägliche Selbsteinschätzung wird die Umsetzung im Alltag bewusst gehalten und wiederholt.

In der **Praxis** zeigen immer mehr Befunde, dass psychotherapeutische Veränderungsprozesse Merkmale nichtlinearer, komplexer, chaotischer Systeme aufweisen, und das Paradigma nichtlinearer Systeme stellt dafür eine Erklärungsmöglichkeit zur Verfügung (Gumz et al., 2012; Haken & Schiepek, 2010; Hayes et al., 2007b; Heinzl et al., 2014; Schiepek et al., 2014; Schiepek et al., 2018). Musterveränderungen können auf verschiedene Arten, wie sehr langsam und gering oder sehr plötzlich und stark, auftreten (Schiepek et al., 2020a). Veränderungsmuster

in nichtlinearen Systemen zeigen sich nicht nur in der Veränderung von Mittelwerten (Tang & DeRubeis, 1999), sondern in komplexen Dynamiken wie kritischen Instabilitäten oder Synchronisationen zwischen Variablen wie Kognitionen und Emotionen (Schiepek et al., 2022a; Schiepek et al., 2020a).

In verschiedenen Studien wurden diskontinuierliche, sprunghafte Veränderungen („early sudden changes“) in Psychotherapieverläufen bei Patientinnen/Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (wie zum Beispiel Depressionen, Zwangsstörungen, Bulimie, Alkoholmissbrauch) gefunden. Dies zeigte sich in plötzlichen Verbesserungen oder plötzlichen Verschlechterungen (Busch et al., 2006; Hayes et al., 2007a, b; Heinzl et al., 2014; Schiepek et al., 2009; Stiles et al., 2003; Tang & DeRubeis 1999).

Solche Veränderungen können schon vor der eigentlichen Intervention auftreten (Kleinstäuber et al., 2017; Schiepek et al., 2009; Stulz et al., 2008), was nicht dem klassisch linear-kausalen Verständnis von Psychotherapie entsprechen würde. Demnach wäre der Effekt nach der Intervention zu erwarten. Theorien komplexer Systeme beschreiben solche plötzlichen Veränderungen als Ordnungs- bzw. Musterwechsel, die infolge des Einwirkens von Kontrollparametern auf ein System auftreten können. Auch wenn diese Übergänge plötzlich und unerwartet erscheinen, kann man aus Sicht komplexer Systeme davon ausgehen, dass ihnen Vorläufer vorausgehen, die man durch hochfrequente Messungen identifizieren kann. In verschiedenen Studien konnte empirisch gezeigt werden, dass in Therapien mit gutem Ergebnis Wechsel zwischen stabilen und instabilen Zuständen stattfinden (z. B. de Felice & Andressi, 2014; Haken & Schiepek, 2010; Halfon et al., 2019; Olthof et al., 2019a; Schiepek et al., 2014).

Der Ansatz nichtlinearer Systeme geht davon aus, dass erfolgreiche Therapien mindestens einen Ordnungsübergang in ein neues Muster realisieren (de Felice et al., 2019b; Gelo & Salvatore, 2016; Haken & Schiepek, 2010; Hayes et al., 2007a). Die Analyse von Daten aus psychotherapeutischen Prozessen zeigte, dass Schwankungen in der Emotionsstärke mit einem positiveren Behandlungsergebnis bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen (Hayes & Strauss, 1998), mit Persönlichkeitsstörungen (Hayes & Yasinski, 2015) und mit Verhaltensproblemen (Lichtwark-Aschoff et al., 2012) assoziiert sind. Schwankungen in der täglichen Selbsteinschätzung konnten ebenfalls mit positiveren Ergebnissen bei Patientinnen/Patienten mit Zwangserkrankungen (Heinzl et al., 2014) und mit affektiven Störungen (Olthof et al., 2019a) in Verbindung gebracht werden. In einer Studie von van de Leemput et al. (2014) bei Patientinnen/Patienten mit affektiven Störungen zeigte sich, dass eine höhere Variabilität der Emotionen zu Behandlungsbeginn mit einer stärkeren Symptomreduktion in der Nachuntersuchung verbunden war. Bei Patientinnen und Patienten, die auf eine Therapie ansprachen, wurden signifikant

häufiger plötzliche Gewinne und nichtlineare Verläufe des therapeutischen Fortschritts beobachtet (Helmich et al., 2020).

Weiterhin zeigten Psychotherapieverläufe bei identischen Diagnosen und ähnlichen Symptombelastungen nach relativ kurzer Zeit individuelle Wege (Schiepek & Aichhorn, 2013). Aus Sicht der konventionellen Perspektive des klinischen Wandels sind solche Phänomene nicht zu erklären, denn demnach müsste sich die Symptombelastung allmählich und proportional zu den Interventionsbemühungen ändern. Im Sinne der Chaostheorie könnte man jedoch sagen, dass Psychotherapieverläufe eine sensitive Abhängigkeit von den Startbedingungen zeigen (Schiepek & Aichhorn, 2013). Die Vorhersagbarkeit von Therapieverläufen wird somit eingeschränkt und ist, wenn überhaupt, nur kurzfristig möglich.

2.5.1.2 Fazit

- Wir haben es in psychotherapeutischen Prozessen mit einer **komplexen Dynamik** zu tun. Die Wechselwirkungen zwischen den an einer Psychotherapie beteiligten Faktoren (Veränderungsmotivation, Problemeinsicht, Therapiebeziehung, Symptombelastung etc.) sind nichtlinearer Natur.
- Psychotherapieprozesse sind **individuell und nicht langfristig vorhersagbar**. In Psychotherapieprozessen können sich Problemmuster auflösen und spontan neue Muster entstehen. Wann, wie stark und wie oft sich Muster ändern, ist individuell unterschiedlich. Aus der Perspektive nichtlinearer, komplexer Systeme können lediglich kurzfristige Vorhersagen über Therapieprozesse realisiert werden (Schiepek et al., 2020a).
- Es gibt damit aus Sicht der Synergetik und Chaostheorie keinen Standardverlauf menschlicher Entwicklung, sondern diese verläuft in einer **Kaskade von Ordnungsübergängen**.
- **In nichtlinearen komplexen Systemen gilt nicht:** Viel hilft viel, sondern es hängt vom Systemzustand ab. Man kann Veränderungen in einer Psychotherapie nur anregen, nicht gezielt steuern. Damit haben Interventionen eine andere Bedeutung. Sie dienen als Anregebungsbedingungen, um Ordnungsübergänge und Selbstorganisationsprozesse zu fördern. Der/die Patient/-in wählt aus, ob er/sie damit etwas anfangen kann oder nicht (Schiepek, 2008).

Was bedeutet dies für die Erfassung von Psychotherapieprozessen mit einem onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystem?

- Die **Bildung von Standardtracks** auf Basis der Behandlungsdaten ähnlicher Patientinnen und Patienten macht aus Sicht der Komplexitätswissenschaften keinen Sinn, denn dadurch

gehen viele Informationen zu relevanten Prozessindikatoren wie Variabilität, Komplexität, Musterübergängen, kritischen Instabilitäten, Synchronisierung und Desynchronisierung verloren. Diese stellen jedoch wichtige Informationsquellen dar, die Auskunft über den aktuellen Systemzustand im Behandlungsverlauf geben und für adaptive Indikationsentscheidungen genutzt werden können (Haken & Schiepek, 2010; Schiepek et al., 2020a).

- Da wir es mit einem individuellen, dynamischen Geschehen in Psychotherapien zu tun haben, muss eine Statusdiagnostik durch eine **Prozessdiagnostik im Einzelfall** ergänzt werden.
- Auch ein Rückschluss von **individuellen Mustern auf Populationen** durch normative Vergleichskriterien erweist sich als problematisch. Die Anwendung normativer Vergleiche verletzt das Kriterium der Ergodizität (Molenaar & Campbell, 2009; Molenaar et al., 2009; Schiepek et al., 2022a). Um Rückschlüsse von Individuen auf Populationen vornehmen zu können, müssten menschliche Entwicklungsprozesse in der Psychotherapie statistische Merkmale aufweisen, die sich im Laufe der Zeit nicht ändern. Jedes Individuum müsste sich wie die entsprechende Grundgesamtheit verhalten, also jeder Depressive wie die Grundgesamtheit der Depressiven, und als zweite Bedingung müsste jeder psychologische Prozess über die Zeit hinweg invariante statistische Parameter der Daten (z. B. Faktorladungen) aufweisen. Beide Kriterien finden wir bei menschlichen Entwicklungsprozessen in der Psychotherapie so nicht. Denn Psychotherapieverläufe erweisen sich als individuell, dynamisch und chaotisch, und die an einer Psychotherapie beteiligten Faktoren stehen in nichtlinearer und dynamischer Wechselwirkung zueinander.
- **Therapiefeedback aus Sicht der nichtlinearen Theorien** dient nicht nur der Identifizierung von Verbesserungen, Verschlechterungen oder Stagnationen, sondern auch von Vorläufern, die auf bevorstehende Ordnungs- bzw. Musterübergänge hinweisen (Schiepek et al., 2018). Um diese erkennen zu können, benötigt man neben hochfrequent erfassten Daten auch ein Monitoring- und Feedbacksystem, welches nichtlineare Auswertungsmethoden bereitstellt, die Muster und Musterwechsel sichtbar machen.
- Um die Komplexität und Individualität einer Dynamik erfassen zu können, benötigt man eine angemessene Messfrequenz sowie die Möglichkeit, eine für Patientinnen und Patienten relevante Bandbreite und Vielfalt an Variablen erheben zu können. Nur ein **hochfrequentes Monitoring** ermöglicht durch die Menge der erfassten Informationen (viele Datenpunkte), Muster und Eigenschaften eines relevanten Systems identifizieren zu können.

Messfrequenz. Bei der Festlegung der Messfrequenz sind diverse Variablen zu berücksichtigen. Diese sind unter anderem der Messgegenstand (Verhalten, Hormone etc.), die Persönlichkeit der Patientinnen und Patienten, der Zeitpunkt der Messung (morgens oder abends etc.) und auch, welche Auswertungsmethoden später zum Einsatz kommen sollen (Seizer et al., 2024). Für analytische Methoden im Bereich der nichtlinearen Dynamik sind häufige, kontinuierliche und äquidistante (d. h. schneller als die Eigenfrequenz eines Systems) Messungen erforderlich (Haken & Schiepek, 2010; Heath, 2014; Schiepek et al., 2018). Diese sind ebenso erforderlich, wenn man Muster, Zustandsdynamiken, circadiane Muster, kritische Instabilitäten und Ordnungsübergänge in psychotherapeutischen Prozessen erkennen möchte (Schiepek et al., 2016a; Schiepek et al., 2018; Schiepek et al., 2022a, Seizer et al., 2024). Schiepek et al. (2018) konnten anhand der Zeitreihendaten einer Patientin mit einer Bordeline-Diagnose zeigen, wie Therapieverläufe durch niedrige und unregelmäßige Abtastraten flach werden und jegliche Komplexität verlieren. Bei wenigen Messzeitpunkten kann die Datenerhebung zu einem Zeitpunkt zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Denn die Selbsteinschätzungen von Patientinnen und Patienten sind unterschiedlich volatil und können sich von Tag zu Tag abhängig von diversen Einflüssen ändern. Je nach gemessenem Zeitpunkt können unterschiedliche Therapieergebnisse (verbessert, verschlechtert, unverändert) festgestellt werden, was erhebliche Auswirkungen auf die Einschätzung der Qualität einer Psychotherapie und das weitere Vorgehen haben kann (Schiepek & Oelkers-Ax, 2022). Ein entscheidender Faktor zur Bestimmung der Messfrequenz liegt auch in der Frage, was ich messen möchte. Für das Verständnis der Variabilität von Parametern innerhalb einer Person benötige ich Messungen, die mehrmals täglich stattfinden (Seizer et al., 2024). In der Psychotherapie hat sich eine tägliche Abtaststrategie als sinnvoll und machbar in der Praxis erwiesen (Schiepek et al., 2018). So können Langzeitmessungen besser realisiert werden, da sie für die Patientinnen und Patienten nicht so belastend sind wie häufigere tägliche Messungen. Durch tägliche Messungen können Veränderungen über die Zeit hinweg erfasst werden, die im klinischen Setting von Interesse sind (Seizer et al., 2024). Durch hochfrequente, tägliche Messungen kann man eine Anfangs-, Verlaufs- und eine Enddynamik erfassen und nicht, wie bei wenigen Messzeitpunkten, einen einzelnen Anfangszustand, Zwischenzustand und einen Endzustand. Die Betrachtung der Dynamik ermöglicht eine bessere Einschätzung, ob sich ein Patient/eine Patientin verbessert hat oder nicht. Die Betrachtung von vereinzelter Punktmessungen kann den Gesamteindruck des Therapieverlaufs bzw. -ergebnisses stark verfälschen, wenn ich gerade an dem Tag messe, an dem es dem Patienten/der Patientin gerade schlecht geht.

Es gibt weitere Argumente, die für eine tägliche und individualisierte Datenerhebung sprechen. Erkrankungen wie bipolare Störungen, rezidivierende Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind durch wechselnde Symptommuster bzw. Ordnungszustände charakterisiert. Man spricht in diesem Fall von dynamischen Krankheiten («dynamische Krankheiten»; an der Heiden, 1992; Rensing et al., 1987). Ein Kohärenzerleben ist so kaum möglich. So ein Symptommuster kann sich darin zeigen, dass bestimmte Kognitions-Emotions- und Verhaltensvariablen in einem bestimmten Zeitraum stark miteinander korrelieren. Prozessmonitorings, basierend auf dem linearen Paradigma, können diese Muster nicht erfassen, zum einen durch die niedrige Messfrequenz, und zum anderen sind sie bisher nicht in der Lage, die Individualität und Bandbreite von Variablen zu erfassen, die in therapeutischen Prozessen für einen bestimmten Patienten bzw. eine bestimmte Patientin veränderungsrelevant sind (Schiepek et al., 2022a). Über individualisierte Fallformulierungen wie zum Beispiel die idiographische Systemmodellierung (Schiepek et al., 2024; Schiepek et al., 2016b) können die für eine Patientin/einen Patienten relevanten Variablen und ihre Vernetzungen herausgearbeitet werden. Einmal wöchentlich von Monitoring- und Feedbacksystemen erhobene Daten sind ebenfalls stärker durch Gedächtnisverzerrungen beeinflusst. Einschätzungen über das Erleben, bezogen auf die vergangene Woche, werden zum Beispiel stärker durch den aktuellen emotionalen Zustand verzerrt. Weitere Verzerrungen wie egozentrische Voreingenommenheit, Teleskopeffekt, Bestätigungsfehler etc. werden bei Schiepek et al. (2022a) beschrieben. Mit einigen Monitoringsystemen werden die Datenerhebungen unmittelbar vor oder zu Beginn oder am Ende der Sitzung erhoben. Durch den Kontext und die Anwesenheit des Therapeuten/der Therapeutin können diese Selbsteinschätzungen beeinflusst werden und zu verzerrten Ergebnissen führen. Durch die Möglichkeit täglicher Selbsteinschätzungen in der realen Umgebung der Patientinnen und Patienten kann eine bessere ökosystemische Validität realisiert werden. Verzerrungen in den Selbsteinschätzungen sind somit weniger wahrscheinlich, da Patientinnen und Patienten recht zeitnah und in ihrem Umfeld ihre Erfahrungen bewerten.

- Für die Interpretation der mit einem Monitoring erhobenen Daten benötigt man **qualitative und narrative Informationen**. Standardfragebögen können nur einen Teil des Erlebens von Patientinnen und Patienten erfassen (Desmet et al., 2021). Beispielsweise zeigten Desmet und Kollegen (2021) bei der Auswertung von Standardfragebögen und weiteren Aufzeichnungen aus der Therapie, dass die Interpretation der reinen Fragebogen-Daten bedeutet hätte, dass sich ein Patient aufgrund der höheren Symptomwerte im Vergleich zum Therapiebeginn, verschlechtert hat. In den narrativen Ausführungen des Patienten wurde jedoch

deutlich, dass er zunächst seine Symptome verleugnet hat und durch die Therapie mehr Zugang zu seinem Erleben zulassen konnte, was für ihn ein Fortschritt gewesen ist (Desmet et al. 2021). Ohne die Nutzung von qualitativen und narrativen Informationen hätte die Auswertung der Ergebnisse der Standardfragebögen völlig andere Interpretationen des Ergebnisses der Therapie beinhaltet. Da im SNS Prozessmonitoring- und Feedbacksystem neben der Erhebung personalisierter Ergebniskriterien auch eine Tagebuchfunktion verfügbar ist und regelmäßige Feedbackgespräche über die Verläufe zwischen Therapeut/-in und Patient/-in stattfinden, ist ein ökosystemisches Assessment realisierbar, welches auch qualitative und narrative Informationen mit einbezieht (Schiepek et al., 2022a).

- **Interpretation der Daten.** Die unterschiedlichen theoretischen Perspektiven auf Veränderungsprozesse münden in eine andere Interpretation von Daten, wie Abweichungen von einem „Track“, Instabilitäten und die Nutzung von Ampeln. Dementsprechend gehen Therapeuten des linearen Ansatzes davon aus, dass Abweichungen von einem Track mit einem schlechten Ergebnis korreliert sind und mit entsprechenden Interventionen sollen die Patientinnen und Patienten wieder „auf Kurs“ gebracht werden. Therapeutinnen und Therapeuten des nichtlinearen Ansatzes interpretieren Abweichungen von einem Track als bedeutsame Hinweise auf kritische Phasen im Prozess, die der/die Therapeut/-in für präzise Interventionen nutzen kann, um Veränderungsprozesse anzuregen (Schiepek et al., 2020a). Ampeln signalisieren Therapeutinnen und Therapeuten des nichtlinearen Ansatzes die Qualität der therapeutischen Beziehung, den Grad der Motivation für Veränderungen, stabile Randbedingungen oder Vorläufer von Veränderungen wie kritische Instabilitäten. Im linearen Ansatz zeigen sie an, dass jemand nicht auf Kurs ist (Schiepek et al., 2020a).

Dementsprechend unterscheiden sich Feedbacksysteme, die auf dem nichtlinearen Paradigma basieren, von Feedbacksystemen, die auf dem linearen Paradigma basieren, in der Vielfalt der erhobenen Daten, der Messfrequenz, den Auswertungsmethoden und der Interpretation von Verlaufsdaten (siehe Tabelle 3).

Kriterien	MFS	SNS
Vielfalt der Ergebnismaße	✓	✓✓ (durch die Möglichkeit der Erstellung individueller Prozessfragebögen)
Unmittelbares Feedback in Form von Diagrammen etc.	✓	✓
Clinical-Support-Tools	nur OQ-Analyst & TTN	-

Frequenz der Datenerfassung	i.d.R. einmal pro Woche oder seltener, tw. frei wählbar	frei wählbar, hochfrequent
Datenanalyse auf Basis von Algorithmen, berechnet auf Daten bisher behandelter Patientinnen/Patienten, klinische Cut-Off-Scores, Vergleich mit Normstichproben	✓	✓
Datenanalyse mit nicht-linearen Methoden, Erkennen von Mustern	-	✓
Tagebuchfunktion	-	✓
Fragebögen standardisiert	✓	✓
Fragebögen individuell	-	✓
Fremdeinschätzungen	✓	✓

Tabelle 3. Vergleich der Funktionen von linearen MFS und SNS

2.5.2 Das Synergetische Navigationssystem (SNS)- Funktionalitäten

Das Synergetische Navigationssystem ermöglicht die Erfassung von Mustern, Ordnungszuständen und Muster- bzw. Ordnungsübergängen in Psychotherapien (Schiepek, 2022b).

Anwender/-innen erhalten während der Psychotherapie durch die hochfrequenten Messungen mit dem SNS Hinweise auf die aktuelle Systemdynamik und können daran das weitere therapeutische Vorgehen ausrichten. Die Nutzung des SNS ist gleichzeitig auch eine Intervention, welche Selbstorganisationsprozesse fördern kann. Dies wird angeregt durch eine stärkere Einbeziehung der Patientinnen/Patienten in den Prozess sowie regelmäßige Reflexionsschleifen und Feedbackgespräche, welche zu einem besseren Verständnis für sich und seine Probleme, Kompetenzen, Fähigkeiten, Ziele, Bedürfnisse, Motive und Ressourcen beitragen.

Dateneingabe. Die Dateneingabe kann über eine Smartphone-App, Desktop-PCs und Laptops erfolgen. Erfolgt kein Eintrag (missing data), können fehlende Werte einer Zeitreihe automatisch ergänzt und farblich markiert werden. Auch ohne Internetverbindung ist eine Dateneingabe möglich. Sobald das Eingabegerät wieder mit dem Internet verbunden ist, werden die Daten im System aktualisiert.

Datenschutz und Datensicherheit sind gewährleistet. Die Sicherheitstechnologie entspricht der des Online-Bankings (verwendet werden https-Seiten) und Patientinnen und Patienten können anonymisiert über fiktive Benutzernamen und Passwörter angelegt werden.

Mit dem SNS können sowohl **quantitative als auch qualitative Daten** erhoben werden. Fremd- und Selbsteinschätzungen können durch standardisierte und/oder individuell erstellte Fragebögen erhoben werden. Die Fragebögen und die Funktionalitäten zur Erstellung individueller Fragebögen werden im Fragebogeneditor zur Verfügung gestellt.

Implementierte Fragebögen zur Erhebung quantitativer Daten. Im SNS sind standardisierte Open-Source-Outcome-Fragebögen und der Therapie-Prozessbogen als standardisierter Prozessfragebogen für unterschiedliche Settings mit einer Lang- und Kurzform (TPB; Schiepek et al., 2022b; Schiepek et al., 2013) implementiert. Therapeutinnen und Therapeuten haben die Möglichkeit, weitere Open-Source-Fragebögen zu implementieren, wenn es rechtlich zulässig ist (Schiepek et al., 2013).

Ein Alleinstellungsmerkmal ist die Erstellung individueller Fragebögen, welche zum Monitoring und zur Evaluation der aktuellen Therapie genutzt werden können. Damit können diverse Parameter eines Systems und ihre Entwicklung über den Verlauf erfasst werden.

Individuelle Fragebögen. Die Erstellung individueller Fragebögen erfolgt über den Fragebogeneditor. Der Fragebogen kann einen persönlichen Namen erhalten, Items können individuell formuliert werden, mit entsprechender Festlegung der Antwortskalen (Likert-Skalen unterschiedlicher Auflösung, visuellen Analogskalen, Zählskala, Videoskala) und Zuordnung zu Subskalen. Damit können für einzelne Patientinnen/Patienten, Gruppen, Paare oder Teams zugeschnittene spezifische Inhalte erfasst werden (z. B. Therapieziele, Konfliktthemen, Ressourcen). Auch für die eigene Selbsterfahrung oder das Monitoring von Supervisionen können Fragebögen entwickelt werden. Individuelle Fragebögen können z. B. auf der Basis eines Ressourceninterviews (Schiepek & Matschi, 2013) oder einer idiographischen Systemmodellierung (graphische Darstellung der Netzwerkstruktur eines psycho-sozialen Problemsystems) entwickelt werden (Schiepek et al., 2013). Sie können aber auch über andere Methoden entwickelt werden. Damit kann das SNS persönliche, individuelle Themen, Inhalte, Therapieziele, Ressourcen im Alltag und andere Variablen erfassen und im Rahmen eines individuellen Fragebogens zur Begleitung des Entwicklungsprozesses der Patientin/des Patienten in der Therapie nutzen, was in anderen Monitoringsystemen so nicht möglich ist. Die Anwender/-innen haben so maximale Freiheit in der Gestaltung des Fragebogens.

Tagebuchfunktion zur Erhebung qualitativer Daten. Das SNS hat eine Tagebuchfunktion. Zu jedem Item kann wahlweise ein Kommentarfeld ergänzt werden. Die Patientinnen/Patienten können so zusätzliche Informationen ihres Erlebens mitteilen. Dem Kommentarfeld kann beispielsweise auch ein Stichwort oder eine Frage als Rahmung hinzugefügt werden.

Zeitschedulierung. Das SNS ermöglicht diverse Zeitschedulierungen, wie die einmalige Vorgabe, Vorher-Nachher-Messungen, regelmäßige Vorgaben („time sampling“) in fast beliebigen Taktungen sowie eine Vorlage von Fragebögen ohne Zeittaktung („event sampling“, d. h., unmittelbar nach dem Ausfüllen steht der Fragebogen wieder zur Verfügung). In der Psychotherapie (stationär wie ambulant) hat sich im Sinne eines ökosystemischen Ansatzes, der Praxiserfahrung und zur Erkennung von komplexen Prozessmustern eine tägliche Selbsteinschätzung bewährt (Kratzer et al., 2018; Michaelis et al., 2021; Schiepek et al., 2016a, b).

Zuweisung von Fragebögen. Den Patientinnen/Patienten können Fragebögen in beliebiger Häufigkeit und Zahl zur Verfügung zugewiesen werden. Die Items können randomisiert dargeboten werden, man kann aber auch einzelne Items fixieren, z. B. ein Item als Einstieg in und ein bestimmtes Item als Ausstieg aus dem Fragebogen. Man kann in einem Therapieprozess auch unterschiedliche Prozessbögen nacheinander einsetzen, wenn Ziele stabil erreicht sind und/oder sich neue Therapiefoki ergeben.

Druck und Export von Daten. Alle erzeugten Grafiken und Tagebuchtexte können ausgedruckt werden. Für den Export von Daten in Excel- oder CSV-Dateien steht eine Datenexportfunktion zur Verfügung. Damit können die Daten in andere Statistik- und Zeitreihenanalyseprogramme transferiert werden. Die Patientinnen/Patienten können die Zeitreihen zu Feedbackgesprächen auch als Ausdruck erhalten und haben so den Verlauf ihres eigenen Entwicklungsprozesses visualisiert vorliegen.

Darstellung des Feedbacks. Das System aktualisiert die Daten unmittelbar nach Eingabe und der/die Therapeut/-in kann sich jederzeit das aktuelle Feedback anschauen. Die Rohwerte werden als Zeitreihen dargestellt. Es gibt auch die Möglichkeit, diese in Farbe darzustellen. Hier werden die Rohwerte in eine entsprechende Farbskala übersetzt. Über weitere nichtlineare Auswertungsmethoden werden Vorläufer für Veränderungen sowie Ordnungsübergänge und Musterwechsel sichtbar.

Analysetools. Das SNS ermöglicht die Erfassung dynamischer Merkmale selbstorganisierender Prozesse: Ordnungsübergänge, Phasen kritischer Instabilitäten, Synchronisationsmuster, Stagnationen, sich anbahnende Verschlechterungen oder Verbesserungen, Balance von Stabilität und Instabilität die mit dem „bloßen Auge“ nicht erkennbar wären (Schiepek & Aichhorn, 2013; Schiepek, 2008). Die Analysetools geben Auskunft über die Stabilität bzw. Instabilität eines Systems sowie über die Kohärenz (= Stabilitäts-, Kohärenzdiagnostik) (Schiepek et al., 2011).

- Die Ergebnisse von Outcome-Fragebögen werden als Säulendiagramme dargestellt.
- Die Ergebnisse der täglichen Selbsteinschätzung werden als Rohwerte in Zeitreihen visualisiert.
- Die aggregierten Werte der Subskalen (Faktoren) werden z-transformiert. Damit soll die prozessuale Gestalt der Verläufe sichtbar und vergleichbar werden.

Für die Prozessanalyse stehen unterschiedliche nichtlineare Auswertungsverfahren zur Verfügung.

- Analyse der dynamischen Fluktuationsintensität und Komplexität der Zeitreihen (dynamische Komplexität). Die Berechnung erfolgt in einem Gleitfenster frei wählbarer Breite, üblicherweise 7 Tage. Der Fluktuationswert zu einem Zeitpunkt berechnet sich aus einer Kombination von Frequenz, Amplitude und Verteilung der Werte innerhalb des 7-Tages-Zeitfensters. Das Berechnungsfenster verschiebt sich immer um einen Tag auf der Zeitschiene. Anwender/-innen des SNS erhalten so Auskunft über kritische, instabile Phasen. Sie können im Gespräch mit den Patientinnen/Patienten prüfen, ob es sich um Vorläufer für einen Musterwechsel oder eine krisenhafte Zuspitzung handelt, und entsprechend ihr therapeutisches Vorgehen darauf abstimmen. Mittels dynamischer Konfidenzintervalle kann eine Abschätzung der statistischen Signifikanz von Fluktuations- und Komplexitätsschwankungen erfolgen.
- Ähnliche wiederkehrende Abschnitte in einer Therapie, Phasenübergänge bzw. Musterwechsel sowie Perioden kritischer Instabilität (Transienten) können durch das Verfahren der Recurrence Plots identifiziert werden. Anders als bei der dynamischen Komplexität werden hier zunächst im Verlauf wiederkehrende ähnliche Abschnitte gesucht. In Abgrenzung dazu werden dann die Abschnitte deutlich, in denen kritische Instabilitäten oder Phasenübergänge stattfinden. Die Zeitreihen werden in einen Phasenraum mit Zeitverzögerungskordinaten eingebettet (Webber & Marwan, 2015). Um die gebildeten Vektorpunkte wird ein Phasenraum vorher definierter Größe gelegt. Die euklidischen Abstände der Vektorpunkte werden in Farbe übertragen (Farb-Reccurrence-Plots) oder binär markiert (schwarz-weiß Recurrence Plot) (Schiepek et al., 2013). Deterministische Anteile eines Verlaufs werden durch Diagonalschraffuren deutlich. Transienten zeigen Phasen ausgeprägter Fluktuationsintensität an, das heißt, dass die Werte von der übrigen Dynamik abweichen und dazu unähnlich sind. Recurrence-Plots eignen sich für kurze Zeitreihen, da die Zeitreihe keine besonderen Voraussetzungen erfüllen muss (Eckmann et al., 1987).

- Der Grad der Systemkohärenz bzw. Synchronisation (gemittelte Item-Interkorrelation) ist während der Entwicklung eines Systems verfolgbar. Informationen über aktuelle Subsystemkoppelungen erhält man über die sich verändernden Korrelationsmatrizen.
- In Interaktionsmatrizen können interpersonelle Prozesse, die mittels Interaktionsfragebögen erfasst wurden, dargestellt werden.

2.5.3 Das synergetische Prozessmanagement

Aus den bisherigen Erkenntnissen und dem Paradigma nichtlinearer Systeme heraus wurde das Synergetische Prozessmanagement (SPM) entwickelt. Dieses beschreibt als **Therapieschulen übergreifendes Modell**, wie Psychotherapie und Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen in biologischen, psychischen und/oder sozialen Systemen ausgestaltet werden können (Haken & Schiepek, 2010, S. 442). Die Theorien komplexer Systeme wie Synergetik und Chaostheorie liefern als **Metatheorien** ein Verständnis für komplexe Systeme. Daraus werden bereichsspezifische Theorien wie die Anwendung der Erkenntnisse zu komplexen Systemen zum Beispiel auf die Psychotherapie abgeleitet. Psychotherapie würde man aus dieser Perspektive als ein Schaffen von Voraussetzungen für Selbstorganisationsprozesse der biologischen, psychischen, physischen und/oder sozialen Systeme eines Patienten/einer Patientin verstehen, an dem sich Therapeut/-in und Patient/-in kooperativ beteiligen (Haken & Schiepek, 2010; Schiepek et al., 2013). Zum **Orientierungswissen und zur Orientierungskompetenz** von Therapeutinnen/Therapeuten gehört die Erfassung und Darstellung relevanter Systemvariablen, ihrer Funktionalitäten und Vernetzungsstrukturen. Im SPM können dafür diverse Verfahren zum Einsatz kommen, wie zum Beispiel eine Plan- und Schemaanalyse, eine idiographische Systemmodellierung oder die Erfassung von Interaktionsmustern bei Paaren und Familien, abhängig von dem Wissen und dem Therapiemodell der Praktiker/-innen. Eine erarbeitete Fallkonzeption ist begrenzt auf eine bestimmte Systemebene (psychisch, biologisch, sozial-interaktionell) und bestimmte Systemvariablen, deren Bedeutsamkeit, Intensität etc. sich jederzeit ändern können. Zur Orientierungskompetenz gehört ebenfalls, dass man Informationen zu dynamischen Merkmalen selbstorganisierter Prozesse erhält. Diese Informationen können durch die Nutzung des SNS als Real-Time-Monitoring- und Feedbacksystem gewonnen werden. Der aktuelle Systemzustand (Stabilität, Instabilität, Synchronisation eines Systems/von Subsystemen) wird vor dem Hintergrund der generischen Prinzipien reflektiert, um danach eine Entscheidung über die weitere Gestaltung des therapeutischen Prozesses zu treffen. Kann mit einem Vorgehen wie zum Beispiel der Erfassung und Umstrukturierung dysfunktionaler kognitiver Muster fortgefahren werden oder bedarf es aktuell einer anderen Intervention wie zum

Beispiel der Klärung und Bearbeitung einer psychischen Krise? **Interventionsmethoden und therapeutische Techniken** gehören zum Handlungswissen von Therapeutinnen und Therapeuten. Sie werden vor dem Hintergrund des aktuellen Systemzustandes bzw. Entwicklungszustandes des Systems angewendet. Interventionsmethoden dienen der Realisierung der generischen Prinzipien und sind hier nicht an eine bestimmte Therapieschule gebunden. Jeder Therapeut/jede Therapeutin kann hier die Methoden des eigenen Kompetenzbereiches anwenden. Die generischen Prinzipien stellen nicht nur die Bedingungen zur Förderung von Selbstorganisationsprozessen dar, sondern bilden auch eine Orientierungsmöglichkeit für kontinuierliche, adaptive Indikationsentscheidungen.

Der/die Patient/-in wird von Beginn an und kontinuierlich im Verlauf aktiv in seinen/ihren Entwicklungsprozess einbezogen. In SNS-basierten Feedbackgesprächen werden Entwicklungsverläufe besprochen und das weitere Vorgehen daran ausgerichtet. **Therapieevaluation** erfolgt als Prozessdiagnostik, als Erfassung der Veränderung prozessualer Muster. Zu beliebigen Zeitpunkten können zusätzliche Outcome-Fragebögen eingesetzt werden. Die Ergebnisse stellen eine einrichtungsbezogene Qualitätssicherung der Prozess- und Ergebnisqualität dar und sind damit zentrale Bestandteile des **Qualitätsmanagements** der Praxis bzw. Klinik (Schiepek et al., 2013).

2.5.4 Bisherige Nutzungspraxis, Effekte und beschriebener Mehrwert des SNS in der ambulanten und stationären Psychotherapie

2.5.4.1 Bisherige Nutzungspraxis

Die Darstellungen in diesem Kapitel beruhen auf Einzelfallstudien, der Analyse von Prozessverläufen stationärer Patientinnen/Patienten aus einem Großdatensatz zur SNS-basierten Prozess- und Outcome-Forschung. Sie stützen sich zudem auf eigene Erfahrungen und den Austausch mit anderen SNS-Anwendern und SNS-Anwenderinnen.

Nutzergruppen. Zu den SNS-Anwenderinnen und SNS-Anwendern gehören diverse Kliniken und Tageskliniken in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Italien. Auch dazu zählen ambulant in eigener Praxis tätige psychologische und ärztliche Erwachsenen-Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten mit unterschiedlichen Therapierichtungen (VT, TP, AP, ST), Ausbildungsinstitute für Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Deutschland sowie Coaches und Sportwissenschaftler.

Schulungen. In Kliniken und Ausbildungsinstituten werden unterschiedliche Schulungsangebote durch die Entwickler und erfahrene professionelle Anwender/-innen des SNS angeboten.

Hier lernen die künftigen professionellen SNS-Anwender/-innen den theoretischen Hintergrund kennen, der die Funktionalitäten und Anwendung des SNS begründet. Geschult und in Selbstanwendung geübt werden die Erarbeitung individueller Fragebögen, der Umgang und die Interpretation der Daten und die Gestaltung der SNS-basierten Feedbackgespräche. Über die im Selbstmonitoring erhaltenen Daten werden unterschiedliche, im SNS implementierte Auswertungsmethoden erlernt. Eine sachgerechte Anwendung sollte geschult werden, damit die professionellen Anwender/-innen das SNS sinnvoll und gewinnbringend in der Therapie einsetzen können.

Material. Es gibt Bücher und Veröffentlichungen, in denen das SNS mit seinen Funktionalitäten und die Anwendung in der Praxis beschrieben werden. Inhalte aus diesen Publikationen werden in dieser Arbeit beschrieben.

Supervision und Intervision. Regelmäßig gibt es Supervisions- und Intervisionsangebote. Einige Nutzer/-innen vernetzen sich dabei regional in Intervisionsgruppen. Es gibt aber auch überregionale Intervisionstage, wo sich professionelle SNS-Anwender/-innen austauschen können. An Ausbildungsinstituten und Kliniken gibt es Supervisionsangebote von erfahrenen professionellen SNS-Anwenderinnen/SNS-Anwendern.

Technischer Support. Für technische Probleme steht im Hintergrund ein Support zur Verfügung.

Compliance und Nutzerfreundlichkeit. Die Compliance-Raten der Patientinnen und Patienten, die das SNS in der Klinik und Tagesklinik anwenden, sind durchgängig hoch und liegen bei ca. 80 % (Michaelis et al., 2021; Schiepek et al., 2016a), unabhängig von Symptomschwere und Diagnose. In meiner ambulanten Praxis liegen die Compliance-Raten zwischen 50 % und 98 %. Die Einschätzung der Nutzerfreundlichkeit seitens der Patientinnen/Patienten lag in der Studie von Michealis et al. (2022) durchschnittlich bei ca. 80 %.

Implementierung und Nutzung. In verschiedenen Fallberichten wird beschrieben, wie das SNS ambulant, stationär und teilstationär eingesetzt wird. Die Patientinnen und Patienten haben unterschiedliche Diagnosen wie Abhängigkeitserkrankungen (Patzig & Schiepek, 2014), Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen (Kratzer et al., 2018), Zwangsstörungen (Schiepek et al., 2021) und Epilepsie (Michaelis et al., 2021, 2024). Auch verschiedene Komorbiditäten zu den Hauptdiagnosen werden beschrieben. Die Anwendung des SNS erfolgt bei Einzelpersonen, aber auch im Mehrpersonensetting (Schiepek et al., 2025). Deutlich wird in den Darstellungen, dass der Fokus auf der Prozesserfassung liegt. Dazu werden entweder individuelle Fragebögen genutzt oder der TPB als standardisierter Prozessfragebogen.

Einige Therapeutinnen und Therapeuten nutzen zusätzlich Outcome-Fragebögen als weitere Möglichkeit der Dokumentation und Evaluation von Veränderungen. Frequenz und Anzahl der SNS-basierten Feedbackgespräche wurden in den Berichten nicht konkret angegeben. Es ist davon auszugehen, dass diese in Häufigkeit und inhaltlicher Ausgestaltung sehr individuell durchgeführt wurden. Weniger beschrieben wurden in den Falldarstellungen Hürden und Barrieren in der Anwendung seitens der Therapeutinnen/Therapeuten und/oder der Patientinnen/Patienten. Auch Abbrüche, negative Effekte und Wirkungen wurden bisher nicht dargestellt.

2.5.4.2 Mehrwert und Nutzen des SNS in der ambulanten und stationären Psychotherapie

Mehrwert und Nutzen von linearen Monitoring- und Feedbacksystemen für die Anwender/-innen wurden in Kapitel 2.3.4 dargestellt. Diese Effekte und der beschriebene Nutzen werden auch in den Berichten der SNS-Anwender/-innen beschrieben und ich erlebe diese auch in meiner eigenen klinischen Praxis. Im folgenden Abschnitt werden Mehrwert und Nutzen durch den Einsatz von hochfrequentem, nichtlinearem Feedback beschrieben. In Tabelle 4 wird eine Zusammenfassung vom Mehrwert und Nutzen aller MFS dargestellt und in Tabelle 5 ergänzt durch den Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem, nichtlinearem Feedback. Wie deutlich wird, minimiert die Nutzung des SNS Hürden und Barrieren, die von den Anwenderinnen und Anwendern linearer Feedbacksysteme beschrieben werden.

Durch die Anwendung des SNS erlernen vor allem Therapeutinnen/Therapeuten, aber auch Patientinnen/Patienten den **Umgang mit Komplexität und Nichtlinearität**. Die hochfrequenten Messungen erlauben nicht nur die **Identifizierung von Fortschritten, Verschlechterungen und Stagnationen** in Bezug auf die erhobenen Variablen. Sie geben auch mehr Einblick in **dynamische Muster und die Früherkennung von Vorläufern** für Veränderungsprozesse. Durch die im Monitoring erfassten Daten können auch geringfügige Veränderungen sichtbar gemacht werden. Dies ist besonders wichtig für Patientinnen/Patienten, die überzeugt sind, alles stets auf dieselbe Weise zu beantworten. Denn diese Patientinnen/Patienten zeigen auch minimale Schwankungen. Über die Analyse dieser minimalen Schwankungsverläufe lassen sich möglicherweise Faktoren identifizieren, die Veränderung ermöglichen (Schiepek & Oelkers-Ax, 2022, S. 299). Die aus den erfassten Daten erhaltene **Informationsbasis** ist umfangreicher, da Patientinnen/Patienten täglich in ihrem Alltag die Selbsteinschätzungen zu ihrem Erleben abgeben. Die alltagsnahe Datenerfassung (ambulatory assessment) führt zu einer höheren **Validität der Daten**, insbesondere einer höheren ökologischen Validität, sowie zu einer höheren **Reliabilität**. Patientinnen und Patienten äußern in den SNS-basierten Feedbackgesprächen

immer wieder, dass sie überrascht sind, wenn sie ihre Verläufe anschauen. Sie hätten auf Basis ihres aktuellen Erlebens die Verläufe anders bewertet. Durch die Möglichkeit, individuelle Fragebögen erstellen zu können, haben SNS-Anwender/-innen **mehr Flexibilität** in der Erfassung der relevanten Variablen (Ziele, Ressourcen, Bedürfnisse, Probleme). Fragebogenlänge, Itemformulierungen und Antwortformate (visuelle Analogskala, Likert-Skala, Bilder, Filme, Zähl-Skala) können an die Bedürfnisse und Ziele der Patientinnen/Patienten angepasst werden. Patientinnen und Patienten haben so mehr Bezug zu ihrem Fragebogen und sind motivierter, ihren Veränderungsprozess zu dokumentieren. Die Nachteile standardisierter Fragebögen werden so minimiert und **Individualisierung und Personalisierung** von Psychotherapie gefördert.

Schon die Erstellung eines individuellen Fragebogens erfolgt kooperativ und in enger Abstimmung mit dem Patienten/der Patientin. Er/sie wird so noch **stärker** in den **Therapieprozess eingebunden**. Manche Patientinnen/Patienten benötigen etwas mehr Unterstützung, andere wissen schon genau, was für sie von Bedeutung und relevant ist. Die Nutzung des SNS kann die therapeutische Beziehung fördern, da Patientinnen/Patienten ein Interesse an ihren individuellen Themen und auch über die Therapiesitzung hinaus erleben. Durch die täglichen Selbsteinschätzungen können ebenfalls frühzeitig Störungen in der therapeutischen Beziehung deutlich werden, die dann thematisiert und bearbeitet werden können.

Die Anwendung des SNS fördert die Fähigkeit des **Perspektivwechsels**. Das tägliche Monitoring erfordert den Blick und die Einschätzung des aktuellen Erlebens (Selbstebene), während in den SNS-basierten Feedbackgesprächen zusätzlich die Einnahme einer Metaebene mit Blick auf den Verlauf und die Veränderungen eingenommen wird. Eine Metaebene einnehmen zu können, ist entscheidend, um sich von außen betrachten zu können, sich und sein Handeln hinterfragen zu können, um so neue Erkenntnisse und Ansatzpunkte für Veränderungen zu erhalten. Dies wird möglich, da man im Prozess der Metareflexion nicht mehr aktiv handelnd ist und somit mehr Ressourcen für Selbstaufmerksamkeits- und Reflexionsprozesse zur Verfügung stehen. Die Achtsamkeit für sich und das eigene Erleben wird durch die täglichen Selbsteinschätzungen und die Reflexionsschleifen gefördert. Veränderungsprozesse werden durch die tägliche Selbsteinschätzung beschleunigt (katalysiert), da Patientinnen/Patienten sich täglich auf ihre persönlichen Themen fokussieren (Schiepek, 2022b). Damit löst Hochfrequenzmonitoring Prozesse der **Selbstreflexion, Selbstregulierung** und **Mentalisierung** aus. Die Messung ist somit eine Intervention (Schiepek et al., 2020a).

Die Nutzung eines MFS kann auch durch den **Akt der Messung** erst psychische Phänomene erzeugen (Schiepek & Oelkers-Ax, 2022, S. 300). Das psychische Phänomen kann etwas sein, was latent schon vorhanden ist und durch die tägliche Selbsteinschätzung stärker ins

Bewusstsein gelangt. Zum Beispiel kann ein Patient durch Betrachtung seiner Kurven feststellen, dass nicht die Arbeitsmenge seine Probleme verursacht, sondern die mangelnde Fähigkeit, sich abgrenzen zu können, und der Wunsch, allen gefallen zu wollen.

Es ist auch davon auszugehen, dass wir das, was wir messen wollen, mit dem Einsatz eines Messinstrumentes wie dem MFS verändern. Die betrifft den Mechanismus der **Messreaktivität** (Seizer et al., 2024). Das Messinstrument selbst könnte Veränderungen autokatalysieren, Selbstregulationsprozesse anregen und damit zu erwünschten Erlebens- und Verhaltensänderungen führen. Damit hätten wir durch das MFS selbst eine therapeutische Wirkung erzielt. Es können aber auch unerwünschte Veränderungen wie zum Beispiel eine Verschlechterung des Befindens oder eine übermäßige Konzentration auf die Krankheit durch die täglichen Selbsteinschätzungen auftreten (Bos et al., 2019).

Die **Tagebuchfunktion** ermöglicht die Erfassung qualitativer Informationen. Patientinnen/Patienten können hier zusätzliche Eindrücke und Anmerkungen zu ihrem Erleben eintragen, was eine umfassendere Informationsbasis für das Verständnis des Entwicklungsprozesses ermöglicht.

Um **Hypothesen über den Zusammenhang von Variablen zu prüfen**, können die Zeitreihen verschiedener Items übereinandergelegt werden. Zum Beispiel kann die Annahme eines Patienten: „immer, wenn ich schlecht geschlafen habe, ist meine Angst stärker“ durch Übereinanderlegen der Items „Heute habe ich Angst erlebt.“ und „Letzte Nacht war meine Schlafqualität...“ überprüft werden. Professionelle SNS-Anwender/-innen können eine **konvergente Validierung der Stabilitätsdiagnostik** durchführen, da mehrere Komplexitätsmaße zur Verfügung stehen (Schiepek et al., 2020b).

Es gibt mittlerweile **diverse veröffentlichte Fallberichte** über die Anwendung und den Nutzen des SNS in unterschiedlichen klinischen stationären und teilstationären Settings und bei verschiedenen Patientinnen und Patienten. Kronberger (2014) beschreibt die Anwendung des SNS in stationären tiefenpsychologisch fundierten Therapien anhand von einzelnen Fallvignetten. Die Prozessverläufe werden mit dem SNS erfasst. Die zu dem Zeitpunkt vorliegende 6-jährige Anwendungserfahrung im stationären Setting zeigte keine Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung durch Nutzung dieser Technik. Die gemeinsame Reflektion des Therapieverlaufs bedeutet dabei eine andere Form des Zusammenseins und Aufeinander-Bezogenenseins, im Sinne einer Triangulierung, durch die Betrachtung von etwas „Drittem“. Die therapeutische Beziehung wird dadurch erweitert und bereichert (Kronberger, 2014). Die Daten des SNS werden genutzt bei Fallbesprechungen im Team (SNS-basierte Intervision) und in SNS-basierten Feedbackgesprächen. Anhand der erhaltenen Daten können die Therapeutinnen/Therapeuten

Veränderungen erkennen, welche mit klinischen Erfahrungen und Schilderungen von Patientinnen/Patienten korrespondieren. Der Therapeut beschreibt, wie ein Patient seine narzisstische Abwehr der schmerzlichen Erfahrung von Abhängigkeit aufgeben konnte, sich anderen Menschen wieder offener zuwenden konnte. Dies zeigte sich in den Verlaufsdaten der Zeitreihendiagramme darin, dass sich die Werte von Item „*Situationen, die mit meinen Problemen zu tun haben, habe ich heute vermieden*“ (Kronberger, 2014, S.73) reduzierten und von Item „*Ich fühlte mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen fühlte*“ (Kronberger, 2014, S.73) anstiegen. In einer anderen Fallvignette war das Team unterschiedlicher Meinung in Bezug auf das Fallverständnis und das therapeutische Vorgehen. Der Blick auf die Daten im SNS half dabei, eine therapeutische Strategie abzuleiten. Im SNS wurden starke Schwankungen an den Wochenenden deutlich, welche die Intensität der Konflikte mit der Frau des Patienten verdeutlichten. Die Frau wurde infolge intensiver in die gemeinsamen Paargespräche einbezogen. Die Betrachtung des Verlaufs am Ende der Therapie ermöglichte einen Blick auf Phasen von Stabilität und Wiederholungen, welche für den Entwicklungsprozess des Patienten bedeutsam waren.

Schiepek et al. (2018) beschreiben den Einsatz des SNS bei einem Patienten mit Depressionen und Suizidneigung in einer Tagesklinik. Eingesetzt wurde der Therapie-Prozess-Bogen für stationäre Patientinnen/Patienten, welchen der Patient täglich ausfüllte. Zunächst zeigten die mit dem Therapieprozessbogen erfassten Daten keine Veränderung, aber der Patient gab an, den Beginn einer inneren Veränderung zu spüren. Die Ergebnisse wurden in regelmäßigen Feedbackgesprächen diskutiert und parallel dazu nahm der Patient einzeltherapeutische Sitzungen und Gruppentherapieangebote wahr. 14 Tage vor dem Ende des stationären Aufenthaltes zeigte sich in den Kurven ein entscheidender Ordnungsübergang. Der Patient konnte dies auch in den Zusammenhang mit neuen Erkenntnissen über sich durch das Monitoring und dem Inhalt einer Therapiesitzung setzen. Vor dem Ordnungsübergang zeigte sich keine kritische Instabilität, sondern eine kurzfristige deutliche Verschlechterung der Symptomatik, bevor sich das Symptommuster auflöst und der Patient selbst auch von einer deutlichen Symptomveränderung berichtet, welche auch im klinischen Eindruck wahrnehmbar war. Während des Übergangsszenarios zeigte sich eine deutliche Synchronisation von Subsystemen aller Items des Therapie-Prozessbogens Revised (TPB-R). Als hilfreiche Faktoren erwiesen sich in diesem Prozess die Selbstreflexionskompetenz und die Motivation des Patienten. Insgesamt zeigte sich, dass Prozessmonitoring auch bei depressiven Patientinnen/Patienten gewinnbringend angewendet werden kann und auch in späteren Therapiephasen noch Ordnungsübergänge möglich sind. Als entscheidend wurden regelmäßige Feedbackgespräche angesehen (Schiepek et al., 2018).

Stöger-Schmiedinger et al. (2016) berichten von der Anwendung des SNS bei einer Patientin mit dissoziativer Störung und Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer Tagesklinik. Über ein Ressourceninterview und die idiografische Systemmodellierung wurde ein individueller Fragebogen erstellt, den die Patientin täglich am Abend ausfüllte. Zwei wesentliche Ordnungsübergänge konnten identifiziert werden, welche durch die therapeutische Arbeit vorbereitet, aber nicht direkt initiiert wurden. Die Entwicklungsverläufe wurden regelmäßig in der Therapie in Feedbackgesprächen reflektiert und in das therapeutische Vorgehen einbezogen. Die Patientin erlebte dies als hilfreich, da sie zuvor keinen Umgang mit ihren erratischen Emotions- und Befindlichkeitsschwankungen finden konnte. Die Patientin äußerte, dass sie durch die idiografische Systemmodellierung und die Anwendung des SNS mehr Verständnis für ihre Problemmuster aufbauen konnte.

Kratzer et al. (2018) beschreiben den Einsatz des SNS bei einem Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung und diversen Komorbiditäten. Nach einer 4-wöchigen Eingangsphase wurde der Patient mit dem SNS vertraut gemacht. Eingesetzt wurde der Therapieprozessbogen. Die Therapie erfolgte durch Umsetzung eines multimodalen Behandlungsprogrammes mit schema- und traumatherapeutischen Methoden, Methoden zur Emotionsregulation etc. Die mit dem SNS in täglichen Selbsteinschätzungen erhobenen Daten wurden regelmäßig mit dem Patienten reflektiert. Die Betrachtung der starken Fluktuationen im Erleben und Verhalten in den SNS-Kurven und die Feedbackgespräche unterstützten die Erarbeitung eines Problemverständnisses und förderten die Veränderungsmotivation. Im späteren Verlauf half die Reflexion des Schwankungsmusters, die dysfunktionale Selbstwertregulation des Patienten zu verstehen und angemessenere Verhaltensmuster zu erarbeiten. Der Therapeut konnte anhand der SNS-Daten erkennen, ob die allgemeinen Wirkfaktoren einer Psychotherapie ausreichend realisiert waren. Durch die mit dem SNS erhobenen Daten und Tagebucheinträge konnten Irritationen und Kränkungen auf Seiten des Patienten rascher identifiziert und geklärt werden. Der Einsatz des SNS und die regelmäßige Reflexion des Verlaufs mit dem Patienten korrespondierten mit einer therapeutischen Beziehungsgestaltung, komplementär zum Motiv nach Anerkennung und Autonomie. Der Prozess konnte mit dem SNS auf „Augenhöhe“ mit dem Patienten gestaltet werden, geleitetes Entdecken unterstützte Klärungsprozesse und die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells. Der Patient äußerte, dass das tägliche Ausfüllen ihm geholfen habe, „Gefühle zu sortieren“ und sich auf die Therapiesitzungen vorzubereiten. Durch die täglichen Selbsteinschätzungen und deren grafische Darstellung erlebte sich der Patient stärker einbezogen und anfängliches Misstrauen und Reaktanz reduzierten sich. Die Reflexion der erzielten Fortschritte wirkte als positive Verstärkung und motivierte den Patienten, weiter in

seinem Veränderungsprozess voranzuschreiten. Kritische Instabilitäten und Schwankungen im Erleben und Verhalten konnten aufgegriffen und bearbeitet werden (Kratzer et al., 2018).

Michaelis et al. (2021) beschreiben die Anwendung des SNS im Rahmen einer stufenweisen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Epilepsie und komorbiden psychischen Störungen (Depressionen, Ängste, Borderline-Persönlichkeitsstörung). Mit jedem Patienten/jeder Patientin wurde über das Verfahren der idiographischen Systemmodellierung ein individueller Fragebogen entwickelt. In regelmäßigen Feedbackgesprächen wurden die Ergebnisse der Zeitreihendaten besprochen. Die Anwendung des SNS erwies sich als hilfreich für die Einnahme einer Metaperspektive auf die eigenen psychologischen Muster. Bei einer Patientin half das Monitoring mit einem über die idiographische Systemmodellierung entwickelten individuellen Fragebogen, relevante Faktoren zu identifizieren, die akustische Halluzinationen reduzieren konnten. Gerade auch bei Patientinnen/Patienten, bei denen die Therapiesitzungen nicht wöchentlich stattfanden, war das tägliche Monitoring hilfreich, um zwischenzeitlich relevante Ereignisse zu erkennen. In der Studie von Michaelis et al. (2021) wurde in einer Nachbefragung folgender Nutzen seitens der Patientinnen/Patienten beschrieben: Die Patientinnen/Patienten erhielten neue Perspektiven (Median 82,5) und mehr Einblick in den persönlichen Veränderungsprozess (Median 80,5) und die Anwendung des SNS führte sie zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit ihren Themen und Zielen (Median 80,5). Auch die Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin sei positiv beeinflusst worden (Median 83,5). Mit der Häufigkeit und Besprechung der Zeitreihendiagramme waren die meisten Patientinnen/Patienten sehr zufrieden (Median 92,5).

Schiepek und Oelkers-Ax (2022) beschreiben den Einsatz des SNS bei der Behandlung einer Patientin in einem familientherapeutischen Zentrum. Die Patientin kam zunächst als Begleitperson für ihre Pflegekinder. Sie wurde durch verschiedene Angebote (Eltern-Kind-Therapie, Elterngespräche etc.) mit in den Therapieprozess einbezogen und sie füllte parallel zu den therapeutischen Angeboten den Therapieprozessbogen für stationäre Patientinnen/Patienten aus (TPB-S, Schiepek et al., 2022b) und spezielle Fragen zum Erleben ihrer Elternrolle (Oelkers-Ax et al., nicht publiziert). Die Daten im SNS, die Tagebucheinträge und die regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgespräche dokumentierten zunächst einige Veränderungen in Bezug auf ihre elterlichen Fähigkeiten. Ab der ca. 9. Therapiewoche waren positive Veränderungen in Bezug auf ihr eigenes Befinden im Verlauf des stationären Aufenthaltes zu verzeichnen. Sie wechselte zudem nach 8 Wochen in den Status der Patientin, um sich nicht nur um eine bessere Beziehung zu den Kindern zu bemühen, sondern auch, um sich mehr um sich zu kümmern. Die Zeitreihendaten zeigen positive Veränderungen im Faktor „Verständnis/Zuversicht/

therapeutische Fortschritte“ (Schiepek, & Oelkers-Ax, 2022, S.301), u.a. in den Items „*Heute habe ich auf meine Bedürfnisse geachtet.*“, „*Heute habe ich mehr auf meine Grenzen geachtet.*“ (Schiepek, & Oelkers-Ax, 2022, S.302). Die erreichten Verbesserungen zeigen auch eine Kontinuität bis zum Ende des stationären Aufenthaltes.

Walterskirchen (2025) beschreibt, wie er das SNS als integralen Bestandteil in Paartherapien zur Prozessdiagnostik und therapeutisch einsetzt. Auch hier zeigt sich, dass Prozessdiagnostik unweigerlich auch eine Intervention darstellt. Gleich zu Beginn der Paartherapie erstellt er gemeinsam mit dem Paar ein idiographisches Paarsystemmodell (Schiepek et al., 2025). Dabei unterscheidet er mittels unterschiedlicher Farbgebung zwischen den Variablen beider Partner und „emergenten“ Variablen. Die emergenten Variablen spezifizieren die Merkmale des Paarsystems. Durch eine von ihm adaptierte zirkuläre Fragetechnik entwickelt er mit dem Paar ihren persönlichen Paarprozessfragebogen. In regelmäßigen SNS-basierten Paarfeedbackgesprächen werden die vom Paar ausgewählten und übereinandergelegten Zeitreihenverläufe besprochen. Walterskirchen (2025) stellt fest, dass durch den Einsatz von SNS die Mentalisierungsfähigkeit des Paares gestärkt wird und emotional aufgeladene Themen anders reguliert werden können. Wenn hochstrittige Paare die Tagebuchfunktion im SNS nutzen, um das eigene Erleben und bedeutsame Themen aufzuschreiben, führt dies zu einem anderen Umgang mit konflikthafter Themen. Durch die Beschreibung des Konfliktes im Tagebuch ist es den Beteiligten möglich, das Thema bis zur Besprechung in der Paartherapiesitzung aufzuschieben und nicht gleich zu eskalieren. (mündliche Kommunikation, Walterskirchen, 2025). In den SNS-basierten Paarfeedbackgesprächen erleben die Partner/-innen beim Besprechen der Entwicklungsverläufe oft Aha-Effekte und entwickeln beim gemeinsamen Betrachten und Besprechen der Zeitreihen mehr Verständnis füreinander. Neue Betrachtungsweisen bisher eingespielter stabiler Muster werden ermöglicht und auch ein empathischerer Umgang mit dem Gegenüber. Statt permanenter Dekontextualisierung „Du bist schuld, dass wir ständig streiten.“, wird der eigene Paarprozess kontextualisiert und neu bewertet (mündliche Kommunikation, Walterskirchen, 2025).

Erweiterung der Evidenzbasierung. Der Einsatz des SNS in der Routinepraxis leistet einen Beitrag zur Professionalisierung und Digitalisierung der Psychotherapie. Zudem bietet er die Möglichkeit flächendeckender Forschung in und aus der Praxis (practice-based science, big data als Antwort auf die Replikationskrise, Schiepek, 2022b). Der Einsatz eines hochfrequenten, nichtlinearen Monitorings führt zu einer erweiterten Konzeption von Evidenzbasierung. Die Evidenz für den Einsatz von therapeutischen Interventionen und Vorgehensweisen basiert bisher auf Wirksamkeitsstudien mit randomisiert kontrollierten Stichproben und linearen Input-Output-Effekterwartungen.

Durch die Nutzung von hochfrequentem nichtlinearem Feedback können in Einzelfallanalysen Erkenntnisse über individuelle Veränderungsprozesse zeitnah aus der Lebenswelt von Patientinnen/Patienten gewonnen werden. Eine Orientierung des therapeutischen Vorgehens an der individuellen Dynamik des Einzelfalls erweitert die Evidenzbasierung damit um die **idiografische Evidenz**. Die Daten vieler Einzelfälle können auch zu umfangreicheren Datensätzen zusammengeführt werden, um die Verläufe zu analysieren und Erkenntnisse abzuleiten. Die Erkenntnisse aus der Synergetik als allgemeiner Theorie selbstorganisierten Musterwandels und der daraus abgeleiteten Entscheidungsheuristiken in Form der generischen Prinzipien bilden die theoretische Grundlage für Therapieentscheidungen (Haken & Schiepek, 2010; Schiepek et al., 2013) und begründen die **nomothetische Evidenz** (Schiepek et al., 2013). Die **relativ rationale Begründung** (Westmeyer, 1984) des therapeutischen Vorgehens stützt sich damit auf den Stand der aktuellen Systemdynamik des Einzelfalls, kontextabhängig und auf theoretische Modelle (Synergetik, Chaostheorie) sowie empirische Befundlagen.

Durch die Nutzung von MFS können Praktiker/-innen mehr in die Forschung einbezogen werden und Forscher/-innen erhalten Daten direkt aus der Praxis, wodurch die Kluft zwischen Forschung und Praxis minimiert werden kann.

2.5.5 Illustration der Arbeit mit dem SNS in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis

Im Folgenden werden 3 Fallbeispiele aus meiner ambulanten psychotherapeutischen Praxis beschrieben, welche den Mehrwert und Nutzen des SNS sowie Grenzen aufzeigen sollen. Der Fokus wird dabei auf die Übereinstimmung von klinisch-therapeutischen Eindrücken und der quantitativen Analyse von Verlaufsmustern gerichtet.

2.5.5.1 Fallbeispiel 1

Im Folgenden werden die Verlaufsdaten eines Patienten in ambulanter Langzeittherapie dargestellt. Dem Patienten waren folgende Diagnosen zugeteilt: F32.1 (mittelgradige depressive Episode), F10.2 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Alkoholabhängigkeit, aktuell abstinent), F40.8 (sonstige phobische Störungen, Versagensangst). Auslöser für die Symptomatik war die Trennung seitens der Partnerin. Wie die Anamnese verdeutlichte, entwickelte der Patient bereits in jungen Jahren eine Selbstwertproblematik sowie ein Frustrationsintoleranzproblem, welche auch zu emotionalen Problemen und zu interaktionellen Krisen sowie generell zu Blockaden bei der Erreichung von Zielen führten. Über die väterliche Linie zeigte sich eine Alkoholabhängigkeit über mehrere Generationen.

Der Patient arbeitete in der Kurzzeittherapie 1 und 2 mit dem standardisierten Therapieprozessbogen ambulante Version (TPB-A) und in der zweiten Hälfte der Therapie mit einem individuellen Fragebogen, den er in der Therapie für sich entwickelte. Durch das Ausfüllen des standardisierten Fragebogens wurde der Patient an die täglichen Selbsteinschätzungen herangeführt und es konnten zusätzlich Daten zum Erleben des Patienten erhoben werden, ohne damit Therapiezeit zu beanspruchen. In den Therapiesitzungen war somit genügend Zeit, um mit dem Patienten in einen therapeutischen Prozess zu kommen, eine gute Therapiebeziehung aufzubauen und ein Problemverständnis zu erarbeiten. Der Patient gab an, dass der Prozessbogen hilfreich war, mehr über sich nachzudenken, in einen Prozess zu kommen und eine Art Richtschnur zu haben. Nach einigen Wochen habe dann aber die Motivation nachgelassen, da die Inhalte sich nicht mehr auf seine Anliegen bezogen hätten. Daher wurde im nächsten Schritt ein individueller Fragebogen erarbeitet.

Im Prozess wurden mehrere Feedbackgespräche geführt, um die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten für die Prozessgestaltung zu nutzen. Bis zum Phasenübergang (s. unten, Abb. 3) war die Therapie gekennzeichnet durch einen Wechsel von schlechten, teilweise sehr schlechten Phasen, aber auch von ersten Schritten in Richtung Veränderung (zum Beispiel: trotz Suchtdruck nicht trinken; trotz Motivationslosigkeit und Versagensängsten zum Unterricht gehen). Die Betrachtung seines Erlebens und seines Veränderungsprozesses in den SNS-basierten Feedbackgesprächen bedeutete zunächst eine Validierung seines Erlebens. Phasen der Verschlechterung wurden besprochen, indem relevante Einflussvariablen analysiert und therapeutisch bearbeitet wurden. Waren Verbesserungen sichtbar, wurde gemeinsam reflektiert, was aus Sicht des Patienten dazu geführt hatte und welche Ressourcen und Copingstrategien er einsetzen konnte. Die Betrachtung der Zeitreihen führte zu einem vertieften Problemverständnis und machte vor allem im direkten Vergleich (wenn man z. B. Zeitreihen in einem Diagramm direkt übereinanderlegt) Ähnlichkeit und Unterschiede verschiedener emotionaler Qualitäten deutlich. Auch war leicht erkennbar, welche Erfahrungen und Ereignisse im Alltag sein Erleben bestimmten und welche psychologischen Mechanismen dabei eine Rolle spielten. Sichtbar wurde, wie schwer dem Patienten Veränderungen fielen, da er bei der Betrachtung der Verläufe lange Zeit keine Verbesserungen erkennen konnte. Wie er seine Erfahrungen und Entwicklungen verarbeitete, konnte in den Feedbackgesprächen herausgearbeitet und in den jeweils folgenden Sitzungen im Rahmen einer kognitiven Umstrukturierung bearbeitet werden. Es ging darum, den Patienten dabei zu unterstützen, seine Ziele weiter zu verfolgen. Vor dem Musterwechsel war er zunehmend mit Situationen konfrontiert, die seine dysfunktionalen Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster aktivierten. Er beschrieb ein zunehmendes Gefühlschaos und den

Eindruck, allem hinterherzulaufen. Gleichzeitig war er unzufrieden damit, alles so negativ zu erleben, auch mit nahen Bezugspersonen. In einem Feedbackgespräch berichtete er, den Entschluss gefasst zu haben, nicht mehr „so“ mit sich umgehen lassen zu wollen, mehr an sich zu denken und darauf zu fokussieren, was ihm guttue und ihn weiterbringe.

Die folgende Darstellung der unterschiedlichen Auswertungsmethoden soll aufzeigen, dass Informationen auf unterschiedliche Art und Weise zur aktuellen Entwicklung des Patienten im Therapieprozess generiert werden können, um sie für die Einschätzung des aktuellen Therapieverlaufs und für die Prozessgestaltung zu nutzen.

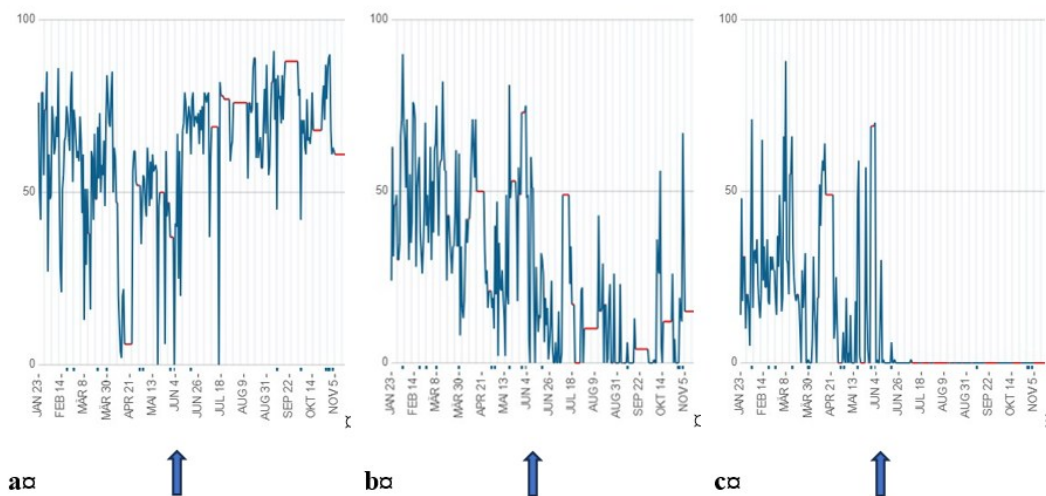


Abbildung 1. Zeitreihen von Einzelitems (Rohdaten, individueller Fragebogen)

(a) "Heute war ich zufrieden mit mir", (b) "Heute habe ich mir negative Gedanken gemacht.", (c) "Heute habe ich mich als Versager bewertet." Die Pfeile markieren Veränderungen in der Dynamik- (vgl. auch Abbildung 2).

In den Zeitreihen zeigen sich unterschiedliche Veränderungen auf unterschiedlichem Niveau.

In den drei Zeitreihen (Abb. 1) wird ein Ordnungsübergang (Musterwechsel) zum jeweils gleichen Zeitpunkt sichtbar. Sehr deutlich wird dies in Abbildung 1c, welche seine negative Selbstbewertung thematisiert („Heute habe ich mich als Versager bewertet.“). Der Patient äußerte in den Feedbackgesprächen, dass er diese positive Entwicklung bei sich wahrnehmen konnte und es habe auch einen relevanten Moment (Konflikt mit einem Familienmitglied) gegeben, an dem er einen konkreten Entschluss gefasst habe, mit sich besser umgehen zu wollen, die erarbeiteten Therapieerkenntnisse zu nutzen und trotz des Konflikts nicht trinken zu wollen.

Die roten waagerechten Linien in den Zeitreihen markieren die Zeitpunkte, an denen der Patient den Fragebogen nicht ausgefüllt hatte. Auch diese wurden in den Feedbackgesprächen besprochen, um zu prüfen, ob es sich um therapierelevante Phasen handelte (z. B. der Patient hat

nicht ausgefüllt, weil es ihm schlecht ging) oder ob es andere, z. B. technische Gründe gab (z. B. weil das Handy kaputt war).

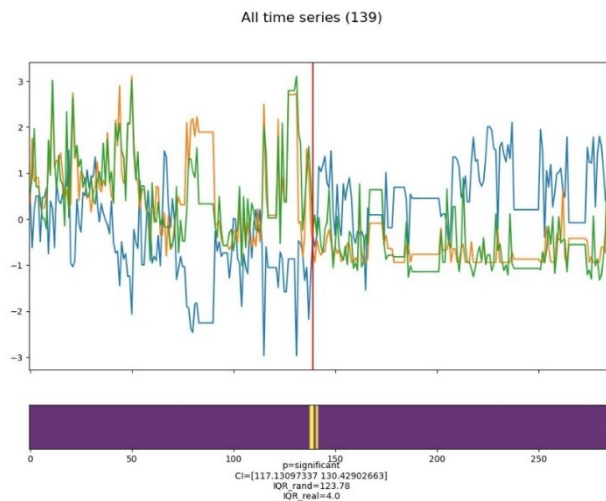


Abbildung 2. Zeitreihen der drei Themengruppen des personalisierten Prozessbogens: „Positive Selbsteinschätzung“ (blau), „negative Selbsteinschätzung“ (orange) und „negatives Befinden“ (grün). Auf alle drei Verläufe wurde der Phasenübergangs-Detektions-Algorithmus (Viol et al., 2022) angewendet. Die rote vertikale Linie und darunter die gelbe Farbgebung im blauen Band markieren den Phasenübergang (Musterwechsel) im Prozess.

In Abbildung 3 sind die Verläufe der thematischen Gruppen des personalisierten Prozessbogens dargestellt. Die Items waren in diesem Fragebogen zu folgenden Themengruppen zusammengefasst: „Positive Selbsteinschätzung“, „Negative Selbsteinschätzung“ und „negatives Befinden“. Auf alle drei Verläufe (in Abbildung 2 in einem Diagramm übereinandergelegt) wurde der Phasenübergangs-Detektions-Algorithmus (PTDA, Viol et al., 2022) angewendet, mit einem klaren, konvergenten Ergebnis, das im Zeitreihen-Diagramm durch die rote vertikale Linie und darunter durch die gelbe Markierung im blauen Band gekennzeichnet ist. Die „positive Selbsteinschätzung“ steigt ab diesem Punkte deutlich an, während sich die „negative Selbsteinschätzung“ und das „negative Befinden“ sprunghaft reduzieren. In allen Verläufen ist eine kurze Phase der Verschlechterung vor dem Musterwechsel erkennbar.

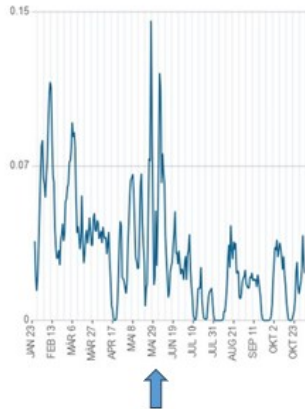


Abbildung 3. Über alle Items gemittelte dynamische Komplexität.
Die Komplexität wird in einem Gleitfenster von sieben Messpunkten Breite berechnet. Korrespondierend zum Phasenübergang (Abb. 3) tritt ein deutlicher lokaler Peak etwa in der Mitte des Verlaufs auf, der die kritische Instabilität des Systems an diesem Punkt kennzeichnet.

In der Synergetik werden kritische Instabilitäten als Frühwarnindikatoren von Phasenübergängen beschrieben (und auch theoretisch hergeleitet). Genau dieses Phänomen lässt sich auch im Veränderungsprozess des Patienten feststellen. Die dynamische Komplexität, die als Marker der Stabilität oder Instabilität einer Systemdynamik gelten kann, weist einen lokalen Peak etwa in der Mitte des Prozesses auf, also dort, wo auch der Phasenübergang auftritt (vgl. Abb. 3). Die dynamische Komplexität wird in einem Gleitfenster von sieben Messpunkten Breite berechnet und setzt sich aus der Amplitude, der Frequenz und der Verteilung der Werte über die Skalenbreite im jeweiligen Zeitreihenabschnitt (Gleitfenster) zusammen (Schiepek & Strunk, 2010).

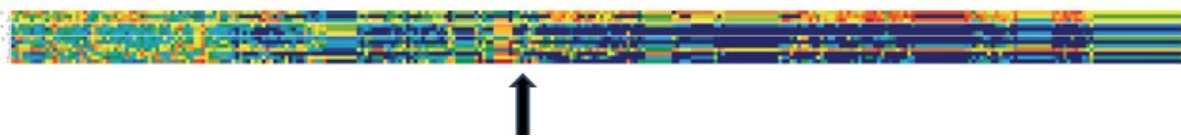


Abbildung 4. Rohwerte-Resonanzdiagramm der Itemverläufe des Patienten.
Die Wertausprägungen der einzelnen Zeitreihen sind hier zeilenweise in eine Farbskala übertragen. Die senkrechte Linie markiert den deutlichsten Musterwechsel (vgl. Abb. 3).

Die Rohwerte der Zeitreihen der Items eines Prozessfragebogens können im SNS in einem Farbdigramm dargestellt werden. Die einzelnen Werte der Zeitreihen werden dabei in eine Farbskala übertragen, von Blau (sehr niedrige Werte) bis Dunkelrot (sehr hohe Werte) (Abb. 4). Der markanteste Musterwechsel (korrespondierend mit dem Ergebnis des PTDA, vgl. Abb. 2) ist in Abbildung 4 durch einen Pfeil markiert.

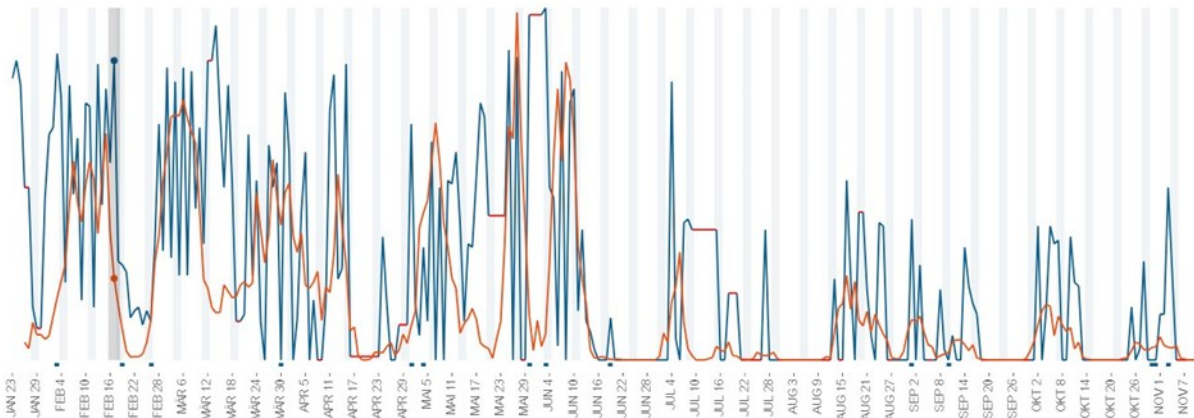


Abbildung 5. Der Verlauf des Items „Mein Drang, Alkohol zu trinken war heute...“ (nicht vorhanden = 0, sehr stark = 100; Visuelle Analogskala).

Der blaue Verlauf stellt die Rohwerte des Items dar, die orange Linie die dynamische Komplexität.

Die dynamische Komplexität einer relevanten Zeitreihe, nämlich des Drangs, Alkohol zu trinken (Craving), ist in Abbildung 5 dargestellt. Dieser Drang (blaue Linie in Abb. 5) weist periodenweise starke Schwankungen auf, von sehr starker Ausprägung bis zu sehr geringer Ausprägung. Die orange Linie zeigt die dynamische Komplexität des Itemverlaufs, die intuitiv die Fluktuationsintensität des Itemverlaufs wiedergibt. Etwa in der Mitte des Prozesses ist in der Ausprägung der Zeitreihe wie auch in der dynamischen Komplexität ein Musterwechsel im Sinne einer deutlichen Reduktion erkennbar – der Drang zu trinken hatte spürbar abgenommen. Dies korrespondierte auch mit sinkenden Werten in den Bluttests. Den Drang zu trinken hat der Patient auch noch später auf einem deutlich niedrigeren Niveau erlebt. In den Feedbackgesprächen äußerte er, dass er es schaffe, trotz Momenten von Suchtdruck abstinenz zu bleiben.

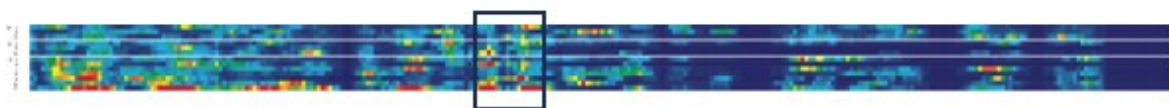


Abbildung 6. Komplexitäts-Resonanz-Diagramm des Therapieverlaufs.

Die dynamische Komplexität wird in überlappenden Gleitfenstern berechnet (Fensterbreite = 7 Tage bzw. Messpunkte). Durch rote Pixel werden hohe Werte der dynamischen Komplexität dargestellt, blaue Pixel repräsentieren niedrige Werte, alle anderen Ausprägungen liegen auf einer Regenbogen-Farbskala dazwischen. Perioden vergleichsweise hoher Komplexität sind durch Kästchen markiert, der Pfeil zeigt den Phasenübergang des Systems (vgl. Abb. 4).

Entsprechend den Rohwerte-Verläufen der Items können auch die Verläufe der dynamischen Komplexität der Items in einem Komplexitäts-Resonanz-Diagramm dargestellt werden (Abb. 6). Hier entsprechen niedrige Werte der dynamischen Komplexität blauen Farbtönen, hohe Werte orangen und roten Tönen (ausgeprägte Fluktuationen). So werden Phasen kritischer Instabilität sichtbar, die als sensible Phasen interpretiert werden können, welche Therapeutinnen/Therapeuten für Anregungen und Interventionen nutzen können. In diesen Phasen sind

Systeme sensitiv für Veränderung, d. h., eine Patientin/ein Patient ist in spezieller Weise offen für Anregungen. Ob darauf ein Musterwechsel folgt oder ob die Patientin/der Patient wieder ihr bisheriges Muster „zurückkippt“, zeigt wird sich im weiteren Verlauf zeigen.

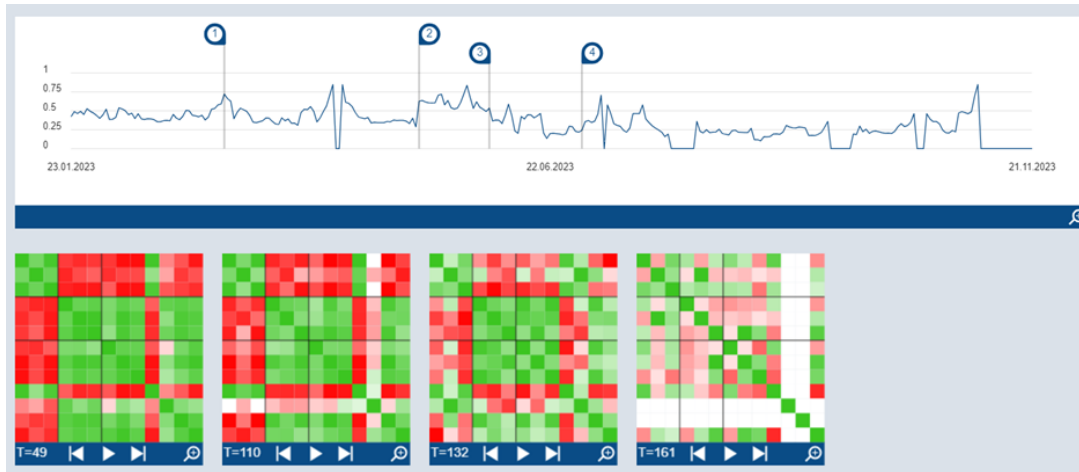


Abbildung 7. *Korrelationsmuster des Therapieverlaufs.*

(a) Durchschnittliche Inter-Item Korrelation, berechnet in einem Gleitfenster von 7 Tagen Breite (überlappend). Verwendet werden hier die Absolutwerte der Inter-Item-Korrelationen, also ohne Vorzeichen, da sowohl positive als auch negative Korrelationen ein Marker für die Synchronisation der Verläufe sind. (b) Inter-Item-Korrelationen der 13 Items des persönlichen Fragebogens des Patientinnen/Patienten. Grünintensitäten: Positive Korrelationen, Rotintensitäten: Negative Korrelationen. Die Matrizen geben einen „Schnappschuss“ von jeweils 7 Messpunkten wieder. Das relative stabile Korrelationsmuster ändert sich im zweiten Abschnitt der Therapie (nach dem Phasenübergang).

Über aktuelle Subsystemsynchronisationen geben sich verändernde Korrelationsmatrizen Auskunft (Abb. 7). Im SNS wird auch die Gesamtkohärenz des Systems als Zeitreihe angezeigt (Abb. 7, oberes Diagramm), wobei die Kurve die durchschnittliche Korrelation aller Items anzeigt, gemittelt ohne Vorzeichen, also nur die Beträge der Korrelationen. Ab etwa der Mitte des Verlaufs ist zu erkennen, dass die Gesamtkohärenz des Systems abnimmt (s. die vertikale Markierung), was in vielen Therapien als Veränderung einer starken, vielleicht sogar pathologischen Synchronisation des Systems zu interpretieren ist. Hohe Synchronisationswerte in der ersten Hälfte dieser Therapie zeigen deutlich kohärentes Verhalten der Items, also der damit erfassten Kognitionen, Emotionen und Symptomintensitäten. An den Farb-Korrelationsmatrizen im unteren Teil von Abbildung 7 sieht man, dass die Korrelationsmuster zwischen den Items sehr stabil bleiben und auch die Struktur der Themengruppen („Faktoren“) des Prozess-Fragebogens bestätigen. Die Items „positive Selbsteinschätzung“ sind unter sich positiv korreliert (grüne Färbung in den Korrelationsmatrizen) und mit den Items der Kategorien „negative Selbsteinschätzung“ und „negatives Befinden“ negativ korreliert. Eine Ausnahme macht

hierbei lediglich das Item „Heute war ich zufrieden mit dem Tag (kein Stress, keine Konflikte).“, das besser zu der Kategorie „positive Selbsteinschätzung“ gepasst hätte.

Betrachtet man die Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit der aufeinanderfolgenden Korrelationsmatrizen, was wiederum durch Korrelation erfolgt und dann zu einer Meta-Korrelationsmatrix führt, erkennt man, dass sich das stabile Inter-Item-Muster in der ersten Hälfte der Therapie nach dem Phasenübergang (zweite Hälfte der Therapie) auflöst (vgl. auch Abb. 7). Während die Achsen der Inter-Item-Korrelationsmatrizen durch die Items definiert werden, ist eine Meta-Korrelationsmatrix eine Zeit \times Zeit-Matrix.

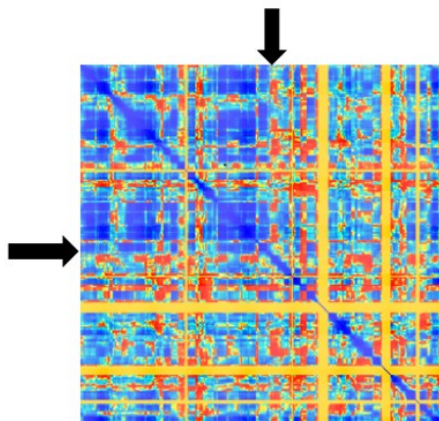


Abbildung 8. *Meta-Korrelationsmatrix.*

Diese Form einer Farbmatrix beruht – wie in Abbildung 7 gezeigt – darauf, dass die Items eines Fragebogens, geordnet nach Kategorien oder Faktoren, zunächst in einem gleitenden Zeitfenster korreliert werden (Fensterbreite: 7 Messpunkte). Korreliert man die daraus resultierende Folge von Korrelationsmatrizen in einer so genannten Meta-Korrelationsmatrix, erkennt man Phasen mit stabilen, persistierenden Korrelationsmustern an der intensiven der Blaufärbung, während sich verändernde, transiente Korrelationsmuster durch Rotfärbung auszeichnen. Die stabile Periode vor dem ersten Musterwechsel ist durch die tiefblaue Fläche links oben gekennzeichnet, d.h. es liegt ein relativ stabiles Korrelationsmuster zwischen den Items vor, danach sind die Korrelationsmuster deutlich weniger korreliert (d.h. in sich unähnlicher und weniger stabil). Die Blaufärbung ist weniger intensiv und es kommen auch mehr rote Pixel (negative Korrelationen zwischen den Matrizen) vor.

Der Verlauf dieser Therapie zeigt, dass der Patient einen deutlichen Phasenübergang mit einer entsprechenden kritischen Instabilität durchlaufen hat. Der Musterwechsel ist in mehreren Itemverläufen zu sehen und kann aus therapeutischer Sicht als Verbesserung bewertet werden. Der Patient erlebte die Arbeit mit dem Prozessmonitoring als wichtig für seine Entwicklung. Die tägliche Reflexion gab ihm eine Orientierung und einen roten Faden für seinen Veränderungsprozess. Er habe sich so immer wieder auf relevante Aspekte seiner Therapie konzentrieren können und wurde daran erinnert, auf was er speziell achten wollte. Die im SNS erkennbaren Verbesserungen motivierten ihn, „dranzubleiben“. Er erlebte es als hilfreich, seine Wahrnehmung in Verläufen und Diagrammen bestätigt zu sehen, was sein Selbstvertrauen förderte. Der Musterwechsel erwies sich als stabil. Daher wurde dann nach einigen Wochen das Monitoring nach einem gemeinsamen Reflexionsgespräch beendet.

2.5.5.2 Fallbeispiel 2

Im Folgenden wird der Einsatz des SNS bei einem Patienten in verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie beschrieben. Dem Patienten waren folgende Diagnosen zugeteilt: F33.1 (rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode), F41.8 (sonstige spezifische Angststörungen: Versagensangst im Rahmen einer Selbstwertproblematik und einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur).

Der Pat. dekompenziert ängstlich und infolge depressiv im Rahmen einer angekündigten Zusammenlegung von 2 Abteilungen in seinem Arbeitsfeld und dem damit drohenden Verlust seiner Führungsposition. Im privaten Kontext bestehen seit längerem Eheprobleme und er erlebt sich schon länger überlastet.

Der Patient berichtet zu Therapiebeginn über innere Unruhe, Grübeln, Konzentrations- und Schlafprobleme. Er beschreibt die Angst, seine Leitungsposition zu verlieren, für die er jahrelang gekämpft habe und wofür er so viel geleistet habe. Er müsse ständig an die Arbeit denken und käme nicht zur Ruhe. Wenn er an die Arbeit denke, dann bekäme er Herzklopfen, zittere, erlebe starke innere Unruhe und Beklemmungen. Seine Armbeugen würden von der Anspannung wehtun. Weiterhin sei er in der Ehe unglücklich. Seine Frau leide unter Depressionen, signalisiere ihm keine Zuneigung, äußere immer wieder Unzufriedenheit über sein Verhalten, wolle keine Nähe und habe schon von Trennung gesprochen. Bis vor Kurzem habe er noch viele Überstunden gemacht und auch zu Hause diverse Aufgaben übernommen. Nun sei er in einem „Loch“, erschöpft, antriebslos, energielos, könne sich kaum aufraffen, käme vor allem morgens kaum aus dem Bett. Er bekomme weder zu Hause noch in der Arbeit Anerkennung für das, was er leiste, weshalb er deprimiert sei und sich als unwichtig und nicht gut genug bewerte. Er habe den Eindruck, dass er es niemandem rechtmachen könne. Er habe Probleme, Entscheidungen zu treffen, und wisse nicht, wie es weitergehen soll. Seine Hausärztin habe ihm ein Antidepressivum und ein Mittel zur Reduzierung seiner Angstzustände verschrieben. Vor 4 Jahren habe er schon einmal eine ambulante Kurzzeittherapie aufgrund eines Burn-outs in Anspruch genommen und gelernt, sich besser abzugrenzen, was ihm aktuell aber nicht mehr gelinge.

Anamnestisch berichtet der Patient, in einem strengen und einengenden Elternhaus aufgewachsen zu sein, wo er machen musste, was die Eltern wollten. Sein Vater habe ihn und die Schwester geschlagen, wenn sie nicht gemacht haben, was er wollte. Die Mutter habe sich zurückgehalten, sei selbst ängstlich gewesen. Er habe Angst vor seinem Vater gehabt, wenn dieser laut geworden sei, und habe gelernt, über Unterordnung und Anpassung Ablehnung zu vermeiden. Die hohen Ansprüche im Elternhaus hat er für sich übernommen und möchte alles perfekt

machen. Im Beruf habe der Patient viel dafür getan, fachlich unabhängig und kompetent zu sein. Er wolle seinen Job immer perfekt machen und investiere viel Zeit in diesen. Er neige durch seinen Perfektionismus auch dazu, Fehler „größer zu machen“, da ihm dies nicht hätte passieren dürfen. In Zukunft möchte er auch verhindern, wieder Fehler zu machen. Er lasse sich ausnutzen, reagiere konfliktvermeidend, weil er sonst befürchte, seinen Job zu verlieren, was für ihn bedeuten würde, versagt zu haben und damit minderwertig zu sein. Habe er es geschafft, mal eine Aufgabe abzulehnen, dann mache er sich mehrere Tage Sorgen darüber, ob andere ihm nun auch nicht mehr entgegenkommen würden.

Mit seiner Ehe sei der Patient seit Jahren unzufrieden. Seine Frau würde zu Hause kaum etwas machen, obwohl sie nur 12 Std. arbeite. Er mache fast alles allein. Er hole sich aber auch keine Unterstützung bei seinen Söhnen, um auch hier Konflikte zu vermeiden. Er vernachlässige seine Hobbys und treffe kaum Freunde. Seine Frau halte ihn auf Distanz und reagiere bei Kritik schnell beleidigt. Zum Beispiel bekämen alle morgens eine Umarmung, sogar der Hund werde gekraut, während sie an ihm vorbeigehe. Er erlebe sich dadurch abgelehnt und minderwertig. Er ziehe sich deswegen immer mehr zurück. Seine Ehe leide auch darunter, dass er ständig mit seiner Arbeit beschäftigt sei. Weil er so kaputt sei und seine Frau nicht nerven wolle, frage er auch nicht, ob sie mal reden könnten, und mache auch keine anderen Vorschläge für gemeinsame Aktivitäten. Vor einem Jahr habe seine Frau sich trennen wollen, was bei ihm große Angst ausgelöst habe. Er habe um sie gekämpft und habe die Trennung abwenden können. Er könne schlecht allein sein, was er schon nach einer früheren Trennung festgestellt habe. Alleinsein löse bei ihm ein Minderwertigkeitserleben aus. Auch wenn Freunde sich früher abgewendet hätten, habe er sich minderwertig erlebt. Weil er es allen recht machen und seine Arbeit sehr gut machen wolle, könne er schlecht Nein sagen, mache viele Überstunden und überlaste sich. Durch die Erfahrungen in seinem Elternhaus entwickelte der Patient eine negative Sicht von sich: „Ich bin nicht gut genug, nicht okay, wie ich bin.“ Wenn ich versage und abgelehnt werde, bin ich minderwertig.“ und ein Bild von anderen, dass diese ihn nur mögen, wenn er ihre Erwartungen erfüllt. Seinen Wert knüpft er an Zuneigung und Anerkennung über Leistung. Der Patient bleibt abhängig von der Bestätigung durch andere, kann sich kaum selbst verstärken, vermeidet Konflikte und ist entfremdet von seinen eigenen Bedürfnissen und Wünschen. Er will es allen recht machen und alles richtig machen, um ein wertvoller Mensch zu sein. Der Patient wollte mit Hilfe der Therapie wieder emotional stabiler werden, wieder mehr entspannen und zur Ruhe kommen können.

Einsatz des SNS im Rahmen der Therapie: Nach 24 Kurzzeittherapiesitzungen wurde das Monitoring gestartet. Dauer 21.9.2023 - 08.12.2024, 444 Messzeitpunkte mit wenigen Phasen,

in denen der Patient nicht ausgefüllt hat. Bis zum Abbruch des Monitorings lag die Compliance bei ca. 90 %. Ein Abbruch der Compliance wurde beschrieben, nachdem sein Handy kaputtgegangen war.

Mit dem Patienten wurde ein individueller Fragebogen entwickelt, der auch Items beinhaltete, die alternative Bewältigungsstrategien im Bewusstsein halten sollten, wie zum Beispiel in den Bereichen Freizeit und Selbstregulation.

Der Faktor **Freizeitgestaltung** beinhaltete Items, die darauf abzielten, mehr Lebenszufriedenheit aufzubauen und durch Freizeitaktivitäten einen Ausgleich zu den Arbeitsbelastungen zu schaffen. Zum Beispiel sich Zeit für sich nehmen, soziale Kontakte pflegen und mehr schöne Momente mit seiner Frau erleben.

Items des Faktors **Selbstregulation** sollten den Patienten dabei unterstützen, zu lernen, sich an eigenen Maßstäben zu orientieren und sich darüber zu bewerten, wie zum Beispiel Zufriedenheit mit sich und seiner Alltagsbewältigung, Abbau eines einseitig negativen Tagesrückblicks, sich bewusstwerden, was er leistet.

Der Faktor **Emotionen** beinhaltete die vom Patienten vorrangig erlebten Gefühle. Wie sich in den Feedbackgesprächen herausstellte, wäre es sinnvoll gewesen, noch das Gefühl der Niedergeschlagenheit aufzunehmen. Im Zuge seines depressiven Erlebens war dieses Gefühl immer wieder präsent.

Im Faktor **Stress** wurden Arbeitsmenge, Überstunden und Termindruck erfasst, um zu erfahren, inwieweit sich diese Faktoren auf die anderen mit dem Fragebogen erfassten Variablen auswirken. Von Interesse war auch, ob es Veränderungen gibt, wenn der Patient alternative Bewältigungsmuster für die beruflichen Anforderungen anwendet.

Items zu körperlichen Symptomen wurden mit aufgenommen, da der Patient dies als sehr belastend schilderte und ein Ziel war, sich auch wieder körperlich wohler zu fühlen.

Mit dem Patienten wurden regelmäßig **Feedbackgespräche** durchgeführt, um unter anderem seinen Entwicklungsprozess zu reflektieren und die Einschätzung des Patienten zu förderlichen oder hinderlichen Faktoren für Veränderungen zu erfahren. Dies sollte auch dabei helfen, das weitere therapeutische Vorgehen mit dem Patienten abzustimmen.

Individueller Fragebogen: Selbstentwicklungsprojekt

WILLKOMMENS-TEXT
Schön, dass Du Dir für Deinen Rückblick auf den Tag Zeit nimmst!
VERABSCHIEDUNGS-TEXT
Gut gemacht!

Abbildung 9. Willkommens- und Verabschiedungstext des individuellen Fragebogens

GENERAL	FAKTOREN	ITEMS	LITERATUR	VORSCHAU
Name	Bezeichnung	Items		
F	Freizeit	3		
E	Emotionen	4		
K	Körper	3		
S	Stress	3		
Se	Selbstregulation	4		

Abbildung 10. Faktoren des individuellen Fragebogens

1	Heute habe ich Überstunden gemacht.	Likert-Skala	S	0, 1
2	Heute hatte ich klar vor Augen, was ich kann und leiste.	Visuelle Analog-Skala	Se	0 ~ 100
3	Heute war ich innerlich unruhig und angespannt.	Visuelle Analog-Skala	K	0 ~ 100
4	Die Arbeitsmenge erlebte ich heute...	Visuelle Analog-Skala	S	0 ~ 100
5	Heute erlebte ich Termindruck.	Visuelle Analog-Skala	S	0 ~ 100
6	Heute machte ich mir Angst zu Versagen.	Visuelle Analog-Skala	E	0 ~ 100
7	Heute habe ich Trauer verspürt.	Visuelle Analog-Skala	E	0 ~ 100
8	Heute habe ich Ärger/Wut verspürt.	Visuelle Analog-Skala	E	0 ~ 100
9	Heute habe ich mir Zeit für mich genommen.	Visuelle Analog-Skala	F	0 ~ 100
10	Heute habe ich Freude verspürt.	Visuelle Analog-Skala	E (u)	0 ~ 100
11	Letzte Nacht habe ich ... Stunden geschlafen.	Nummer	K (u)	0 ~ 11
12	Die Schlafqualität letzte Nacht war...	Visuelle Analog-Skala	K (u)	0 ~ 100
13	Mit meinen sozialen Aktivitäten/Kontakten war ich heute zufrieden.	Visuelle Analog-Skala	F	0 ~ 100
14	Mein Gedankenkreisen war heute...	Visuelle Analog-Skala	Se (u)	0 ~ 100
15	Heute erlebte ich schöne Momente mit meiner Frau.	Visuelle Analog-Skala	F	0 ~ 100
16	Heute war ich mit mir und meiner Alltagsbewältigung zufrieden.	Visuelle Analog-Skala	Se	0 ~ 100
17	Heute ist es mir gelungen, differenziert auf die Ereignisse des Tages zu schauen.	Visuelle Analog-Skala	Se	0 ~ 100

Abbildung 11. 17 Items des individuellen Fragebogens

Therapieverlauf

Der Patient nahm die Therapiesitzungen kontinuierlich und verlässlich wahr. Zunächst zeigte er sich sehr lageorientiert („was er falsch macht und noch tun kann, um es anderen recht zu machen, gemocht zu werden“). Es fiel ihm schwer, Veränderungsschritte zu benennen, und er berichtete viel darüber, was er beruflich und privat macht und wie wenig er damit erreicht und wie ablehnend und fordernd sich andere verhalten. Niedergeschlagenheit und Unzufriedenheit im Zuge dieser Schilderungen werden sehr deutlich. Die Beziehungsgestaltung erfolgte zunächst komplementär zu den Bedürfnissen nach Anerkennung und Wichtigkeit. In den Gesprächen wurden nach und nach die Kosten seiner Leistungsbereitschaft herausgearbeitet. Der Fokus wurde auf die interne Verarbeitung gerichtet, um mit dem Patienten seine Selbstwert-Schemata herauszuarbeiten, die seine emotionale Problematik und seine dysfunktionalen Bewältigungsstrategien aktivieren. Aufgrund der Schwere der Symptomatik nahm der Patient im Rahmen der Kurzzeittherapie einen 5-wöchigen stationären Aufenthalt wahr. Dieser führte zu einer ersten Stabilisierung. Der Patient konnte sich besser entspannen und war in seiner Freizeit aktiver. In der weiteren Therapie zeigte sich der Patient häufig belastet durch die Erfahrungen in seinem Lebensumfeld. Er beschrieb einerseits Unzufriedenheit damit, andererseits erlebe er sich hilflos ausgeliefert, da er ja keine Konflikte wolle. Damit der Patient seine Lage- und Außenorientierung minimieren kann, wurde daran gearbeitet, die Reflexionsfähigkeit des Patienten zu verbessern. Vor allem in zwei wichtigen Lebensbereichen des Patienten, Beruf und Ehe, wurden die vom Patienten als problematisch empfundenen Situationen bearbeitet, indem seine Gefühle und Reaktionsmuster, die Gründe seiner Reaktionen und seine Bewältigungsstrategien sowie deren Konsequenzen analysiert wurden. Für ein besseres Verständnis psycho-physiologischer Zusammenhänge und emotionaler Reaktionen wurde mit dem Patienten das kognitive Modell der Emotionsentstehung (Stavemann, 2014) erarbeitet. In Situationsanalysen wurden seine Selbstwertschemata herausgearbeitet und disputiert, um alternative Denkmuster aufzubauen und damit die emotionale Regulation zu verbessern. In Rollenspielen wurde das Setzen von Grenzen und das Einbringen eigener Bedürfnisse geübt.

Sein Freizeitverhalten konnte der Patient ein wenig verbessern und stabilisieren (Abb. 12). Zu Beginn zeigt der Patient hohe Ausprägungen im Faktor *Freizeit*. Er setzte Aktivitäten um, die im Rahmen der stationären und ambulanten Therapie erarbeitet wurden. Im Zuge einer Wiedereingliederung und erhöhter Arbeitsbelastungen sinken die Werte, aber der Patient hält weiterhin einige Freizeitaktivitäten aufrecht, wie zum Beispiel schwimmen gehen. Im Faktor *Freizeit* (Abb. 12) zeigt sich dies darin, dass ab Mitte März 24 weniger tiefe Werte und ab Ende

Juli auch immer wieder höhere Werte berichtet werden, was als aktivere Freizeitgestaltung bewertet werden kann.

In der Zeitreihe zum Erleben von Freude (Abb. 13) zeigt sich auch eine Verbesserung. Der Patient gab an, dass er anders als früher nun auch im Alltag mehr darauf achte, Aktivitäten einzuplanen, die ihm Freude bereiten, wie zum Beispiel Fußball schauen und ein neues Hobby initiieren. Dadurch erlebe er mehr schöne Momente. In der Zeitreihe zum Erleben von Freude (Abb. 13) zeigt sich, dass der Patient seit Ende März 2024 kaum noch Tage ohne Freude erlebt.

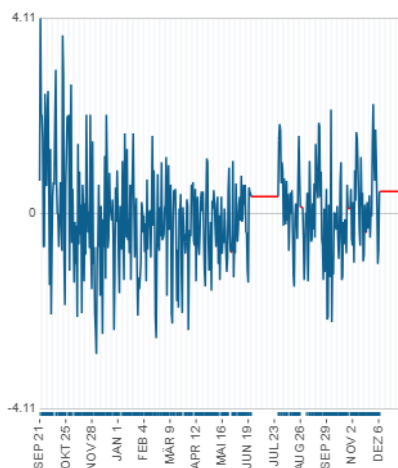


Abbildung 12. Faktor Freizeit
Die Daten werden aus 3 Items (9,13,15) z-transformiert und gemittelt dargestellt.

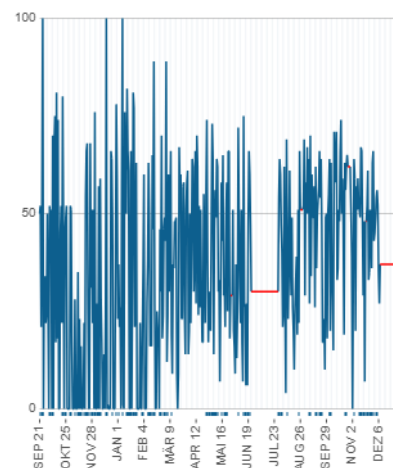


Abbildung 13. Zeitreihe Item 10: Heute habe ich Freude verspürt.

In der Zeitreihe von Item 9 (Abb. 14) zeigt sich ein kleiner Musterwechsel ab 16.1.2024. Der Patient nimmt sich insgesamt zwar weniger Zeit für sich als zu Beginn des Monitorings, was aber durch seine berufliche Tätigkeit bedingt ist. Es gibt keine Werte mehr unter 16. Das bedeutet, dass sich der Patient neben der Berufstätigkeit immer noch etwas Zeit für sich nimmt, was ihm vorher weniger gelungen ist. Durch den Kauf eines Motorrades beschreibt der Patient ab September mehr Tage, an denen er sich Zeit für sich genommen hat. Dies korrespondiert mit den Veränderungen in den Zeitreihen des Faktors *Freizeit* (Abb. 12) und der Zeitreihe zum Freudeerleben (Abb. 13).

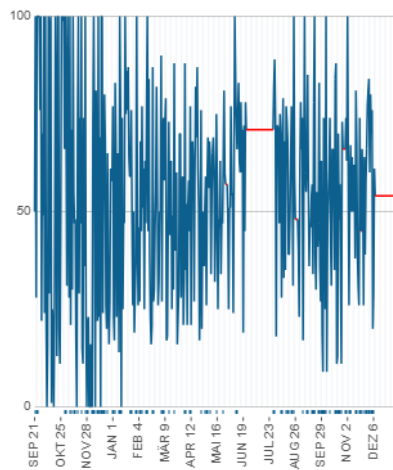


Abbildung 14. Zeitreihe Item 9: *Heute habe ich mir Zeit für mich genommen*

Ein häufiges Thema ist die Beziehung zu seiner Frau. Sein Trauererleben sieht der Patient in einem wesentlichen Zusammenhang mit dem Erleben von schönen Momenten mit seiner Frau. Dies zeigt sich in den übereinandergelegten Zeitreihen beider Items (Abb. 15).

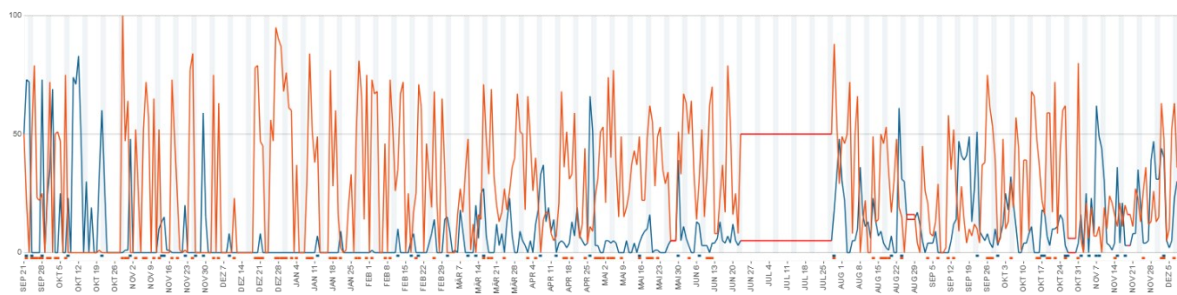


Abbildung 15. zwei übereinandergelegte Zeitreihen: Item *Heute erlebte ich schöne Momente mit meiner Frau* (in blau dargestellt) und Zeitreihe zur Emotion Trauer (in orange dargestellt)

Zu Beginn zeigen sich bis 22.10.23 stärkere Schwankungen in der Zeitreihe (Abb. 16). Es folgt eine Phase vom 22.10.2023 bis 24.02.2024, in der der Patient so gut wie keine schönen Momente mit seiner Frau erlebt (blaue Linie Null oder nahe Null). Ab Januar 2024 beginnen seine Frau und er eine Paartherapie. Im Zuge dieses Prozesses gehen beide mehr in den Austausch und unternehmen wieder mehr gemeinsame Aktivitäten. Der Kauf seines Elektromotorrades 09/2024 führte zu mehr gemeinsamen Ausflügen. In den Feedbackgesprächen äußerte der Patient, dass er damit bisher noch nicht zufrieden sei. Er erlebe seine Frau immer noch sehr wechselhaft ihm gegenüber, mal lieb und zugewandt, dann wieder ablehnend und kritisch. Nähe und Zuwendung vermisse er weiterhin. Diese Aspekte wurden aber nicht im Monitoring erfasst.

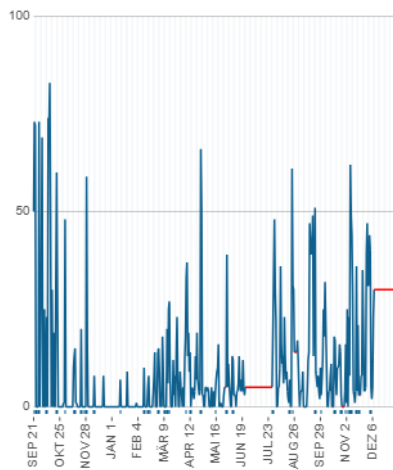


Abbildung 16. Zeitreihe Item 15: Heute erlebte ich schöne Momente mit meiner Frau.

Seine Selbstregulation konnte der Patient bisher nicht wie gewünscht verbessern (Abb. 17).

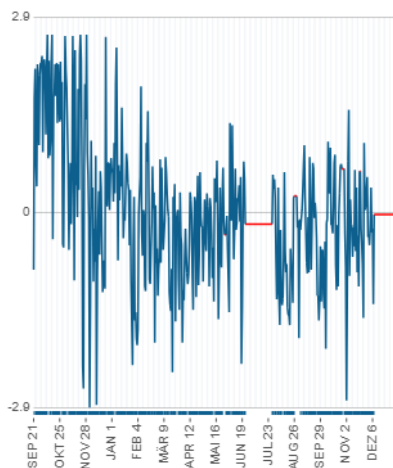


Abbildung 17. Faktor Selbstregulation.

Die Daten von 4 Items (2,14,16,17) werden z-transformiert und gemittelt dargestellt.

Einen positiveren Blick auf das, was er kann und was er leistet, kann er auf einem höheren Niveau, aber bisher noch nicht stabil, halten (Abb. 18). Mit der Alltagsbewältigung war er zufriedener (Abb. 20), aber das Gedankenkreisen konnte er bisher nicht reduzieren. Der Patient beschreibt keine Tage mehr ohne Gedankenkreisen (Abb. 19).

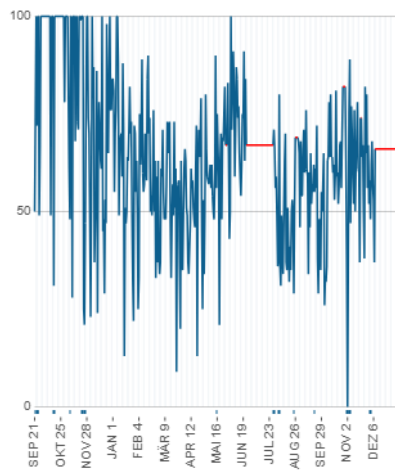


Abbildung 18. Zeitreihe Item 2: Heute hatte ich klar vor Augen, was ich kann und was ich leiste.
Der Verlauf zeigt ab Ende Juli einen leichten Anstieg auf ein höheres Niveau.

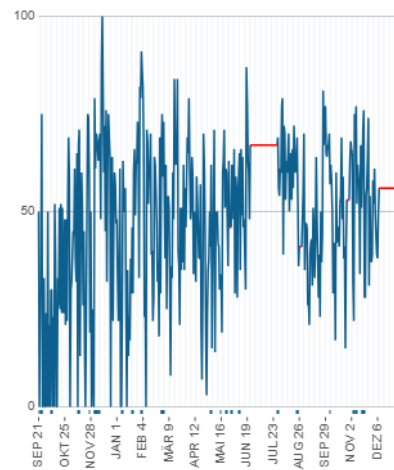


Abbildung 19. Zeitreihe Item 14: Mein Gedankenkreisen war heute...
Der Verlauf zeigt ab Ende Juli einen leichten Anstieg auf ein höheres Niveau.

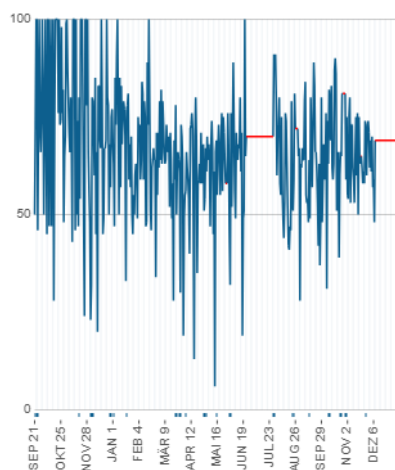


Abbildung 20. Zeitreihe Item 16: Heute war ich mit mir und meiner Alltagsbewältigung zufrieden.
Der Verlauf zeigt ab Ende Juli einen Anstieg auf ein höheres Niveau.

Der Patient beschreibt die Arbeitsbedingungen immer noch als schwierig durch Personalmangel und viele Aufgaben. Dies zeigt sich auch in den hohen Werten zur wahrgenommenen Arbeitsbelastung in den Abbildungen 21 und 22. Die mangelnde Anerkennung seiner Person erlebte er auch noch als demotivierend und kränkend. In den Feedback- und Therapiesitzungen wurden dazu immer wieder unterschiedliche Umgangsweisen erarbeitet und teilweise in Rollenspielen geübt. Der Patient berichtete, sich mehr zu seinen Belangen zu äußern oder auch mal eine Aufgabe abzugeben. Ihm falle es weiterhin noch schwer, nicht die ganze Verantwortung zu übernehmen, sondern auch seinem Vorgesetzten Aufgaben zu überlassen. Eine Fortführung

der Bearbeitung ungünstiger Denkmuster ist weiterhin indiziert. Auch seine körperliche Verfassung sei bisher nicht zufriedenstellend. Anspannung, innere Unruhe (Abb. 23) und Gedankenkreisen (Abb. 19) sind sehr assoziiert mit den Problemen in der Ehe und der Arbeit. Der Schlaf sei insgesamt besser geworden (Abb. 24).

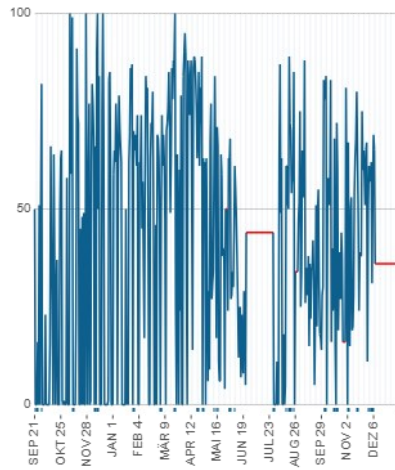


Abbildung 21. Item 4: Die Arbeitsmenge erlebte ich heute...
(0=gar nicht belastend und 100=sehr belastend)

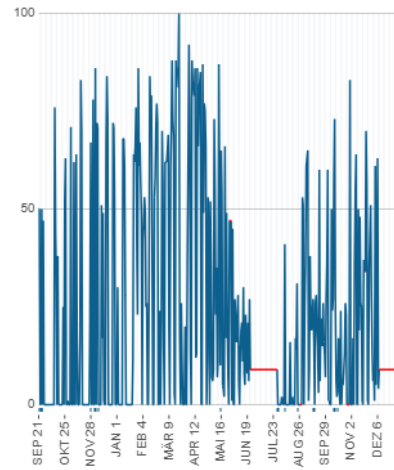


Abbildung 22. Item 1: Heute erlebte ich Termin-
druck.

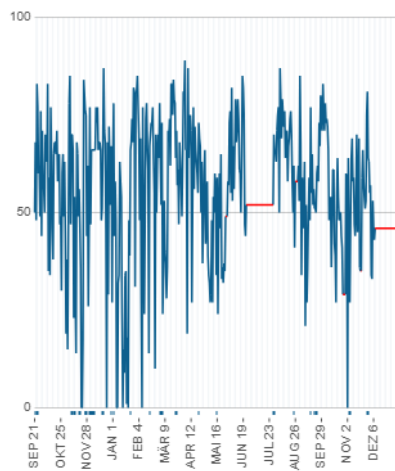


Abbildung 23. Item 3: Heute war ich innerlich unruhig und angespannt.
Innere Unruhe und Anspannung sind wieder angestiegen und zeigen einen stabilen Verlauf.

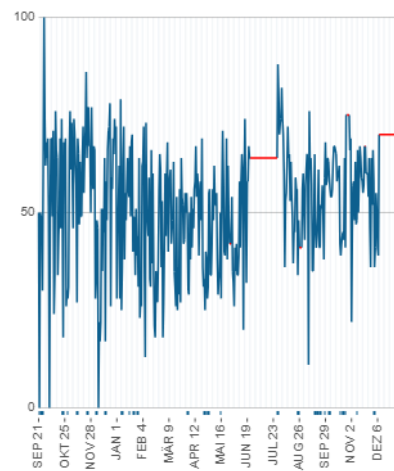


Abbildung 24. Item 12: Die Schlafqualität letzte Nacht war...
(0= sehr schlecht, 100= sehr gut)
Die Schlafqualität hat sich verbessert.

Auch die Entwicklungsverläufe der Emotionen Ärger/Wut (Abb. 25) und Angst zu versagen (Abb. 26) zeigen bisher keinen Musterwechsel. Die Angst, zu versagen, ist eher gestiegen.

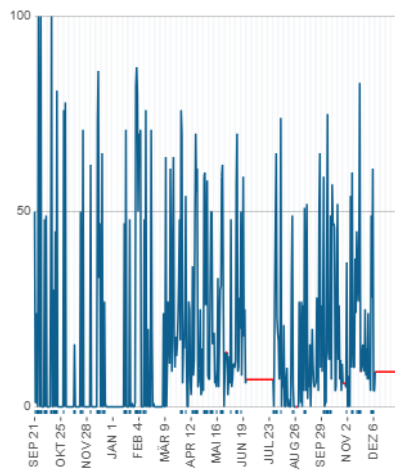


Abbildung 25. Item 8: Heute habe ich Ärger/Wut verspürt.

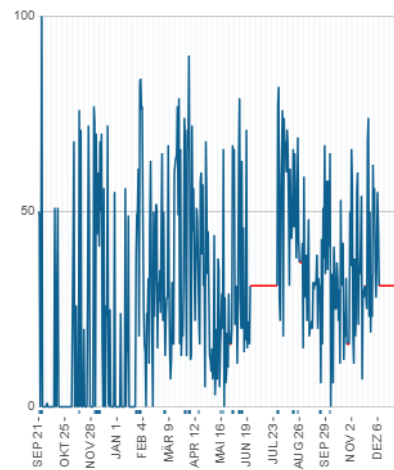


Abbildung 26. Item 6: Heute machte ich mir Angst, zu Versagen.

Dynamische Komplexität und Komplexitäts-Resonanz-Diagramm in Farbe

Diese beiden Diagramme zeigen Phasen erhöhter Instabilität an. Dies können Vorläufer von Veränderungen (Musterwechseln) sein.

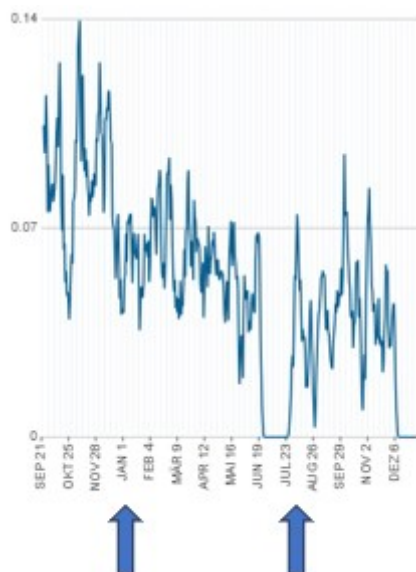


Abbildung 27. Über alle Items gemittelte dynamische Komplexität.

Die Komplexität wird in einem Gleitfenster von sieben Messpunkten Breite berechnet. Die blauen Pfeile zeigen den Übergang in ein anderes Muster der dynamischen Komplexität.

In der dynamischen Komplexität werden 3 Abschnitte deutlich. Die blauen Pfeile kennzeichnen den Übergang in ein anderes Muster der dynamischen Komplexität. Im ersten Abschnitt zeigt sich zu Therapiebeginn eine hohe dynamische Komplexität mit sehr starken Schwankungen in den Werten. Der Patient befindet sich während dieses Zeitraumes in der Übergangsphase von Krankschreibung zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, zunächst im Rahmen einer Wiedereingliederung. Dies erfordert eine Umstellung in der Gestaltung seiner Wochenzeit und

einen Umgang mit Anspannung und der vermehrten Aktivierung seiner dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster im Rahmen der Selbstwertproblematik. Ab Mitte Dezember 2023 sinkt die dynamische Komplexität auf ein mittleres Niveau und ab Ende Juli 2024 sinkt sie noch einmal weiter. Der mittlere Bereich kann zunächst erst einmal als Einschwingen auf ein anderes Niveau angesehen werden, was auch in der Beschreibung des Therapieverlaufs erkennbar ist. Zum Ende der Zeitreihe (2. blauer Pfeil) sinkt die Komplexität zunächst, bevor sie dann wieder zunimmt, was mit vom Patienten beschriebenen Veränderungen (schöne und schlechte Momente mit seiner Frau, Motorradkauf, berufliche Belastungen etc.) korrespondiert.

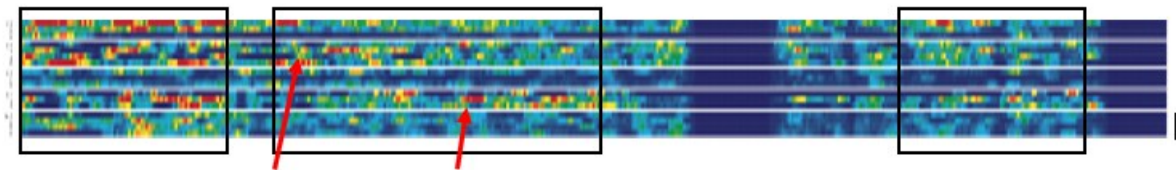


Abbildung 28. Komplexitäts-Resonanz-Diagramm des Therapieverlaufs.

Die dynamische Komplexität wird in überlappenden Gleitfenstern berechnet (Fensterbreite = 7 Tage bzw. Messpunkte). Durch rote Pixel werden hohe Werte der dynamischen Komplexität dargestellt, blaue Pixel repräsentieren niedrige Werte, alle anderen Ausprägungen liegen auf einer Regenbogen-Farbskala dazwischen. Perioden vergleichsweise hoher Komplexität sind durch Kästchen markiert. Die erhöhte dynamische Komplexität zeigt sich bei diesem Patienten zu Beginn in diversen Items, im 2. Kästchen eher in einzelnen Items. Der erste rote Pfeil zeigt eine hohe dynamische Komplexität der Items des Faktors *Emotionen* und der zweite rote Pfeil zeigt eine hohe dynamische Komplexität der Items des Faktors *Stress*.

Im Komplexitäts-Resonanz-Diagramm zeigt sich zu Beginn des Monitorings die höchste Komplexität (erster Kasten). Dies korrespondiert mit der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sowie zunehmenden Konflikten in der Ehe. Im Abschnitt des 2. Kästchens wird erst eine hohe Komplexität in den Items des Faktors *Emotionen* (erster roter Pfeil) und dann etwas zeitversetzt in den Items des Faktors *Stress* (zweiter roter Pfeil) deutlich. Im Faktor *Emotionen* zeigen die gelb bis rot eingefärbten Bereiche mehr Schwankungen in den Emotionen Trauer (korrespondierend mit den berichteten Problemen in der Ehe) und Freude (korrespondierend mit seinem Freizeitverhalten). Die stärkeren Schwankungen im Faktor *Stress* fallen mit zu diesem Zeitpunkt anstehenden beruflichen Anforderungen zusammen. Ab Mitte September zeigt sich eine erneute, aber nur leichte Komplexitätszunahme in den Items zu den Faktoren *Freizeit*, *Emotionen* und *Stress* (3. Kästchen). Wenig Komplexität zeigt sich durchgängig in den Items der Faktoren *Selbstregulation* und *Körper* sowie im Item: „Heute erlebte ich schöne Momente mit meiner Frau“ (Faktor *Freizeit*). Dies sind die Bereiche, in denen der Patient selbst wenig Veränderung berichtet, was auch dem klinischen Eindruck entspricht.

Metakorrelationsmatrix

Auch in der Betrachtung der Metakorrelationsmatrix zeigt sich, dass keine stabilen Inter-Item-Muster erkennbar sind. Die rot gemusterten Flächen zeigen wiederholt instabile Phasen an.

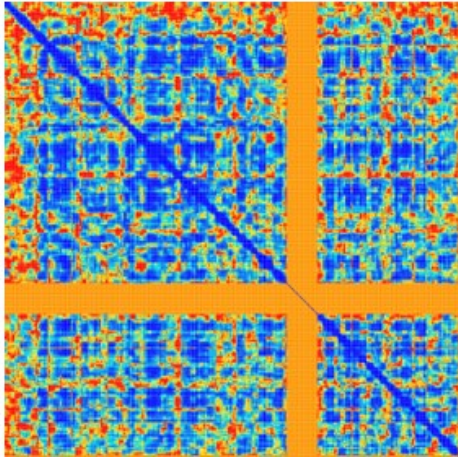


Abbildung 29. *Meta-Korrelationsmatrix.*

Diese Form einer Farbmatrix beruht darauf, dass die Items eines Fragebogens, geordnet nach Kategorien oder Faktoren, zunächst in einem gleitenden Zeitfenster korreliert werden (Fensterbreite: 7 Messpunkte). Korreliert man die daraus resultierende Folge von Korrelationsmatrizen in einer so genannten Meta-Korrelationsmatrix, erkennt man Phasen mit stabilen, persistierenden Korrelationsmustern an der intensiven Blaufärbung, während sich verändernde, transiente Korrelationsmuster durch eine Rotfärbung auszeichnen. Die rot gemusterte Fläche dominiert in diesem Diagramm, d.h. es liegt ein instabiles Korrelationsmuster zwischen den Items vor, (d.h. sie sind in sich unähnlicher und weniger stabil). Es ist kein deutlicher Übergang in ein anderes Muster erkennbar.

Das Monitoring hat der Patient im Dezember 2024 beendet, da er den Eindruck hatte, „immer das Gleiche“ zu antworten. In den Verlaufskurven des Patienten zeigt sich bis zum Beenden der Selbsteinschätzung eine insgesamt stark fluktuierende Symptomatik, aber kein eindeutiger Musterwechsel. In einigen Items wird erkennbar, dass die Fluktuationen etwas geringer geworden sind und kleine Fortschritte erzielt worden sind. Auch im klinischen Eindruck und den Äußerungen des Patienten sind diese Fortschritte erkennbar. Neben seiner ausgeprägten Selbstwertproblematik und Lage- und Außenorientierung erschwerten die Ambivalenzen und Ängste des Patienten sowie die hohe Arbeitsbelastung den Veränderungsprozess. Eine fortführende Bearbeitung seiner Probleme ist weiterhin indiziert.

Das Monitoring erwies sich als hilfreich in der Identifizierung kleiner Fortschritte und der Relativierung übermäßig starker negativer Selbsteinschätzungen. Mit dem Patienten konnte immer wieder geschaut werden, was er trotz negativem Erleben und Befinden schon erreichen konnte. Abschließend wurde in einem Feedbackgespräch herausgearbeitet, was der Patient aus seinem aktuellen Verlaufsmuster ableitet, wie er seine Entwicklungsverläufe beurteilt und welche nächsten Veränderungsschritte der Patient für sich anstreben möchte.

2.5.5.3 Fallbeispiel 3

Die folgenden Verlaufsdaten zeigen die Entwicklung einer Patientin in ambulanter verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie.

Der Patientin waren folgende Diagnosen zugeteilt: F32.1 (mittelgradige depressive Episode) und F40.1 (soziale Phobien).

Ausgelöst wurde die Symptomatik durch eine Zunahme negativ bewerteter Lebensveränderungen. Ein Berufswechsel führt zunächst zur Aktivierung der Selbstwertproblematik mit der Angst, zu versagen und abgelehnt zu werden. Die Patientin arbeitet übermäßig viel. Dadurch vernachlässigt sie ausgleichende Aktivitäten zur Erholung, treibt keinen Sport mehr und vernachlässigt den Aufbau sozialer Kontakte. Die berufliche Tätigkeit erweist sich nach und nach auch nicht so zufriedenstellend, wie es die Patientin erwartet hatte. Soziale Kontakte aus der Zeit vor dem Umzug kann sie auch nicht so aktivieren, wie gedacht, da viele Freundinnen durch eine eigene Familie und andere Freundeskreise eingebunden sind. Die Patientin beschreibt eine dysfunktionale Stressregulation, indem sie ihre negativen Gefühle durch Frustessen und Inaktivität, wie zum Beispiel Serien schauen, bewältigt. Sie nimmt 20 kg zu, wofür sie sich ebenfalls abwertet („*Ich bin faul, träge, passiv.*“). Versuche, etwas zu ändern, hält sie nicht durch und sieht darin wiederum eine Bestätigung ihrer negativen Selbstsicht. Die Selbstabwertungen und gescheiterten Versuche, etwas zu verändern, verstärken das depressive Erleben. Sie beschreibt eine negative Zukunftssicht, glaubt nicht, dass Veränderungen das gewünschte Ergebnis bringen könnten. Seit der Kindheit beschreibt die Patientin Ängste in sozialen Kontakten. Sie befürchtet, von anderen abgelehnt zu werden, was für sie eine Bestätigung ihrer Minderwertigkeit bedeuten würde. Sie verhält sich eher ruhig und zurückhaltend im Kontakt mit anderen. Sie vermeidet es, im Mittelpunkt zu stehen, geht keine Beziehung ein, da sie sich Angst macht, sich zu blamieren, sich lächerlich zu machen, abgelehnt zu werden. Sie denke, dass sie für andere nicht interessant sei und sie langweilen würde.

In der Anamnese wurde deutlich, dass sich die Patientin in ihrer Familie nicht verstanden gefühlt habe, ihre Ideen seien von den Eltern nicht ernst genommen worden und man habe ihr wenig zugetraut. Der Bruder sei von den Eltern als klüger bewertet worden, weshalb er aus Sicht der Patientin mehr Zuneigung bekommen habe. Durch die Erfahrungen in ihrem Elternhaus entwickelte die Patientin ein Selbstwertproblem mit dysfunktionalen Annahmen, nicht gut genug, nicht interessant und nicht liebenswert zu sein. Sie habe sich nicht getraut, sich durchzusetzen und sich für ihre Belange stärker einzusetzen, habe sich eher zurückgezogen und angepasst, da sie sich nicht so gut und kompetent wie andere bewertet habe. In der Schule wurde

das Selbstwertproblem durch Mobbing Erfahrungen verstärkt und aufrechterhalten. Selbstwirksamkeitserleben und Selbstvertrauen konnte sie durch ihre Reaktionsmuster kaum aufbauen. Sie orientiert sich stärker an anderen und alieniert immer mehr von eigenen Bedürfnissen. Die Patientin berichtet, dass den Eltern gute Leistungen und ein sicherer Job wichtig gewesen wären, was die Patientin für sich übernommen habe. Sie stellt hohe Ansprüche an sich, orientiert sich dabei an der Meinung und den Zielen anderer. Durch ihre Angst, zu versagen und abgelehnt zu werden, kann sie ihre Ziele nur begrenzt oder gar nicht erreichen. Im Vergleich mit anderen bewertet sie sich als schlechter und inkompetenter, was mit einem Selbstwertverlust verbunden ist. Sie habe sich einen „Schutzpanzer“ zugelegt, damit andere dies nicht mitbekommen. Die Patientin möchte durch die Therapie ihre dysfunktionalen Muster abbauen, mehr Freude erleben, stabiler werden, ihre sozialen Ängste abbauen und freundlicher mit sich umgehen, wenn ihr etwas nicht gelungen ist. Aus therapeutischer Sicht korrespondiert dies mit der Erarbeitung von Lebenszielen, dem Abbau der Selbstwertproblematik und der damit zusammenhängenden depressiven Symptomatik und der sozialen Ängste. Ebenfalls angestrebt wird ein Abbau dysfunktionaler Selbstregulations- und Emotionsregulationsstrategien wie Passivität, Inaktivität, Rückzug und zu viel und ungesund Essen.

Therapieverlauf

Die Patientin zeigte sich im Kontakt abwartend, vorsichtig und zurückhaltend. Sie zeigte Schwierigkeiten, sich zu öffnen und zu beschreiben, was in ihr vorgeht. Sie stellt ihr Erleben immer wieder in Frage mit den Worten „oder denke ich mir das nur aus, rede ich mir das ein“. In den Therapiesitzungen 2, 3 und 4 wurde ein idiographisches Systemmodell (Abb. 30) erarbeitet, aus dem dann ein individueller Fragebogen für ein tägliches Monitoring erstellt wurde (Abb. 31, 32). Das idiografische Systemmodell beinhaltete die für die Patientin relevanten psychologischen Variablen und ihre Verbindungen. Die Variablen dieses Systemmodells sind Größen, deren Ausprägung sich in der Zeit verändert. Sie bezeichnen intraindividuelle und interindividuelle Komponenten eines bio-psycho-sozialen Systems, wie zum Beispiel Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen und Körperreaktionen. Sie bildeten die Grundlage für den individuellen Prozessfragebogen der Patientin (Abb. 32).

Durch die Erarbeitung eines idiografischen Systemmodells sollte die Patientin mehr Verständnis für sich und ihr Erleben entwickeln. Durch die tägliche Beantwortung ihres Fragebogens sollte eine weitere Möglichkeit für die Patientin geschaffen werden, zeitnah über sich und ihr Erleben zu berichten. Die Patientin sollte von Beginn an eine aktive Rolle in der Therapie erhalten und darin gestärkt werden, sich mitzuteilen und sich mehr mit sich und dem, was sie will, auseinanderzusetzen. Die Therapiefortschritte sollten damit festgehalten werden, sowie

förderliche und hinderliche Faktoren für den Entwicklungsprozess identifiziert und gegebenenfalls bearbeitet werden. Die Feedbackgespräche wurden regelmäßig zur Besprechung ihres Erlebens und der zwischenzeitlichen Entwicklung durchgeführt.



Abbildung 30. Idiographische Systemmodellierung

Individueller Fragebogen „Selbstreflexion“

Name	Bezeichnung	Items
G	Gefühle	4
S	Selbstregulation	5
B	Befinden	6

Abbildung 31. Faktoren des individuellen Fragebogens.

Nr.	Item	Typ	Faktoren	Werte
1	Heute konnte ich mich mit meinen Stärken und Schwächen akzeptieren.	Visuelle Analog-Skala	S	0 ~ 100
2	Negative Gefühle konnte ich heute angemessen bewältigen.	Visuelle Analog-Skala	S	0 ~ 100
3	Meine innere Balance war heute ausgeglichen.	Visuelle Analog-Skala	B	0 ~ 100
4	Heute erlebte ich Momente von Freude und Glück.	Visuelle Analog-Skala	G (u)	0 ~ 100
5	Mit meinem Bewegungspensum bin ich heute zufrieden.	Visuelle Analog-Skala	S	0 ~ 100
6	Heute war mein Energielevel...	Visuelle Analog-Skala	B	0 ~ 100
7	Heute war ich in meiner Freizeit passiv.	Visuelle Analog-Skala	S (u)	0 ~ 100
8	Heute habe ich mich in Angst, im Mittelpunkt zu stehen, versetzt.	Visuelle Analog-Skala	G	0 ~ 100
9	Heute war mein Stresslevel im Job...	Visuelle Analog-Skala	B (u)	0 ~ 100
10	Heute erlebte ich mich unmotiviert.	Visuelle Analog-Skala	B (u)	0 ~ 100
11	Heute habe ich Aktivitäten/Aufgaben aufgeschoben.	Visuelle Analog-Skala	S (u)	0 ~ 100
12	Heute erlebte ich Unzufriedenheit/ Ärger.	Visuelle Analog-Skala	G	0 ~ 100
13	Heute erlebte ich Hoffnungslosigkeit.	Visuelle Analog-Skala	G	0 ~ 100
14	Heute habe ich meine Bedürfnisse wahrgenommen.	Visuelle Analog-Skala	B	0 ~ 100
15	Heute habe ich meine Bedürfnisse gelebt.	Visuelle Analog-Skala	B	0 ~ 100

Abbildung 32. 15 Items des individuellen Fragebogens.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit lag zunächst im Abbau des depressiven Erlebens und im Aufbau positiv bewerteter Aktivitäten. Bis Ende 2023 zeigt sich in den Zeitreihen der entsprechenden Items eine stetige Verbesserung, da die Patientin nach und nach mehr Bewegung in ihren Alltag (Abb. 40) einplane und ihr Essverhalten änderte. Dies waren Ziele, die für die Patientin bedeutsam waren und die sie im Rahmen ihrer aktuellen Möglichkeiten auch gut umsetzen konnte. Zu Beginn des Jahres 2024 erhöhte sich die Arbeitsbelastung deutlich (Abb. 35). Die Patientin erlebte sich wieder passiver und unmotivierter (Abb. 41 und 42). Sie verfolgte dennoch weiterhin wichtige Ziele und meldete sich für VHS-Kurse im Bereich Kommunikation an, um ihre Kompetenzen in diesem Bereich zu verbessern. Sie kündigte ein Serien-Abo, um mehr Zeit für Bewegung und andere als sinnvoll bewertete Aktivitäten zu haben. In Abb. 43 zeigt sich dies noch in einem Absinken des Aufschiebens geplanter Aktivitäten, bevor auch diese Werte wieder ansteigen. Auch das negative Erleben verstärkt sich zu Jahresbeginn. Dies wird sichtbar im Anstieg des Ärgers (Abb. 38), der Hoffnungslosigkeit (Abb. 39), der Passivität in der Freizeit (Abb. 41) und des Sinkens der Motivation (Abb. 42). Dies stand für die Patientin zu diesem Zeitpunkt im Zusammenhang mit der unbefriedigenden beruflichen Situation und

damit, dass sie weniger angenehmen Aktivitäten nachgehen konnte, da sie so erschöpft gewesen sei.

In den ersten Feedbackgesprächen zeigte sich der hohe Anspruch der Patientin darin, dass sie mit ihren bisher erreichten Schritten nicht zufrieden sein konnte. Sie kommentierte einige Zeitreihen damit, dass sie hätte mehr erreichen müssen. Die Folgen dieser Sichtweise und ein alternativer Umgang wurden erarbeitet.

Zur Bearbeitung der Selbstwertproblematik und der damit zusammenhängenden negativen Emotionen wurde die Patientin in das kognitive Modell der Emotionsentstehung eingeführt. In Situationsanalysen wurden dysfunktionale Denkmuster im Rahmen der Selbstwertproblematik, die immer wieder zu negativer Stimmung, Vermeidung und Rückzugsverhalten führen, bearbeitet. In den Feedbackgesprächen wurden einseitige, negative Betrachtungen immer wieder hinterfragt und relativiert. Phasen, in denen die Patientin ihren Fragebogen nicht ausgefüllt hat, wurden besprochen. Hier zeigte sich ihr altes Muster: Geht es ihr nicht gut, vermeidet sie eine Auseinandersetzung mit negativen Gefühlen und Einschätzungen, welche sie im Rahmen des täglichen Ausfüllens mehr wahrgenommen hätte. Beide Aspekte, der Umgang mit negativen Gefühlen und ihr Anspruchsdenken, sind weiterhin auch Themen in der Therapie.

Die Zielverfolgung in den Bereichen Sport und gesunde Ernährung konnte die Patientin trotz hoher Arbeitsbelastung zu Jahresbeginn 2024 aufrechterhalten, was in den Feedbackgesprächen als Fortschritt und Ressource herausgestellt werden konnte. Sie erlebte sich selbstbewusster, da sie ihr Sportpensum steigern konnte und abgenommen hatte. Dies ermöglichte ihr, deutlich entspannter an der Meeting-Runde am Arbeitsplatz teilzunehmen. Dies korrespondierte für die Patientin unter anderem auch mit der Abnahme der Angst, im Mittelpunkt zu stehen (Abb. 37). Die bisherigen Therapiegespräche und auch die Entwicklungsverläufe in den Kurven motivierten die Patientin, weiter an sich zu arbeiten. Ein weiteres Thema war die Herausarbeitung zukünftiger Lebensziele, vor allem auch im beruflichen Bereich. Ein Ergebnis war die Überlegung, sich für ein FH-Studium anzumelden, um langfristig in einen anderen beruflichen Bereich wechseln zu können. Der Entscheidungsprozess bis zur Zusage des FH-Studiums fiel der Patientin schwer und aktivierte einerseits dysfunktionale Annahmen und Selbstzweifel im Rahmen der Selbstwertproblematik. Andererseits gab es aber auch Freude und Zuversicht auf eine mögliche positive Weiterentwicklung und zukünftige andere berufliche Perspektiven. Dies zeigt sich in der zweiten instabilen Phase Anfang Juli (sichtbar in den Zeitreihen der Faktoren Gefühle und Selbstregulation in Abb. 33 und der dynamischen Komplexität, Abb. 34, 2. blauer Pfeil). Um den 20.9.24 gibt es eine dritte instabile Phase die bis ca. Mitte November anhält. Dies ist die Zeit des Studienbeginns. Im Verlauf des Studiums zeigt die Patientin immer mehr

Schwierigkeiten, den Lernstoff zu strukturieren und regelmäßig Zeit in die Bearbeitung des Lernstoffes zu investieren. Die depressive Symptomatik nimmt im Zuge der Lernschwierigkeiten wieder zu. Dies korrespondiert mit den ansteigenden Werten in den Zeitreihenverläufen (Abb. 38, 39, 41, 42) ab Mitte November bis Ende Dezember 2024. Hohe Werte bedeuten in diesem Fall, dass die Patientin mehr Unzufriedenheit, mehr Hoffnungslosigkeit, weniger Motivation erlebt und sie beschreibt sich passiver in ihrer Freizeitgestaltung.

Schwierigkeiten berichtete die Patientin beim Ausfüllen der Bedürfnis-Items (Abb. 46 und 47). Sie stellt fest, dass ihr unklar war, was Bedürfnisse sind, auf welche Bedürfnisse sie sich beim Ausfüllen beziehen soll und was es bedeutet, Bedürfnisse zu leben. Durch Eigenrecherche und Besprechung des Themas in den Therapiesitzungen konnte eine Klärung erfolgen. Die Patientin berichtete, dass sie sich Ende Oktober in einem gemeinsamen Familienurlaub morgens eine Stunde Zeit für sich genommen habe, was ihr sehr gut getan habe. Dies wird in den Zeitreihen an dem einen Peak im Oktober sichtbar (Abb. 46 und 47). Sie ist aktuell noch unzufrieden mit dem Umgang mit eigenen Bedürfnissen und äußert, dass dies mit dem noch bestehenden Selbstwertproblem im Zusammenhang steht.

Im Feedbackgespräch im Januar 2025 zieht die Patientin zunächst eine positive Bilanz in Bezug auf folgende erreichte Ziele: regelmäßig Sport treiben, dem Drang, Süßigkeiten zu essen, widerstehen, weniger Vermeidung emotionaler Themen. Zudem konnte sie eine Zeit lang deutlich mehr Fortschritte erzielen und beschreiben. Sie reguliert ihre negativere Stimmung im Zuge des dunklen und grauen Wetters anders als früher, indem sie weniger Homeoffice macht und weiterhin Sport treibt. Sie beschreibt sich weniger depressiv als zuvor. Aktuell belastend und negativ erlebt die Patientin ihren Umgang mit den Studienanforderungen, und auch ihr Selbstwertproblem beeinflusst ihre Erlebens- und Verhaltensmuster noch negativ. Ein empathisches Begleiten und Herausarbeiten der Faktoren, die zu ihrem negativ erlebten Umgang mit den Studienanforderungen beitragen, und eine weitere Bearbeitung der Selbstwertproblematik sind Themen, die fortführend bearbeitet werden.

Verlauf der Faktoren und dynamische Komplexität

Die Patientin beginnt mit den Selbsteinschätzungen im letzten Quartal 2023. Zunächst zeigt sich eine Phase mit hoher dynamischer Komplexität (erster blauer Pfeil). Bis ca. Ende 2023 schafft es die Patientin, durch Umsetzung geplanter Aktivitäten ihr negatives Erleben zu reduzieren und ihre Selbstregulation sowie ihr Befinden zu verbessern. Im Zuge einer starken Arbeitsbelastung Anfang 2024 kann sie das hohe Niveau der erreichten Verbesserungen nicht halten, erreicht aber ein anderes stabiles Niveau, was in dieser Zeit im Rahmen der aktuellen

Belastungen möglich ist. Ab April zeigt sich ein Musterwechsel in den Faktorverläufen und etwas deutlicher in einigen Zeitreihen (u. a. Abb. 38, 39, 41, 42, 43). Die Patientin beschrieb mehr positives Erleben, ein besseres Befinden und eine verbesserte Selbstregulation.

Im Juli 2024 und ca. um den 20. September bis Mitte November 2024 zeigen sich erneut zwei Phasen erhöhter dynamischer Komplexität in den Faktoren *Gefühle* und *Selbstregulation* (zweiter und dritter blauer Pfeil in Abb. 34). Die dynamische Komplexität ist aber nicht so stark wie zu Beginn der Therapie. Die erste Phase korrespondierte mit der Entscheidung für ein FH-Studium und die zweite Phase mit dem Beginn des Studiums und den veränderten Anforderungen. Vor Übergängen in neue Muster zeigen sich in nichtlinearen, komplexen Systemen kritische Instabilitäten. Diese sind erkennbar an stärkeren Fluktuationen der Werte innerhalb kürzerer Zeiträume. Unklar ist aber, ob es infolgedessen zu einem relevanten und dauerhafteren Musterwechsel kommt. Bei der Patientin zeigt sich nach den beiden instabilen Phasen eine Stabilisierung des Verlaufs auf dem vorherigen Niveau, welches ab April in den Entwicklungsverläufen sichtbar ist.

Der Faktor *Befinden* zeigt ein etwas anderes Verlaufsmuster als die Faktoren *Gefühle* und *Selbstregulation*, v. a. geprägt durch die Selbsteinschätzungen zur erlebten Arbeitsbelastung. Ab ca. 20.4.2024 steigen die Werte in der Zeitreihe des Faktors *Befinden*. Hohe Werte bedeuten, dass die Patientin weniger Stress im Beruf, mehr Motivation und mehr Energie erlebt. Ab Januar 2025 steigt die Arbeitsbelastung erneut an, was zu einem Wechsel des Verlaufsmusters auf ein etwas niedrigeres Niveau führt. Dies zeigt den Einfluss der beruflichen Anforderungen und später zusätzlich der Studienanforderungen auf das Befinden der Patientin.

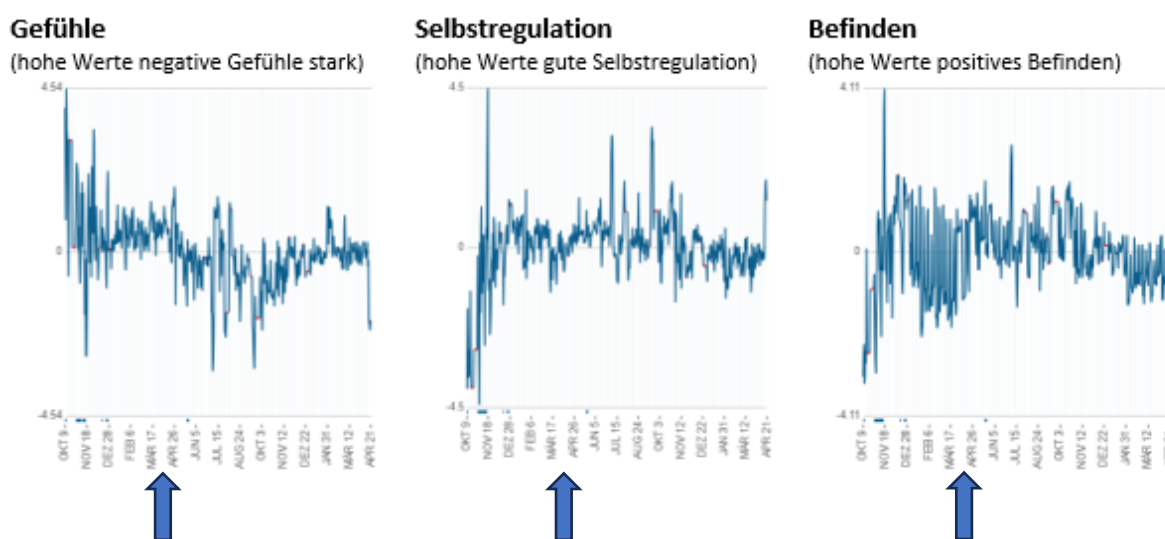


Abbildung 33. Zeitreihenverläufe der Faktoren: *Gefühle*, *Selbstregulation* und *Befinden*. Die Faktoren werden durch eine Z-Transformation der Items gebildet. Die den Faktoren zugeordneten Items sind in Abb. 33 beschrieben. Die blauen Pfeile zeigen einen Musterwechsel an



Abbildung 34. *Über alle Items gemittelte dynamische Komplexität.*

Die Komplexität wird in einem Gleitfenster von sieben Messpunkten Breite berechnet. Die drei blauen Pfeile zeigen Phasen kritischer Instabilität an.

Arbeitsbelastung

Das „*wahrgenommene Stresslevel im Job*“ zeigt einen deutlichen Anstieg von Januar bis April 2024, sowie einen zweiten Anstieg im Januar 2025 (Abb. 35). Dieser wird aber nicht so belastend erlebt wie der im Jahr zuvor. In diesen Zeiten stabilisieren sich viele andere erfasste Variablen auf einem konstanteren Niveau, was darauf hindeutet, dass die wahrgenommene Arbeitsbelastung zu weniger Erlebens- und Handlungsvariabilität bei der Patientin führt. In den SNS-basierten Feedbackgesprächen wurde herausgearbeitet, dass dies von der Patientin als hinderlich für die Verfolgung ihrer Ziele erlebt wird und auch zu weniger Wohlbefinden führt.

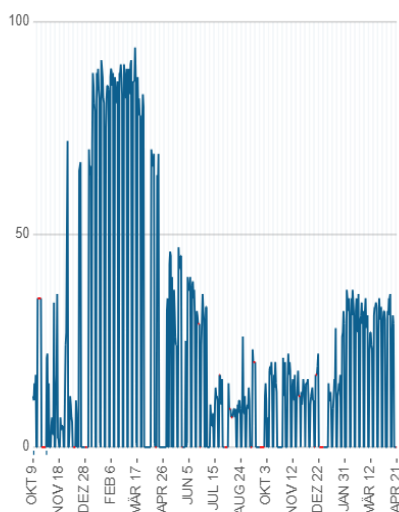


Abbildung 35. *Item 9: Heute war mein Stresslevel im Job...*

Emotionales Erleben

Nach einem ersten deutlichen Anstieg der Verlaufswerte in der Zeitreihe des Items 4 „*Erleben von Freude und Glück*“ (Abb. 36) bleiben die Werte über längere Zeit auf dem mittleren Niveau relativ konstant. Trotz erhöhter Arbeitsbelastung berichtete die Patientin, dass sie ihr Sportpensum und ihre Ernährungsumstellung aufrechterhalten konnte, was sie positiv erlebte, da dies eine Änderung ihres bisherigen Musters bedeutete. Nach den zwei kritischen Phasen beschreibt die Patientin ab Ende November weniger Momente von Freude und Glück, korrespondierend mit den Arbeitsbelastungen und den Studienanforderungen. Seit Anfang Februar 2025 bleiben die Werte auf einem konstant niedrigen Niveau, was mit der gestiegenen Arbeitsbelastung und den noch bestehenden Problemen im Umgang mit den Anforderungen des FH-Studiums sowie den vernachlässigten Zielen (Sport und Ernährung) korrespondiert. Keine Auswirkungen zeigen sich auf die Angst, im Mittelpunkt zu stehen (Abb. 37). Diese bleibt konstant auf niedrigem Niveau.

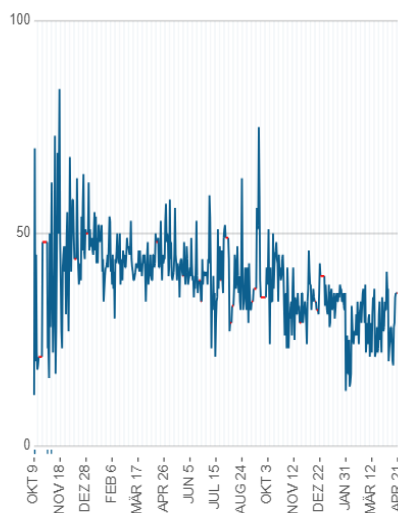


Abbildung 36. Item 4: Heute erlebte ich Momente von Freude und Glück.

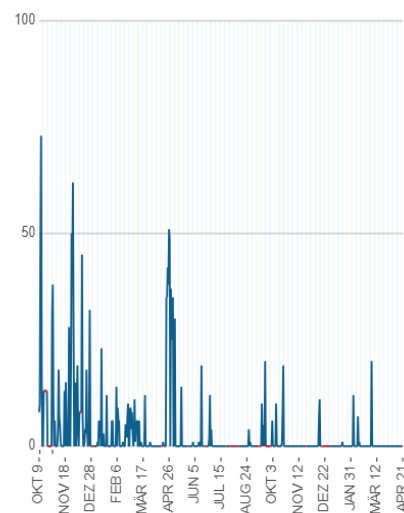


Abbildung 37. Item 8: Heute habe ich mich in Angst, im Mittelpunkt zu stehen, versetzt.

Die Items 12 (*Ärger*) und 13 (*Hoffnungslosigkeit*) haben einen ähnlichen Entwicklungsverlauf. Zunächst zeigen sich nach einer kritischen, instabilen Phase ein Anstieg von Ärger (Abb. 38) und ein Anstieg der Hoffnungslosigkeit (Abb. 39). In beiden Zeitreihen sinken die Werte zu dem Zeitpunkt, wo der Stress am Arbeitsplatz sinkt, und mit Beginn des Frühjahres, was nach Aussage der Patientin auch zu einer Stimmungsverbesserung führt. Die zwei instabilen Phasen werden auch hier sichtbar. Im Zeitreihenverlauf des Item 12 „*Heute erlebte ich Unzufriedenheit und Ärger*“ pendeln sich die Werte auf dem Niveau vor den instabilen Phasen ein, in der Zeitreihe zum *Hoffnungslosigkeitserleben* stabilisieren sich die Werte ebenfalls wieder, aber nicht

mehr so hoch wie vor den beiden letzten instabilen Phasen. Im Gespräch mit der Patientin konnte dies als Fortschritt herausgearbeitet werden.

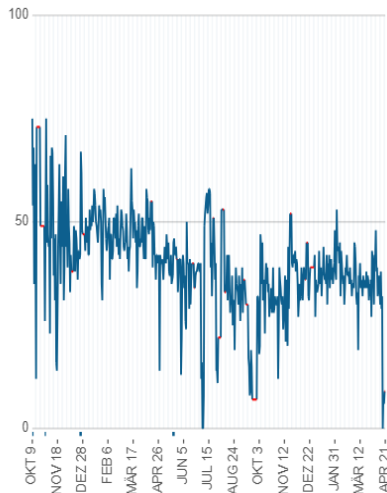


Abbildung 38. Item 12: Heute erlebte ich Unzufriedenheit und Ärger

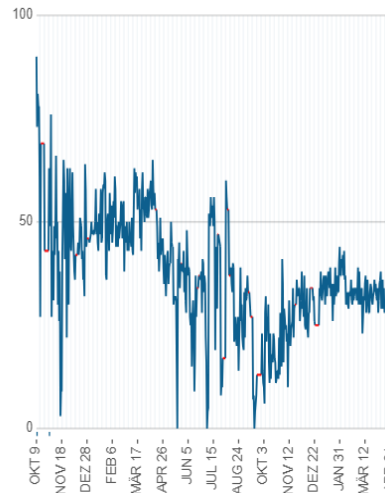


Abbildung 39. Item 13: Heute erlebte ich Hoffnungslosigkeit.

Im Entwicklungsverlauf zu Item 5 „Zufriedenheit mit dem Bewegungspensum“ (Abb. 40) zeigt sich, dass die Patientin ein konstantes Niveau mit ihrem Bewegungspensum erreichen konnte. Dies konnte sie auch nach eigenen Aussagen stabil halten, auch wenn andere Bereiche instabiler waren. Seit Ende Oktober 2024 sinken die Werte auf ein niedrigeres Niveau. Dies sieht die Patientin im Zusammenhang mit den Studienanforderungen und ab Januar 2025 auch mit den gestiegenen Arbeitsbelastungen.

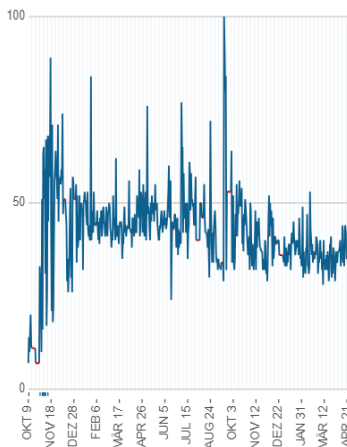


Abbildung 40. Item 5: Mit meinem Bewegungspensum bin ich heute zufrieden.

Die Items 7 (Abb. 41), 10 (Abb. 42) und 11 (Abb. 43) weisen ebenfalls einen relativ ähnlichen Verlauf wie die Items 12 (Abb. 38) und 13 (Abb. 39) auf. Die instabilen Phasen sind in allen drei Entwicklungsverläufen sichtbar und eine Stabilisierung der Verläufe auf ein konstanteres

Niveau danach. In den SNS-basierten Feedbackgesprächen berichtete die Patientin, wie ihre Erlebens- und Verhaltensmuster mit den Themen Arbeit und Studium zusammenhängen.

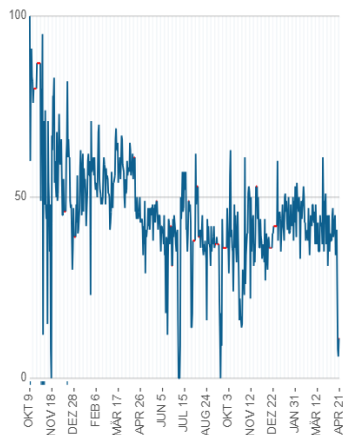


Abbildung 41. *Item 7: Heute war ich in meiner Freizeit passiv.*

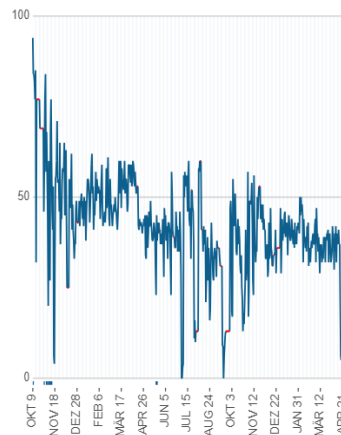


Abbildung 42. *Item 10: Heute erlebte ich mich unmotiviert*

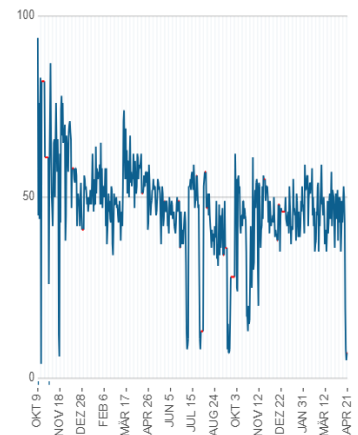


Abbildung 43. *Item 11: Heute habe ich Aktivitäten/Aufgaben aufgeschoben.*

Die folgenden 4 Zeitreihen (Abb. 44-47) zeigen ein anderes, weniger dynamisches Verlaufsmuster. Nach dem 4.7.2024 zeigt sich ebenfalls eine Niveauänderung mit einem weiteren stabilen Verlauf in diesen Zeitreihen. Die Ähnlichkeit in den Zeitreihen von Item 14 (Abb. 46) und 15 (Abb. 47) deutet darauf hin, dass die Patientin wahrgenommene Bedürfnisse auch zu leben scheint. Der Peak im Oktober (Abb. 46 und 47) steht in diesen beiden Zeitreihen für ein gelungenes Leben eigener Bedürfnisse im Familienurlaub. Diese Situation wurde in der Therapie ausführlicher besprochen, da die Patientin ihr Erleben hier deutlich anders beschreibt.

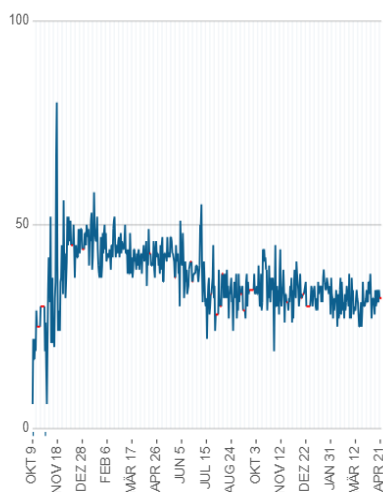


Abbildung 44. *Item 3: Meine innere Balance war heute ausgeglichen.*

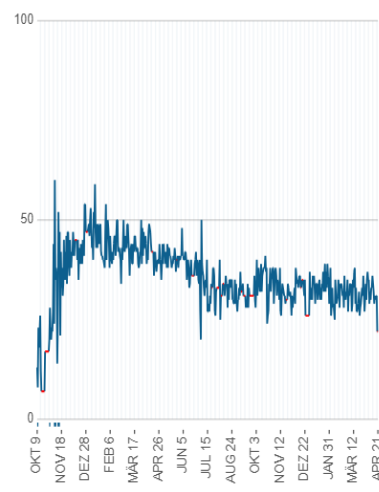


Abbildung 45. *Item 2: Negative Gefühle konnte ich heute angemessen bewältigen.*

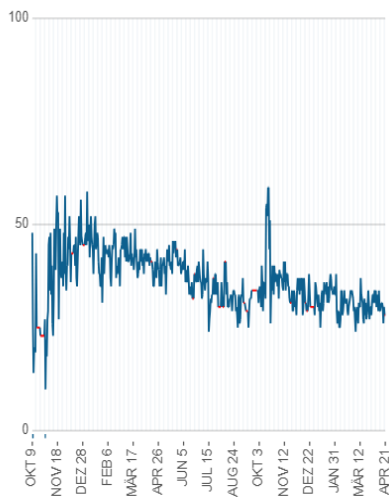


Abbildung 46. Item 14: Heute habe ich meine Bedürfnisse wahrgenommen.

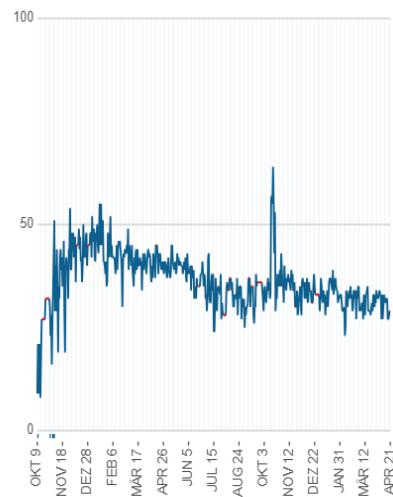


Abbildung 47. Item 15: Heute habe ich meine Bedürfnisse gelebt.

Synchronisationsmuster

Im Verlauf der Therapie lassen sich wiederholt Synchronisationen von Subsystemen (Abb. 49) identifizieren. Diese können ebenfalls Vorläufer eines Musterwechsels sein. Bei dieser Patientin zeigen die Synchronisationsmuster kein einheitliches Bild, was korrespondiert mit einer sich immer wieder verändernden Dynamik im Therapieprozess.

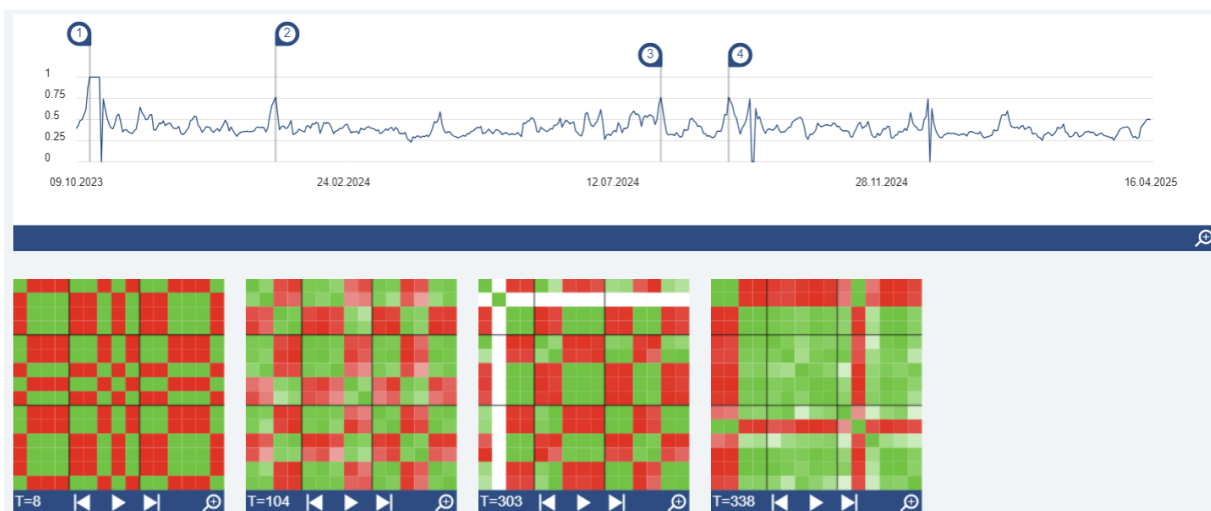


Abbildung 48. Korrelationsmuster des Therapieverlaufs.

(oberes Diagramm) Durchschnittliche Inter-Item Korrelation, berechnet in einem Gleitfenster von 7 Tagen Breite (überlappend). Verwendet werden hier die Absolutwerte der Inter-Item-Korrelationen, also ohne Vorzeichen, da sowohl positive als auch negative Korrelationen ein Marker für die Synchronisation der Verläufe sind. (untere Darstellung) Inter-Item-Korrelationen der 15 Items des persönlichen Fragebogens der Patienten. Grünintensitäten: Positive Korrelationen, Rotintensitäten: Negative Korrelationen. Die Matrizen geben einen „Schnappschuss“ von jeweils 7 Messpunkten wieder.

Metakorrelationsmatrix

In der Metakorrelationsmatrix zeigen sich bisher keine deutlichen stabilen Phasen. Diese wären an einer stärkeren Blaufärbung zu erkennen. Die rot gemusterten Flächen zeigen immer wieder instabile Phasen an.

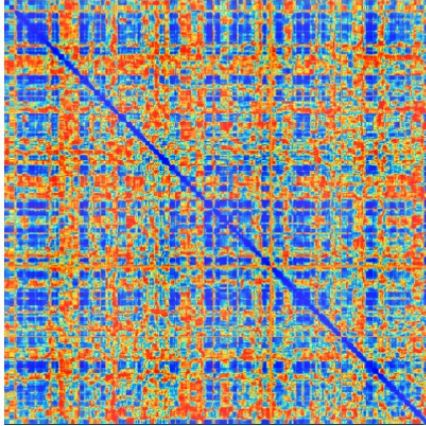


Abbildung 49. *Meta-Korrelationsmatrix.*

Der Einsatz des SNS bot in diesem Therapieverlauf eine gute Gesprächsgrundlage, um Fortschritte und Entwicklungen im Therapieverlauf zu besprechen. Durch die Abbildung des Verlaufs in Zeitreihen erhielten Patientin und Therapeutin mehr Informationen über das Erleben und die Veränderungen der Patientin als über die Gespräche ohne die Zeitreihen. Der individuelle Fragebogen diente als roter Faden in der Therapie, da sich auch im Therapieverlauf zeigte, dass er für die Patientin wesentliche Entwicklungsbereiche beinhaltet. Therapeutisch beeindruckend sind die hohe Compliance und Motivation der Patientin. Dies zeigt, wie sehr die Patientin bemüht ist, an ihrem Entwicklungsprozess dranzubleiben. Neben der Arbeitsbelastung beeinflussten auch andere neue, umgesetzte Ziele wie die Entscheidung für das FH-Studium, mehr Sport und gesündere Ernährung sowie andere Denkmuster das Erleben der Patientin. Nach der ersten instabilen Phase erfolgt ein Musterwechsel. Dieser bleibt nach weiteren instabilen Phasen zunächst noch bestehen. Dieser Fall zeigt, dass Musterveränderungen nicht immer sehr stark ausfallen, sich auch nicht in allen erfassten Variablen abbilden und nicht nach jeder kritischen Instabilität neue Erlebens- und Verhaltensmuster folgen. Aber die erreichten Veränderungen sind für Patienten/Patientinnen und Therapeuten/Therapeutinnen wichtige Hinweise und können motivieren, am eigenen Entwicklungsprozess dranzubleiben. Die grafischen Verlaufsdarstellungen und regelmäßigen Reflexionen des Entwicklungsverlaufs lieferten immer wieder wichtige Erkenntnisse zu Fortschritten und Ressourcen, aber auch zu Verschlechterungen oder Hindernissen, die eine Veränderung bisheriger Muster noch erschweren und die weiter therapeutisch bearbeitet werden müssen.

2.5.6 Zusammenfassung Effekte und Nutzen von Monitoring- und Feedbacksystemen sowie zusätzlicher Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem Monitoring- und Feedback mit dem SNS

Forschungsbefunde zu Monitoring- und Feedbacksystemen zeigen einen vielfältigen Mehrwert und Nutzen sowie unterschiedliche therapeutische Effekte auf. Diese wurden in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt. Bisherige Forschungsbefunde zum SNS und klinische Fallberichte zeigen, dass hochfrequentes nichtlineares Monitoring- und Feedback in der Praxis machbar ist und einen zusätzlichen Mehrwert für Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten ermöglicht (Tabelle 5).

Patientinnen/Patienten	Therapeutinnen/Therapeuten
<ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Beschäftigung mit den Themen und Zielen der Therapie, alltagsnah und außerhalb der Sitzungen • Motivation durch zeitnahe Rückmeldung von Veränderungen • unterstützt Selbstregulation und Selbstmanagement • Mentalisierung und Achtsamkeits-Fokussierung • differentielle Wahrnehmung von Emotionen, Kognitionen und Verhalten • unterstützt die therapeutische Kooperation und die Qualität der Therapiebeziehung • regelmäßiges (z. B. tägliches) Ausfüllen strukturiert und vermittelt Sicherheit • fördert die Emotionsregulation • Patientinnen/Patienten fühlen sich in besonderer Weise wahrgenommen und mehr einbezogen • erleichtert den Transfer zwischen Therapie und Alltag/Lebenswelt • Einnahme einer Meta-Perspektive wird ermöglicht, kann gelernt werden • expressives Schreiben elektronischer Tagebücher 	<ul style="list-style-type: none"> • liefert Informationen für Fallkonzeptionen und funktionelle Bedingungsanalysen • Unterstützung bei der besseren Allokation von Ressourcen • Faktoren, die den Behandlungsfortschritt behindern, können besser identifiziert werden • MFS erleichtert auch die Einigung über die Aufgabe und Ziele der Behandlung und fördern einen kollaborativen Prozess • unterstützt die therapeutische Beziehung • liefert roten Faden und Informationen für die feedback-basierten Therapiesprache zwischen Patient/-in und Therapeut/-in • Früherkennung von therapeutischen Krisen oder Stagnationen • vermittelt Sicherheit im Vorgehen • liefert die Datenbasis für therapeutische Mikroentscheidungen (adaptive Indikation) • vermittelt theoretischen Bezug (Therapie als Selbstorganisationsprozess) • Unterstützung bei der Dokumentation des Behandlungsverlaufs • Evaluation der Therapien • erlaubt die Individualisierung und Personalisierung des Vorgehens • liefert Graphiken und Daten für Berichte, Überweiser und Gutachter • fördert die Rolle von Therapeutinnen/Therapeuten als „scientist practitioner“ • Verbesserung klinischer Fähigkeiten • Daten liefern eine Gesprächsgrundlage für den Behandlungsverlauf (Fortschritte, Stagnationen etc.) unter Mitgliederinnen/Mitgliedern eines Behandlungsteams, mit externen Mitbehandlerinnen/Mitbehandlern, mit Supervisorinnen/Supervisoren

Tabelle 4. Effekte und Nutzen von Monitoring- und Feedbacksystemen

Zusätzlicher Mehrwert und Effekte von hochfrequentem Monitoring mit dem SNS
<ul style="list-style-type: none"> • vermittelt theoretischen Bezug (Therapie als Selbstorganisationsprozess), Therapeutinnen/Therapeuten lernen mit nichtlinearer Dynamik umzugehen, normative Beschränkungen, die dem Einzelnen nicht gerecht werden, werden vermieden.
<ul style="list-style-type: none"> • Personalisierung und Individualisierung: eine größere Bandbreite an Variablen kann erfasst werden i.S. von personalisierten Ergebniskriterien (Schiepek et al., 2022a).
<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutinnen/Therapeuten erhalten mehr Informationen über das Erleben aus dem Alltag der Patientinnen/Patienten als bei wöchentlichen Messungen.
<ul style="list-style-type: none"> • Neben quantitativen Daten können auch qualitative Daten durch die Tagebuchfunktion erfasst werden.
<ul style="list-style-type: none"> • Hochfrequente Datenerfassung mit dem SNS erlaubt Hinweise auf nichtlineare Eigenschaften (z. B. Ordnungsübergänge, kritische Instabilitäten) des Therapieprozesses (Schiepek et al., 2022a).
<ul style="list-style-type: none"> • Das Erkennen von prozessualen Mustern und Musterwechseln wird ermöglicht, was v.a. sinnvoll ist bei sog. dynamischen psychischen Erkrankungen, wo ein Wechsel in Symptommustern Merkmal der Erkrankung ist, wie z. B. bei bipolaren Störungen der Wechsel zwischen depressiver und manischer Phase (Schiepek et al., 2022a).
<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der täglichen Datenerhebung sind die Daten valider und unterliegen weniger Verzerrungen (Schiepek et al., 2022a).
<ul style="list-style-type: none"> • Personalisiertes Monitoring mit dem SNS ermöglicht einen individuelleren Einbezug von Patientinnen/Patienten in den eigenen Therapieprozess (Schiepek et al., 2022a).
<ul style="list-style-type: none"> • Realisierung eines ökosystemischen Assessments, da Patientinnen/Patienten zu Hause in ihrem realen Alltag ihre Selbsteinschätzungen vornehmen können.

Tabelle 5. *Zusätzlicher Mehrwert und Nutzen von hochfrequentem Monitoring- und Feedback*

3. Fragestellung

Ziel dieser Befragung war es, herauszufinden, wie die Anwendung des Synergetischen Navigationssystems (SNS) in unterschiedlichen klinischen Settings erfolgt (Durchführungsintegrität) und welcher Nutzen, welche Effekte und welche Blockaden im Einsatz des SNS gesehen werden.

Folgende Aspekte werden erfasst:

- In welchen Settings wird das SNS angewendet?
- Welche SNS-Anwenderinnen-/Anwendergruppen wurden bisher erreicht (Größe und Zusammensetzung)?
- Wie intensiv und auf welche Art nutzen die Anwender/-innen das SNS (Frequenz der Anwendung, Nutzung der im SNS implementierten Tools)?
- Welche psychologischen Effekte und Mechanismen regt hochfrequentes Feedback an? Angenommen werden: Unterstützung von Motivation und Selbstwirksamkeit, Verbesserung von emotionaler Wahrnehmung, Affektdifferenzierung und Emotionsregulation, Verbesserung von Mentalisierung und Achtsamkeit, Stabilisierung durch regelmäßige Nutzung als Ritual, Verbesserung der therapeutischen Beziehung etc.
- Wie schätzen die Anwender/-innen den Mehrwert und Nutzen des SNS für ihre therapeutische Arbeit bzw. für ihren Entwicklungs- und Veränderungsweg ein?
- Wie wird der Zeitaufwand eingeschätzt?
- Welche Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren werden beschrieben?

Spezielle angenommene Effekte sind in Tabelle 1 (S. 22) aufgelistet. Die einzelnen Punkte können als Hypothesen der Befragung gelten.

Die Ergebnisse liefern eine Basis für Weiterentwicklungen, Präzisierungen, Modifikationen der Implementierung und der Technik (z. B. Benutzerführung, Visualisierung) sowie für die Entwicklung weiterer Forschungsfragen. Alle Ergebnisse werden den Befragten und den SNS-Anwendern und SNS-Anwenderinnen zur Verfügung gestellt.

4. Methodik der Untersuchung

4.1 Studiendesign

Da die SNS-Anwender/-innen an vielen verschiedenen Standorten mit dem SNS arbeiten und möglichst viele Anwender/-innen erreicht werden sollten, wurde die Befragung als Online-Befragung durchgeführt. Die Fragebogenmethode eignet sich ebenfalls besonders gut zur Erfassung subjektiven Erlebens, ist diskreter und anonymer als ein Interview (Döring, & Bortz, 2016). Die Teilnehmer/-innen sollten die Möglichkeit erhalten, selbst zu entscheiden, wann sie die Fragen beantworten und Gelegenheit haben, in Ruhe nachzudenken und ehrlich antworten zu können. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Anonymität der Online-Befragung ehrlichere Antworten gegeben werden. Zudem können durch diese Befragungsmethode mehr Teilnehmer/-innen erreicht werden.

Die Befragung wurde über die Online-Umfrageplattform Limesurvey erstellt. Die Fakultät für Psychologie an der Ludwig-Maximilian-Universität hat einen eigenen Nutzerzugang für diese Plattform.

Da für unser Forschungsanliegen kein Fragebogen mit entsprechenden Items oder Fragen verfügbar war, wurde für die Befragung der 3 Zielgruppen (Kliniker/-innen, Patientinnen/Patienten und Nicht-Anwender/-innen) ein eigener Fragebogen entwickelt. Bei der Entwicklung der Fragebögen wurden Inhalte und Formulierungen auf die jeweilige Zielgruppe angepasst. Die Qualität der Antworten und die Motivation zur Teilnahme sollten so gefördert werden.

4.2 Stichprobe

Die Gruppe der SNS-Anwender/-innen, setzte sich aus 2 Teilgruppen zusammen, den professionellen SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten) und den Patientinnen/Patienten. Die 3. Gruppe setzte sich aus Nicht-Anwendern/Nicht-Anwenderinnen zusammen. Bei dieser Gruppe war von Interesse, ob und wie sie ihre Therapieverläufe evaluieren, welche Effekte sie dabei erleben und weshalb sie kein onlinebasiertes Monitoringsystem nutzen. Damit sollten Hinweise auf die aktuelle Praxis sowie Hürden und Barrieren in der Nutzung eines onlinebasierten Monitoring- und Feedbacksystems erfasst werden, welche durch die Befragung der SNS-Anwender/-innen nicht erfasst werden können.

4.3 Verbreitungsweg

Für die Datenerhebung wurden die Teilnehmer/-innen gezielt, nicht probabilistisch (nicht-zufällig) ausgewählt. Per Mail oder über Mailverteiler wurden alle professionellen SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten) zu denen Kontaktinformationen vorlagen (willkürliche Auswahl) angeschrieben. Die Patientinnen und Patienten wurden von den Therapeutinnen/Therapeuten über die Befragung informiert. Sie wurden gebeten, den Patientinnen/Patienten, die mit dem SNS arbeiten die Mail und den Teilnahmelink zur Verfügung zu stellen.

In der Mail wurde kurz das Projekt beschrieben und die Links für die Befragung wurden zur Verfügung gestellt. Die Links konnten von den mobilen Endgeräten abgerufen werden. Bevor die Befragung startete, erfolgte die ausführliche Aufklärung über den Datenschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme.

Für die Befragung der Nicht-Anwender/-innen wurden gezielt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeschrieben. Genutzt wurde dafür ein Mail-Verteiler eines Psychotherapeutinnen-/Psychotherapeuten-Vereins mit ca. 250 Mitgliedern. 20 bekannte Kolleginnen und Kollegen wurden direkt per Mail kontaktiert.

4.4 Erhebungszeitraum

Die Online-Befragung erfolgte vom 29.4.2022 bis zum 28.12.2023. Es wurden 2 Erinnerungsmails zum Ausfüllen der Umfrage gesendet. Die erste Erinnerung erfolgte im Dezember 2022, die zweite Erinnerungsmail wurde im Oktober 2023 versendet.

Die Umfrage erfolgte in 3 Ländern: Deutschland, Österreich und Italien.

4.5 Ethik und Datensicherheit

Für die Befragung wurde ein Datenschutzbeauftragter hinzugezogen und ein positives Ethikvotum eingeholt. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte auf der Grundlage vollständiger informierter Zustimmung. Die Teilnehmer/-innen erhielten ein Informationsschreiben über den Zweck der Studie, Vertraulichkeit, Anonymität, Datenspeicherung und das Recht, jederzeit von der Studie zurückzutreten. Der Doktorandin standen keine identifizierbaren Informationen über die Teilnehmer/-innen zur Verfügung. Die Teilnahme war vollständig anonym und freiwillig. Die Daten wurden über Limesurvey, einer Befragungsplattform erhoben, welche der Fakultät für Psychologie der LMU zugeordnet war. Die Daten wurden auf einem Server anonymisiert

gespeichert. Nur die Doktorandin und der Erstbetreuer hatten Zugriff auf die Daten. Das positive Ethikvotum wurde am 2.11.2021 erteilt.

4.6 Erhebungsmethode

Die Fragebögen für die SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten) setzten sich aus unterschiedlichen Frageformaten zusammen. Dies war erforderlich, um unterschiedliche Informationen zum Nutzen, zu Effekten und zur Anwendungspraxis erheben zu können. Die Fragen wurden entsprechend der Zielgruppe ausgewählt und formuliert. Durch halboffene und offene Frageformate mit Kommentarfeldern sollten die Beschränkungen von geschlossenen Frageformaten minimiert werden. Zudem sollten die SNS-Anwender/-innen zusätzlich die Möglichkeit erhalten, eigene Erfahrungen und Eindrücke zu beschreiben, um so umfassende Informationen zu erhalten.

Für jede Zielgruppe wurde ein teilstandardisierter Fragebogen erstellt, der aus offenen, halboffenen und geschlossenen Antwortvorgaben besteht.

Vor der Befragung wurde ein qualitativer Pretest durchgeführt. Der Fragebogen wurde 2 ausgewählten Mitgliedern der Zielgruppe der professionellen SNS-Anwender/-innen vorgelegt, um den Zeitumfang des Ausfüllens zu registrieren, mögliche Verständnisprobleme bei einzelnen Fragen zu identifizieren und die Qualität, den Aufbau und die Gestaltung des Fragebogens sowie den Umfang der Antworten beurteilen zu lassen.

4.7 Beschreibung der Messinstrumente

4.7.1 Gemeinsamkeiten in der Gestaltung und im Aufbau der Fragebögen

1. Der Titel jedes Fragebogens wurde so gewählt, dass er bereits auf das Thema der Befragung hinweist.
2. Aufbau der Fragebögen-allgemein:
 - Begrüßung, Dankesworte und Hinweis auf Interesse an ehrlicher Meinung. Die Datenschutzhinweise, Aufklärung und Einwilligung erfolgt inklusive Information gem. Art. 13 EU-DSGVO für die Online-Befragung. Diese endet mit der Einwilligung und einem Hinweis auf die Anzahl der Fragen.
 - Zu Beginn des Fragebogens wurden einfach zu beantwortende, geschlossene Fragen zur Erfassung der für diese Studie relevanten Merkmale der Stichprobe (soziodemografische Fragen) erstellt. Dann folgen thematisch strukturierte Fragenblöcke zur Anwendung sowie Fragen zu Effekten und Nutzen. Die Bildung von Themenblöcken sollte die

Beantwortung strukturieren. Die Themenblöcke in den einzelnen Fragebögen wurden auf die Nutzergruppen angepasst.

- In jedem Fragebogen folgen noch nutzergruppenspezifische Fragen und ein individuell gestaltetes Ende mit einer offenen Frage und Dankesworten.
- Geschlossene und offene Antwortformate wurden kombiniert.

Die geschlossenen Antwortformate wurden gewählt, um für uns wichtige Aspekte zu erfassen, und beinhalteten die Erfassung der Merkmale der Stichprobe, sowie die angenommenen Effekte und den Nutzen bei der Verwendung des Synergetisches Navigationssystems, die Nutzung der implementierten Funktionalitäten, die Erfassung von Nutzerfreundlichkeit und Schulung etc.

Die offenen Fragenformate wurden ergänzt, da die Befragten darüber hinaus Gelegenheit bekommen sollten, ihre subjektiven Erfahrungen in der Anwendung des SNS mitzuteilen. So sollte festgestellt werden, ob es weitere Erfahrungen gibt, die über die im geschlossenen Fragebogenformat erfassten Information hinausgehen und zu einem umfassenderen Verständnis beitragen. Bei der Formulierung der offenen Fragen wurde auf eine möglichst einfache, auf das Erleben fokussierte Frageformulierung geachtet. Einige offene Fragenformate zu Beginn des Fragebogens wurden zur Erfassung soziodemografischer Daten gewählt.

3. Fragebogeninstruktion: In der Instruktion wurden die Befragten über das Forschungsvorhaben und die Zielsetzung informiert.
4. In der Aufklärung erhielten die Teilnehmer/-innen über den Datenschutz (erhobene Daten, Datenauswertung und -speicherung, Datennutzung, zugriffsberechtigte Personen), die Ansprechpartner, die Forschungsethik (Freiwilligkeit, Anonymität) sowie Kontaktmöglichkeiten (Postadresse, E-Mail, Telefonnummer) zu Verantwortlichen der Studie Auskunft.
5. Ein Fortschrittsbalken wurde als Funktion gewählt, um den Teilnehmer/-innen anzuzeigen, wie viele Fragen sie schon beantwortet haben. Auch die Funktion, noch einmal zu vorherigen Fragen zurückgehen zu können, wurde freigeschaltet. Dies wurde als sinnvoll erachtet, damit im Prozess der Beantwortung der Fragen noch weitere Gedanken zu bereits beantworteten Fragen hinzugefügt werden konnten.

4.7.2 Fragebogen professionelle SNS-Anwender/-innen

Der Fragebogen für professionelle SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten) umfasst 47 Fragen.

Es wurden **unterschiedliche Fragenblöcke** konzipiert. Diese wurden in der Darstellung grau unterlegt.

Titel: Effekte und Nutzen der Anwendung von Prozessmonitoring und Verlaufsfeedback in der Psychotherapie

Befragung professionelle SNS-Anwender/-innen

Teil A	
P	Personendaten
Alter	Verhältnisskala (Numerische Angabe)
Geschlecht (Mann, Frau, divers)	3 Antwortkategorien
Therapierichtung	freies Textfeld
beruflicher Hintergrund (Psychologie, Medizin (Fachrichtung?), soziale Arbeit)	freies Textfeld
Teil B	
A	Art der Nutzung
Mit welchen Patientinnen/Patienten nutzen Sie das SNS?	6 Antwortkategorien/ Mehrfachnennungen möglich
Alter der Patientinnen/Patienten	5 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Welche Diagnosen haben Ihre Patientinnen/Patienten vorwiegend?	Freies Textfeld
In welchem Setting wenden Sie das SNS an? Bitte geben Sie im freien Feld an, wie lange Sie schon mit dem SNS arbeiten.	3 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich, zu jeder Antwort freies Textfeld
Das SNS wende ich ... an.	5 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Wozu nutzen Sie das SNS bisher?	7 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich/ freies Textfeld
Bitte geben Sie hier die anderen Zwecke an	
Teil C	
E	Nutzen und Effekte für die Patientinnen/Patienten
Welche therapeutischen Effekte nehmen Sie im Rahmen des SNS-Einsatzes bei den Patientinnen/Patienten wahr?	freies Textfeld
Wie und wodurch unterstützt die Anwendung des SNS diese therapeutischen Effekte bei den Patientinnen/Patienten?	freies Textfeld

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Patientinnen/Patienten aus? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	5- stufige Likert Skala (sehr negativ-negativ-gar nicht- positiv-sehr positiv), keine Antwort, freies Textfeld
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Patientinnen/Patienten aus? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein	5- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Patientinnen/Patienten aus? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	5- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Patientinnen/Patienten aus?	5- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Patientinnen/Patienten aus? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	5- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	5- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Patientinnen/Patienten aus? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	5- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Teil D	
N	Nutzen für die eigene Arbeit und Therapiegestaltung
Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	4- stufige Likert Skala (nein-teilweise-deutlich- sehr deutlich), keine Antwort freies Textfeld
Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Patientinnen/Patienten? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein	4- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld
Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	4- stufige Likert Skala, keine Antwort freies Textfeld

Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?		4- stufige Likert Skala, keine Antwort
Welche Rolle spielen dabei personalisierte Fragebögen sowie die idiographische Systemmodellierung?		freies Textfeld
Teil E		
M	Motivation zur Nutzung	
Was hat Sie bewogen, das SNS einzusetzen?		freies Textfeld
Welche anfänglichen Bedenken hatten Sie?		freies Textfeld
Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS?		5 Antwortkategorien, freies Textfeld
Was würden Sie aus heutiger Sicht anders machen?		offenes Frageformat
Was haben Sie in Ihrer Nutzungspraxis seit der Einführung weiterentwickelt bzw. verändert?		6 Antwortkategorien, 6. Kategorie „Anderes“ mit freiem Textfeld
Welche Fragebogenformate nutzen Sie?		3 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Wie lange füllen Patientinnen/Patienten einen Fragebogen während eines Therapieprozesses aus?		5 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Ich nutze folgende Auswertungsmöglichkeiten		6 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an?		3 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Weshalb wählen Sie dieses Vorgehen?		freies Textfeld
Die SNS-basierten Therapiegespräche führe ich durch...		3 Antwortkategorien, freies Textfeld
Was besprechen Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?		freies Textfeld
Welche Effekte erleben Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?		freies Textfeld
Teil F		
AAN	Akzeptanz, Aufwand, Nutzerfreundlichkeit	
Wie beurteilen Sie die Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS für Ihre eigene Arbeit? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.		5-stufige Likert-Skala, freies Textfeld

Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS Einsatzes in Ihrer Arbeit? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	6-stufige Likert-Skala, keine Antwort, freies Textfeld
Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit für Ihre Patientinnen/Patienten? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	6-stufige Likert-Skala, keine Antwort, freies Textfeld
Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS für die Patientinnen/Patienten? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	6-stufige Likert-Skala, keine Antwort, freies Textfeld
Wie beurteilen Sie die Akzeptanz und Motivation bei den Patientinnen/Patienten? Bitte geben Sie hier Ihren Kommentar ein.	5-stufige Likert-Skala, keine Antwort, freies Textfeld
Teil G	
F	Fortbildung und Supervision
Haben Sie SNS-Fortbildungen vor der Anwendung absolviert?	2-stufige Antwortmöglichkeit (ja, nein), keine Antwort, freies Textfeld
Nehmen Sie an SNS-Intervisionsgruppen oder Supervisionsgruppen teil? Wenn ja, welche?	4 Antwortkategorien, keine Antwort
Teil H	
Z	Zukunft
Was würde aus Ihrer Sicht die Anwendung des SNS vereinfachen und attraktiver machen?	freies Textfeld
Wie könnte man die Verbreitung unterstützen?	freies Textfeld

Tabelle 6. Fragebogen professionelle SNS-Anwender/-innen

4.7.3 Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Der Fragebogen für Patientinnen/Patienten umfasst 27 Fragen, inklusive demografische Fragen.

Titel: Effekte und Nutzen der Anwendung von Prozessmonitoring und Verlaufsfeedback in der Psychotherapie

- Befragung Patientinnen/Patienten –

Teil A	
P	Personendaten

Geschlecht (Mann, Frau, divers)		3 Antwortkategorien
Alter		Verhältnisskala (Numerische Angabe)
Schule/Beruf		4 Antwortkategorien, zu jeder Antwort freies Textfeld
Teil B		
T	Therapiesetting	
Wo findet / fand Ihre Therapie statt?		7 Antwortkategorien/ Mehrfachnennungen möglich
Wie wurden Sie mit dem SNS vertraut gemacht?		3 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Teil C		
N	Nutzung	
Wie lange haben Sie das SNS genutzt?		6 Antwortkategorien / keine Antwort
Ich habe folgende Arten von Fragebögen ausgefüllt		3 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Wie erleben bzw. erlebten Sie das tägliche Ausfüllen?		offenes Frageformat
Wie überzeugt war ihre Therapeutin / ihr Therapeut vom SNS?		6-stufige Likert-Skala
Was hat Sie selbst überzeugt, das SNS anzuwenden?		freies Textfeld
Was hat Sie skeptisch gestimmt?		freies Textfeld
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Anwendung des SNS?		6-stufige Likert-Skala
Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS? Was könnte verbessert werden? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6-stufige Likert-Skala, freies Textfeld
Teil D		
E	Effekte	
Was sind für Sie wesentliche Erkenntnisse aus der Arbeit mit dem SNS? In welcher Weise hat das SNS Ihren Therapie- bzw. Veränderungsprozess beeinflusst?		freies Textfeld

Wie hat sich die Anwendung des SNS auf die Beziehung zu Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin ausgewirkt? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		5-stufige Likert-Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mich zu einer intensiveren Beschäftigung mit meinen Themen und Zielen geführt. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, meine Stärken und Ressourcen zu erkennen. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mir neue Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten ermöglicht, die mir bisher noch nicht bewusst waren. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mich motiviert, an mir und meinen Zielen zu arbeiten. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Die Anwendung des SNS hat mir neue Einblicke in meinen Veränderungsprozess ermöglicht. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.		6- stufige Likert Skala, freies Textfeld
Teil E		
F	Feedbackgespräche	
Waren Sie mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?		6- stufige Likert Skala
Was hätten Sie sich gewünscht?		freies Textfeld
Waren Sie mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?		6- stufige Likert Skala
Was konnten Sie aus den Gesprächen mitnehmen? Was hat Ihnen gefehlt?		freies Textfeld
Teil F		
A	Abschluss	

Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten.	freies Textfeld
---	-----------------

Tabelle 7. Fragebogen Patientinnen und Patienten

4.7.4 Fragebogen Nicht-Anwender/-innen

Der Fragebogen für Nicht-Anwender/-innen umfasst 11 Fragen, inklusive demografischer Fragen.

Titel: Effekte und Nutzen der Anwendung von Prozessmonitoring und Verlaufsfeedback in der Psychotherapie - Befragung Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Teil A	
P	Personendaten
Geschlecht (Mann, Frau, divers)	3 Antwortkategorien
Alter	Numerische Angabe
Psychotherapeutisches Verfahren/ Ausbildungsrichtung	freies Textfeld
Beruflicher Hintergrund (Psychologie/ Medizin (Fachrichtung?)/ Soziale Arbeit etc.)	freies Textfeld
Teil B	
Te	Therapieevaluation
Ich evaluiere den therapeutischen Verlauf...	4 Antwortkategorien
Ich evaluiere den Therapieverlauf, indem...	5 Antwortkategorien / Mehrfachnennungen möglich
Teil C	
E	Effekte
Welche Effekte erleben Sie als Therapeut/-in bei sich im Rahmen der Evaluationsgespräche?	freies Textfeld
Welche Effekte erleben Sie bei Ihren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Evaluationsgespräche?	freies Textfeld
Teil D	
A	Allgemein
Zur Evaluation von Therapieprozessen kann man auch ein internet- oder app-basiertes Monitoring nutzen. Ich habe	freies Textfeld

mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil... nähere Beschreibung	
Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil...	5 Antwortmöglichkeiten/ Mehrfachnennungen möglich
Was würde Sie überzeugen, ein internet- oder app-basiertes Monitoring in Ihrer Praxis zu implementieren?	freies Textfeld

Tabelle 8. Fragebogen Nicht-Anwender/-innen

4.8 Datenanalyse und -auswertung

Die Auswertung der quantitativ erhobenen Daten erfolgt im Rahmen der deskriptiven Statistik durch die Ermittlung der Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen. Die quantitativen Daten werden durch Tabellen und Balkendiagramme dargestellt.

Das qualitative Datenmaterial wurde im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Schilderungen in den offenen Kommentarfeldern wurden zu Kategorien zusammengefasst. Die Kategorien werden in Tabellen dargestellt und es wird angegeben, wie häufig die Kategorie benannt wurde. Die Einzelnennungen werden darunter aufgelistet.

Zur Überprüfung der Auswertungsobjektivität und Inter-Rater-Reliabilität wurde ein Co-Rater bei einigen Fragen hinzugezogen. Die Zuordnung einer Aussage zur gleichen Kategorie wurde als Übereinstimmung gewertet. Aufgrund der Uneindeutigkeit beim Übereinstimmen in den nicht gewählten Kategorien wurde auf die Berechnung der Interraterreliabilität mit einem gängigen Maß wie Cohens Kappa verzichtet. Stattdessen wurde eine Grobeinschätzung der Übereinstimmungsqualität auf Basis der prozentualen Übereinstimmung vorgenommen.

In die Datenauswertung wurden auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen einbezogen, wenn die Antworten nicht nur soziodemografische Daten beinhalteten, da Angaben, die zu einzelnen Bereichen gemacht wurden, als relevant angesehen wurden.

Mit den Antworten der Therapeutinnen/Therapeuten wurde eine Spezifizierung/Detailanalyse nach bestimmten Merkmalen (Kursteilnahme, Herkunftsberufe, Therapierichtungen bzw. Verfahren, Anwendungssettings) durchgeführt sowie auch eine Korrelation der quantifizierten Kriterien bzw. Fragen, die erfasst wurden.

5. Ergebnisse der Online-Befragung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Online-Befragung dargestellt.

Da 3 unterschiedliche Gruppen (professionelle SNS-Anwender/-innen, Patientinnen/Patienten und Nicht-Anwender/-innen) befragt wurden, wird das Ergebniskapitel entsprechend in 3 Unterkapitel aufgeteilt.

5.1 Ergebnisse der Befragung der professionellen SNS-Anwender/-innen

5.2 Ergebnisse der Befragung der Patientinnen/Patienten

5.3 Ergebnisse der Befragung der Nicht-Anwender/-innen

Die Darstellung der Ergebnisse der jeweiligen Gruppe wird weiter gegliedert in einzelne Abschnitte, welche sich an den Themenblöcken des jeweiligen Fragebogens orientieren. Am Anfang der Ergebnisdarstellung eines Fragenblocks wird ein kurzer Überblick über die erfragten Bereiche gegeben. Danach wird eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse gegeben. Die Ergebnisse werden in einem Kasten dargestellt. Die in den Zusammenfassungen angegebenen Prozentangaben wurden aus den Häufigkeiten der gegebenen Antworten der jeweiligen Kategorie in Bezug zu die Anzahl der Befragten, die diese Frage beantwortet haben, berechnet. Bei den Fragen mit Likert-Skalen als Antwortformat werden die Häufigkeiten als Säulendiagramme dargestellt. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden zu Kategorien zusammengefasst. In Tabellen erfolgt die Darstellung der Kategorien und die Angabe der Häufigkeit.

Da unklar ist, wie viele SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten) den Umfragelink erhalten haben, kann keine Aussage über die Rücklaufquote gemacht werden.

5.1 Ergebnisse der Befragung der professionellen SNS-Anwenderinnen und SNS-Anwender

Insgesamt 54 Fragebögen gehen in die Auswertung ein, davon wurden 41 vollständig und 13 Fragebögen nicht komplett ausgefüllt.

15 Fragebögen wurden gelöscht, da nichts beantwortet wurde oder nur personenbezogene Daten angegeben wurden.

5.1.1 Stichprobe

Insgesamt konnten die Daten von 54 SNS-Anwender/-innen aus Österreich, Italien und Deutschland ausgewertet werden. Das Verhältnis von Männern und Frauen ist fast gleichverteilt. 2 Teilnehmer/-innen haben keine Angabe zum Geschlecht gemacht.

Das Durchschnittsalter liegt bei 46,94 Jahren, der/die jüngste Teilnehmer/-in war 25 Jahre, der/die älteste 73 Jahre alt. Die Standardabweichung beträgt 12,63.

Psychologen/Psychologinnen, psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie Ärztinnen/Ärzte und ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (auch mit Doppelqualifikationen) bilden die größte Gruppe der professionellen SNS-Anwender/-innen, eine kleine Gruppe von SNS-Anwender/-innen (9 Personen) kommt aus dem sozialen und pädagogischen Bereich. 4 SNS-Anwender/-innen geben ein anderes Berufsfeld an. In Österreich haben unterschiedliche Ausgangsberufe Zugang zum psychotherapeutischen Ausbildungssystem. 4 SNS-Anwender/-innen haben keine Angabe gemacht.

Die am stärksten vertretene Therapierichtung ist die systemische Therapie. Einige Therapeutinnen und Therapeuten gaben an, integrativ zu arbeiten und mehrere Therapierichtungen zu kombinieren. Einige SNS-Anwender/-innen gaben ausschließlich eine Therapierichtung an: 7 SNS-Anwender/-innen Verhaltenstherapie und 7 SNS-Anwender/-innen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Beruflicher Hintergrund (Psychologie, Medizin (Fachrichtung?), Soziale Arbeit etc.) (offene Frage):

Es gingen 50 Antworten ein. 4 Personen machten keine Angabe.

Beruflicher Hintergrund	Häufigkeit
Psychologe/Psychologin	17
Soziale Arbeit/ Jugendhilfe/ Sonderpädagogik	9
Psychologische/r Psychotherapeut/-in	5
Doppelqualifikation im Bereich Medizin (FA Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin), ein Assistenzarzt	4
Doppelqualifikation andere	4
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-psychotherapeutin	3
Ärztin/Arzt	3
Ärztliche/r Psychotherapeut/-in	1
Unternehmensberater	1
Ergotherapeutin	1
Musiktherapeut	1
	154

Jurist	1
Keine Angabe	4

Tabelle 9. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Beruflicher Hintergrund der Therapeutinnen/Therapeuten

Therapierichtung (offene Frage)

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 51 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Therapierichtung	Häufigkeit
Systemische (Familien-)Therapie	13
Kombination von 2-3 Therapierichtungen (Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, Systemische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	10
Verhaltenstherapie	7
Psychodynamische Verfahren (TP, AP)	7
Psychodrama	2
Hypnotherapie	1
Katathym Imaginative Psychotherapie	1
Nicht zuordbar	9
Keine Angabe	4

Tabelle 10. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Therapierichtung der Therapeutinnen/Therapeuten

5.1.2 Nutzungspraxis

Dieser Fragenbereich beinhaltet 7 Fragen zu den Charakteristika der Patientinnen/Patienten, bei denen das SNS eingesetzt wird, zur Anwendung des SNS im Therapieverlauf und zum Zweck der Nutzung des SNS.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Die Hälfte der Befragten setzt das SNS in der Therapie von Erwachsenen ein, ca. 19 % in der Therapie von Kindern. Zu den kleinsten Nutzergruppen gehören Paare, Vater-Kind/Mutter-Kind, Familien und Gruppen.

Die 21–60-Jährigen bilden mit anteilig ca. 65 % die größte Patientinnen-/Patientengruppe. Ca. 21 % der Patientinnen/Patienten gehören zur Alterskategorie der 11–20-Jährigen, ca. 11,5 % zur Alterskategorie der über 60-Jährigen. 2,5 % der Patientinnen/Patienten sind unter 10 Jahren.

Die 3 am häufigsten genannten ICD-10 Diagnosekategorien der Patientinnen/Patienten sind affektive Störungen, Angststörungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen. Einen

kleineren Anteil bilden Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen. Ferner wurden weitere ICD-10 Diagnosen 1–3-mal von Befragten angegeben.

21 Befragte arbeiten über 1 Jahr bis 5 Jahre mit dem SNS. 12 Befragte gaben an, mehr als 6 Jahre mit dem SNS zu arbeiten. 7 Befragte arbeiten wenige Monate bis 1 Jahr mit dem SNS. Keine Nennung erfolgte bei mehr als 5 bis 6 Jahren.

Ca. 34 % der Befragten wenden das SNS während der gesamten Therapie an, 40 % zu variablen Abschnitten und ca. 14 % nutzen festgelegte Abschnitte. Ca. 11 % nutzen das SNS vor oder nach einem (teil-)stationären Aufenthalt.

25 % der professionellen Anwender/-innen gaben an, dass SNS zur individuellen Verlaufsmessung von Veränderungen zu nutzen, ca. 22 % zur Prozessgestaltung von Therapien, 17,4 % zur Evaluation der Therapie und ca. 14,7 % nutzen das SNS mit der Intention als Interventionsinstrument. Jeweils 8,7 % der Befragten gaben an, das SNS auch zur Diagnostik und zu Forschungszwecken zu nutzen. 3,3 % gaben andere Zwecke an.

Mit welchen Patientinnen/Patienten nutzen Sie das SNS? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---------------------------|----|
| • Erwachsene | 45 |
| • Kinder | 16 |
| • Gruppen | 4 |
| • Paare | 9 |
| • Familien | 5 |
| • Vater-Kind/ Mutter-Kind | 6 |

Tabelle 11. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Mit welchen Patientinnen/Patienten nutzen Sie das SNS?

Alter der Patientinnen/Patienten (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|-------------------|----|
| • unter 10 Jahren | 3 |
| • 11-20 Jahre | 26 |
| • 21-40 Jahre | 40 |
| • 41-60 Jahre | 39 |
| • über 60 Jahre | 14 |

Tabelle 12. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Alter der Patientinnen/Patienten, die mit dem SNS arbeiten

Welche Diagnosen haben Ihre Patientinnen/Patienten vorwiegend? (offene Frage)

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 50 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

50 Antworten sind in die Auswertung eingegangen, davon sind 5 Angaben nicht zuordenbar.

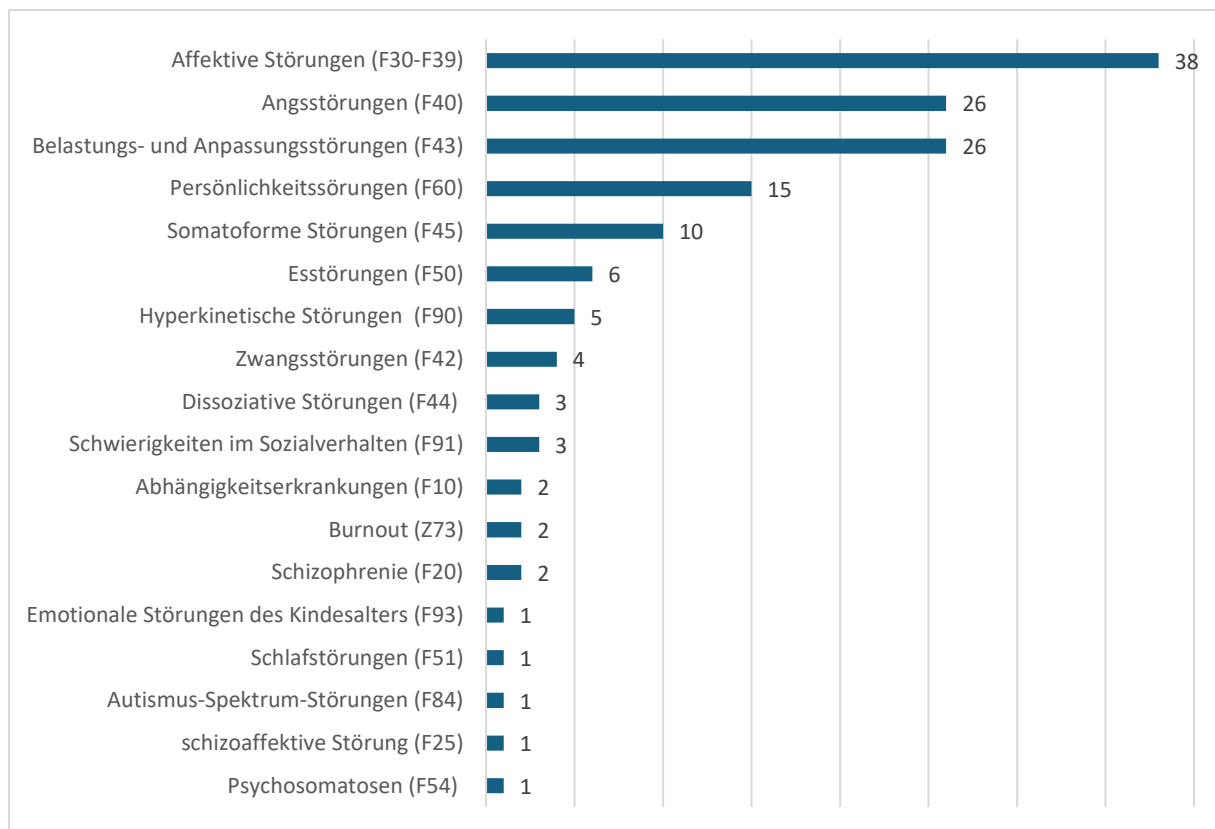


Abbildung 50. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Diagnosen der Patientinnen/Patienten

Das SNS wende ich...an. (Mehrfachnennungen möglich)

Der Großteil der Befragten wendet das SNS während der gesamten Therapie an und zu variablen Abschnitten. 2 x keine Angabe

Antwortkategorien	Häufigkeit
während der gesamten Therapie	24
nur zu festgelegten Abschnitten	10
variable Abschnitte (je nach Patient/-in unterschiedlich lange Abschnitte)	28
vor dem (teil-) stationären Aufenthalt	4
nach dem (teil-) stationären Aufenthalt (Nachsorge)	4

Tabelle 13. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Nutzung des SNS während der Therapie

Differenzierte Angaben nach Mehrfachnennungen

Antwortkategorien	Häufigkeit
während der gesamten Therapie	12
nur zu festgelegten Abschnitten	5
variable Abschnitte (je nach Patient/-in unterschiedlich lange Abschnitte)	18
vor dem (teil-) stationären Aufenthalt	2
nach dem (teil-) stationären Aufenthalt (Nachsorge)	0

gesamte Therapie + variable Abschnitte	7
gesamte Therapie + feste Abschnitte	1
feste Abschnitte + variable Abschnitte	1
gesamte Therapie + nach dem (teil-) stationären Aufenthalt (Nachsorge)	1
gesamte Therapie + feste und variable Abschnitte	1
gesamte Therapie + vor und nach dem (teil-) stationären Aufenthalt (Nachsorge)	1
variable Abschnitte + vor und nach dem (teil-) stationären Aufenthalt (Nachsorge)	1
feste Abschnitte + nach dem (teil-) stationären Aufenthalt (Nachsorge)	2

Tabelle 14. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Nutzung während der Therapie, unterteilt nach Mehrfachnennungen

In welchen Settings wird das SNS angewendet? (Mehrfachnennungen möglich)

Setting	Häufigkeit
Stationäres Setting	16
Tagesklinisches Setting	12
Ambulanten Psychotherapie	31

Tabelle 15. Verteilung der Antworten in der Kategorie: In welchen Settings wird das SNS angewendet?

Bitte geben Sie im freien Feld an, wie lange Sie schon mit dem SNS arbeiten.

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 49 Personen beantwortet. 5 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. Von den 49 Antworten wurden 40 Antworten ausgewertet, 9 Befragte trugen den Arbeitsort oder das Tätigkeitsfeld in das freie Feld ein und wurden daher nicht berücksichtigt.

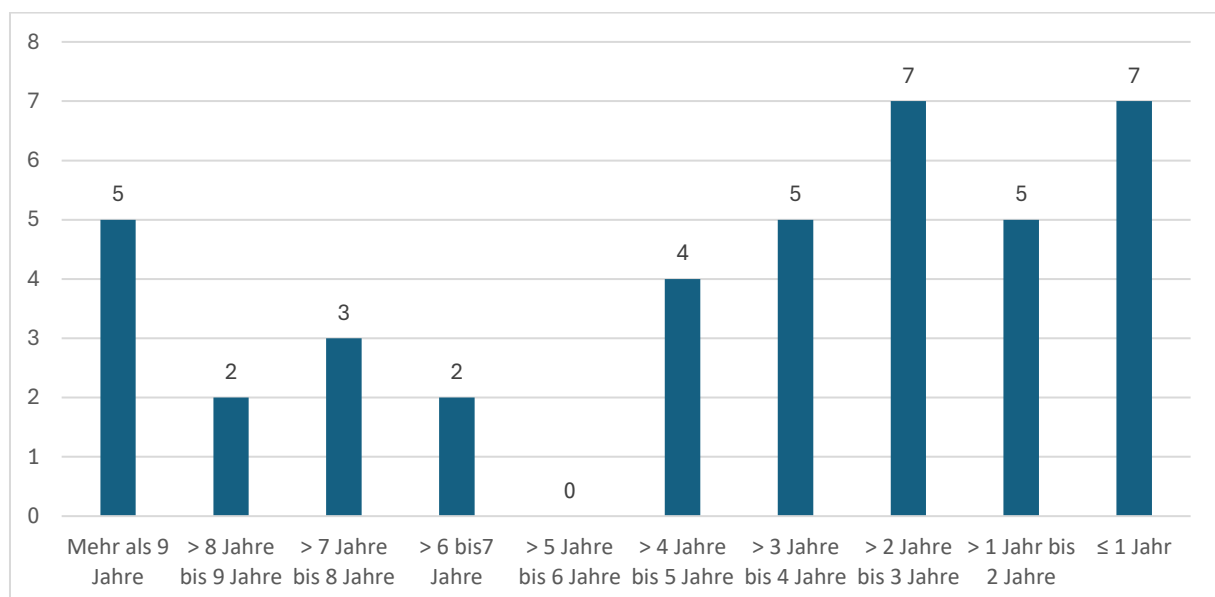


Abbildung 51. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie lange arbeiten Sie schon mit dem SNS?

Wozu nutzen Sie das SNS bisher? (Mehrfachnennungen möglich)

Antwortkategorien	Häufigkeit
zur Diagnostik	16
zur Evaluation der Therapie	32
zur individuellen Verlaufsmessung von Veränderungen	46
zur Prozessgestaltung von Therapien, z. B. mit SNS-basierten Therapiegesprächen	41
mit der Intention als Interventionsinstrument (Messung= Veränderung)	27
zu Forschungszwecken	16
andere Zwecke	6

Tabelle 16. Nennungen in der Kategorie: Wozu nutzen Sie das SNS bisher?

Andere Verwendungszwecke:

7 von 54 Befragten benannten weitere Verwendungszwecke.

- zur Selbstreflexion von Therapeutinnen-/Therapeutenverhalten
- zur Schulung von Therapeutinnen-/Therapeutenverhalten
- zur Teamentwicklung
- zur Unterstützung der Kommunikation
- um weitere Faktoren zu identifizieren, welche Verhaltensweisen beeinflussen
- zur Unterstützung der Selbstfürsorge
- zur Diagnostik im sozialpädagogischen Sinn

5.1.3 Nutzen und Effekte für Patientinnen/Patienten aus Sicht der Therapeutinnen/Therapeuten

Dieser Fragenbereich beinhaltet 9 Fragen. Zunächst erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der zwei offenen Fragen zu Nutzen und Effekten des SNS-Einsatzes, welche die Therapeutinnen/Therapeuten bei ihren Patientinnen/Patienten wahrnehmen. Dann folgt die Darstellung der 7 geschlossenen Fragen mit Kommentarfeld zu wahrgenommenen Effekten und Nutzen für die Patientinnen/Patienten aus Sicht der Therapeutinnen/Therapeuten.

Die Antworten der beiden offenen Fragen zu therapeutischen Effekten wurden zu Kategorien zusammengefasst. Teilweise stimmt die Kategorie wörtlich mit der Aussage der Befragten überein. Aussagen in den Klammern, wurden der jeweiligen Kategorie zugeordnet.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

In der ersten **offenen Frage zu therapeutischen Effekten**, benannten die Befragten am häufigsten: Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit/ der Selbstwahrnehmung, Förderung neuer

Erkenntnisse/ Themen, Verbesserung und Förderung der Selbstreflexion, Verbesserung der Selbstwirksamkeit sowie Steigerung der Motivation.

Diese Effekte werden am meisten unterstützt durch die graphischen (Verlaufs-)Darstellungen, das regelmäßige bzw. tägliche Ausfüllen eines Fragebogens, sowie die regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgespräche.

Bei den **7 geschlossenen Fragen** zu therapeutischen Effekten und Nutzen des SNS in Bezug auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion, die Fähigkeit zur Selbstregulation, das Gewinnen neuer Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge, den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag der Patientinnen/Patienten sowie die Fähigkeit zur Fokussierung antworteten die Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend in den Kategorien positiv bis sehr positiv. Auch die Frage, inwieweit sich die Arbeit des SNS auf die therapeutische Beziehung und auf die Veränderungsmotivation auswirkt, beantworteten die meisten Therapeutinnen und Therapeuten positiv bis sehr positiv.

Keine Therapeutin und kein Therapeut gab negative oder sehr negative Effekte an.

Welche therapeutischen Effekte nehmen Sie im Rahmen des SNS-Einsatzes bei den Patientinnen/Patienten wahr? (offene Frage)

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 51 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. Die Zusammenfassung der benannten Effekte zu Kategorien zeigte, dass folgende Effekte im Rahmen des SNS-Einsatzes von den Befragten benannt wurden:

Antwortkategorien	Häufigkeit
Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit, der Selbstwahrnehmung	17
Förderung neuer Erkenntnisse/ Themen (Verbessertes Erkennen von Chancen für Veränderungen, sichtbar werden von Ressourcen, Erkennen dysfunktionaler Schemata, Korrektur von Fehlwahrnehmungen, Realitätscheck)	17
Verbesserung und Förderung der Selbstreflexion	15
Verbesserung der Selbstwirksamkeit	13
Steigerung der Motivation (Steigerung der Therapiemotivation, Veränderungsmotivation)	10
Förderung des Verständnisses für den eigenen Veränderungsprozess/ für therapeutische Prozesse	8
Erkennen von Zusammenhängen (KEV-Muster)	6

Förderung der therapeutischen Beziehung (sich ernster genommen fühlen, mehr Interesse an der eigenen Person erleben, Arbeit auf Augenhöhe)	5
Verbesserung der Introspektionsfähigkeit (genauere Wahrnehmung von inneren Prozessen im Verlauf, von Auslösern für Verschlechterungen und Ressourcen)	5
Freude-Neugier-Interesse	5
Fokusbildung auf bestimmte Themen wird ermöglicht	4
Sichtbarmachung von Veränderung (Stagnationen, Veränderungen, Fortschritte, frühzeitigeres Erkennen und Bearbeiten von Krisen und Rückfällen)	4
Verbesserung der Differenzierung (innere und äußere Prozesse, was hängt zusammen, was nicht)	4
Förderung der Emotionssteuerung, -regulation	3
steigende Zuversicht/Hoffnung	3
Förderung von Stabilität (regelmäßiges Ausfüllen gibt Struktur & Sicherheit)	3
Förderung der Selbststeuerung, -regulation	2
Erweiterung des Therapiefokus, breitere Perspektive wird möglich	2
Förderung der Mentalisierungsfähigkeit	2
Förderung der Selbstöffnung, der Kommunikation bei den Patientinnen/Patienten	2

Tabelle 17. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche therapeutischen Effekte nehmen Sie im Rahmen des SNS-Einsatzes bei den Patientinnen/Patienten wahr?

Einmal benannt wurde:

- Problembereiche können weniger konfrontativ besprochen werden
- Intensivere Beschäftigung mit relevanten Themen
- mehr am Klienten orientiertes Arbeiten
- Unterstützung von Musterveränderungen, Ordnungs-Ordnungs-Übergängen
- Verbesserung der Behandlungserfolge
- Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung
- Selbstermächtigung des Klienten
- Einüben einer empathischen Selbstbeziehung
- Kontakt zu Beratern wird gestärkt
- mehr Informationen für den Therapeuten
- längerfristige Befähigung zu gesteigerter Eigenständigkeit
- Verlaufsfeedback erhalten
- Aufbau einer Metaposition gegenüber dem eigenen Erleben und Handeln
- Ein Perspektivwechsel wird angeregt.
- Effektiverer Umgang mit Therapiesitzungen wird möglich.

- erhöhte Akzeptanz der eigenen psychologischen Muster und Probleme
- Konkretisierung realistischer Verhaltensveränderungen/Haltungsänderungen
- Transferhilfe der Lern-/Coachingziele in den (beruflichen) Alltag
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Krisenbewältigung (Reframing von emotional volatilen Phasen)
- Psychoedukation
- Reflexion
- mehr Selbstbezug
- Bestätigung (Validierung) des Fühlens und Denkens
- Intensivere Beziehung der Patientinnen/Patienten zu sich selbst (quasi 2. Person Perspektive)
- Ein positiver persönlicher Bezug zu eigenen Werten wird gefördert.

Wie und wodurch unterstützt die Anwendung des SNS diese therapeutischen Effekte bei den Patientinnen/Patienten? (offene Frage)

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 50 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 5 von 50 Antworten konnten nicht in die Auswertung eingehen, da die Frage inhaltlich nicht beantwortet wurde.

Antwortkategorien	Häufigkeit
durch die graphischen (Verlaufs-)Darstellungen	23
durch das regelmäßige bzw. tägliche Ausfüllen eines Fragebogens/ Monitoring, dadurch regelmäßige Beschäftigung mit eignen Themen und Zielen	22
durch die regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgespräche	17
durch die Tagebuchfunktion	9
man erhält mehr Informationen über den Veränderungsprozess (Widerstand, Abwehr, Umstellungsfähigkeit, neue Hypothesen, Wahrnehmung von Unterschieden, Verdeutlichung von Mustern bzw. Hypothesen, Prozessevaluation)	9
durch die Möglichkeit der individuellen Erstellung der Fragebögen, angepasst an die Ziele und Themen der Patientinnen/Patienten	8
durch eine Erleichterung und Verbesserung der Selbstreflexion	6
durch die Steigerung von Motivation und Commitment	5
durch die Förderung von Achtsamkeit für das eigene Erleben	3
durch die Anwendung der App	2
durch die Steigerung der Selbstregulationsfähigkeit	2
durch die Förderung von Selbstwirksamkeit	2

Tabelle 18. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Wie und wodurch unterstützt die Anwendung des SNS diese therapeutischen Effekte bei den Patientinnen/Patienten?

Einmal benannt wurde:

- Ist mir noch unklar.
- die pure Existenz des SNS
- automatisches Aktualisieren der Daten
- Als Therapeut komme ich schon vorbereiteter in die Sitzung und kann direkt an Themen anknüpfen.
- Dokumentation des eigenen Entwicklungsprozesses
- nichts falsch machen können
- Aufbau von nichtlinearen Perspektiven
- dass Therapeutinnen/Therapeuten das SNS als Angebot erhalten
- da das SNS auch außerhalb der Sitzung Nähe und Bezug zur Therapeutin/ zum Therapeuten ermöglicht
- Da das SNS auch außerhalb der Sitzung Nähe und Bezug zur Therapiethematik, zu Therapiezielen bietet.
- Patientinnen/Patienten fühlen sich in einen "Rahmen" eingebunden, fühlen sich beim Anschauen und Bedienen des SNS gesehen
- ISM
- durch die Beziehung auf Augenhöhe während der Ausarbeitung der Fallkonzeption und der auf Achtsamkeit und Veränderung ausgerichteten Fragen.
- Das SNS stellt bestimmte Themen und Probleme heraus.
- Das SNS bietet die Möglichkeit, die Komplexität der Informationen zu strukturieren.
- durch eine andere Form der Beschäftigung mit der eigenen Problematik
- Durch Beantworten der Fragebögen werden Affektdifferenzierung und Mentalisierung gefördert.
- Der Patient wird stärker.
- Die Patientinnen/Patienten konzentrieren sich auf das, was sie erreichen wollen.
- Erleichterung des Transfers von der Therapie in den Alltag
- durch mehr Vertrauen in den therapeutischen Prozess

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der 6 geschlossenen Fragen mit einem Kommentarfeld für Ergänzungen zu Nutzen und Effekten für die Patientinnen/Patienten dargestellt.

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 53 Personen beantwortet. 1 Person machte keine Angabe zu dieser Frage.

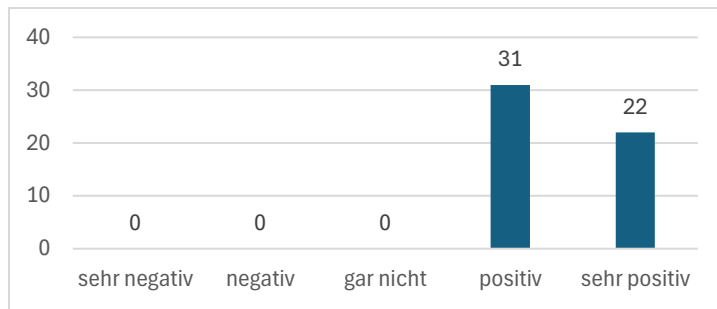


Abbildung 52. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Mittelwert: 1,42

Standardabweichung: 0,50

Es gab 16 Kommentare im offenen Kommentarfeld, 4 Kommentare waren inhaltlich nicht auf die Frage bezogen.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- Schwächen in der Selbstreflexion werden sehr schnell deutlich
- ist individuell, situations-, symptom-/subjekt-/objektspezifisch, nicht generell
- Steigerung der Reflexionsfähigkeit ist auch abhängig von den Patientinnen/Patienten
- Reduktion von Verzerrungen durch Rückschau, Erkennen von Mustern
- Durch das SNS werden den Patientinnen/Patienten täglich Reflexionsfragen gestellt, welche sie sonst nur im therapeutischen Setting gestellt bekommen. Ich glaube, durch das tägliche Üben bekommen Patientinnen/Patienten eine Routine darin, sich selbst zu reflektieren, was in der Therapie dazu führt, dass die Fragen "tiefer" gehen können.
- Es kommt zum Teil zu einer Erweiterung des Selbstbildes. Die Diagramme und Kommentare bieten ein viel differenzierteres Bild als die Frage, wie die letzte Woche war.
- Eindimensionales Problemdenken wird durch die Items aufgebrochen. Wenn der ganze Tag reflektiert wird, kommen auch positive Ereignisse an diesem Tag ins Bewusstsein, welche am Abend sonst nicht mehr in die Tagesbilanz einfließen würden.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- Ich bin immer wieder erstaunt, wie sehr Patientinnen/Patienten in eine Art selbstreflexiven Zustand kommen und sehr offen die eigene Entwicklung betrachten, bewerten und verarbeiten. In der distanzierten Betrachtung ihrer eigenen Entwicklung gelingt es, Innen- und Außenperspektive miteinander zu betrachten.
- Die Patientinnen/Patienten merken meist von selbst, zwischen welchen Items es Zusammenhänge gibt und woran es hakt, wenn die Kurve nach unten geht.
- regelmäßiges Ausfüllen und Feedbackgespräche
- Durchgehend positiv. Wichtig ist, dass das Instrument auch gut zu erläutern ist. Die Compliance-Raten sind sehr gut.
- Das Einüben vom Denken in Regelkreisen und nichtlinearen Zusammenhängen sowie der Unterschied von Kontrollversuchen und Navigationskompetenz werden unterstützt.

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 50 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

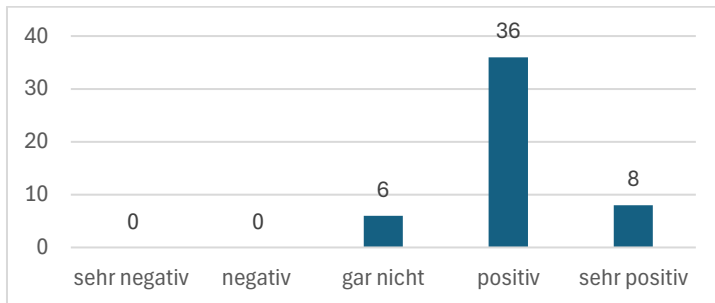


Abbildung 53. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Mittelwert: 1,04

Standardabweichung: 0,53

11 Kommentare im offenen Kommentarfeld

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, welche die Frage mit *gar nicht* beantworteten:

- Kann ich nicht beobachten.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- mit Einschränkung, je nach Alter und Störungsbild
- Tägliches Reflektieren anhand gleichbleibender Fragen, verbunden mit der Selbsteinschätzung, fördert die Kenntnis über das Vorhandensein der eigenen Gefühle und Gedanken in bestimmten Lebenszusammenhängen. In der Folge kann es leichter gelingen, gewisse Unternehmungen zu meiden, die krisenhafte Zustände fördern.
- z. T. Verbesserung erkennbar bei einzelnen Patientinnen/Patienten, insgesamt sehr schwierige Patientinnen/Patienten
- Nicht direkt, nur vermittelt durch Feedbackgespräche und Therapie.
- durch die Förderung des hierzu notwendigen Selbstmonitorings
- Hier müssten wir (ich) noch mehr Feedback-Sessions vorsehen, um mehr zu erfahren.
- Ich habe den SNS-Fragebogen mit einem Patienten als SORKC Schema angelegt. Für ihn war es hilfreich, über den Fragebogen Zusammenhänge erkennen zu können.
- Korrelationsmuster, v. a. von Symptomkurven zu Selbstwirksamkeits- oder Selbstfürsorgekurven, machen den Patientinnen/Patienten bewusst, wie sich der Umgang mit Symptomen verändert.
- auch negativ und frustrierend

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- Oft sehr erstaunlich, wie die erinnerte Einschätzung der letzten Wochen bei Paaren abweicht von der tatsächlich täglichen Einschätzung. Der Effekt: eigene Wahrnehmungsverzerrungen

werden erkannt, kritisch hinterfragt und münden oft in eine positivere Sicht auf vergangene Krisen.

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 51 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

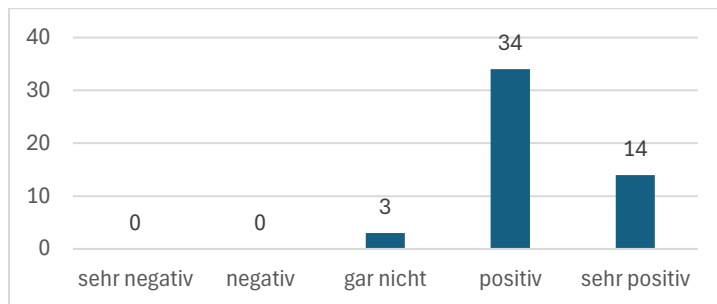


Abbildung 54. Verteilung der Antworten zur Frage: *Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Patientinnen/Patienten aus?*

Mittelwert: 1,22

Standardabweichung: 0,54

12 Kommentare im offenen Kommentarfeld, davon 1 Angabe inhaltlich nicht auswertbar („s. oben“). Einmal keine Antwort in der Likert-Skala, im offenen Antwortfeld stand: „Nicht bekannt“.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gar nicht* beantworteten:

- Bestätigung bereits gemeinsam mit Patientinnen/Patienten formulierter Hypothesen.
- Kann ich nicht beobachten.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- z. T. Verbesserung bei einzelnen Patienten/Patientinnen erkennbar, insgesamt sehr schwierige Patientinnen/Patienten
- Besonders Ausnahmen bieten gute Zugänge für Gesprächsanlässe oder relativieren fatalistische Blickwinkel.
- Emotionen wie Wut, Ärger oder Traurigkeit stehen neben Freude. Das heißt, keine Emotion dauert ewig, sondern sie wechseln sich im Tagesverlauf mit anderen ab. Patientinnen/Patienten können sich darauf verlassen, dass Angst, Wut etc. auch wieder vergehen, was in der Situation ja oft nicht erkannt werden kann. Die Zeitreihen bestätigen aber diesen Zusammenhang.
- V. a. durch eine vorgeschaltete ISM werden neue Zusammenhänge systematisch konstruiert und durch SNS beobachtbar gemacht.
- Es wird sichtbar, was nicht läuft.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- In der Zusammenschau der verschiedenen Items werden Zusammenhänge und neue Möglichkeiten der Problembewältigung entdeckt. Manchmal sind es gerade Aha-Erlebnisse, welche der Patient selbst entdeckt und nicht der Therapeut suggeriert. Klarifizierung und Einsicht im

tieferpsychologischen Sinne finden, ohne allzu große Aktivierung von Widerstand und Abwehrmechanismen, statt.

- Die Visualisierung der Selbsteinschätzungen ermöglicht neue Erkenntnisse. Hier ist die Funktion des Übereinanderlegens von Kurven hilfreich.
- Indem man die Verläufe aufeinanderlegt, kommt es zu den Aha-Erlebnissen.

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 51 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

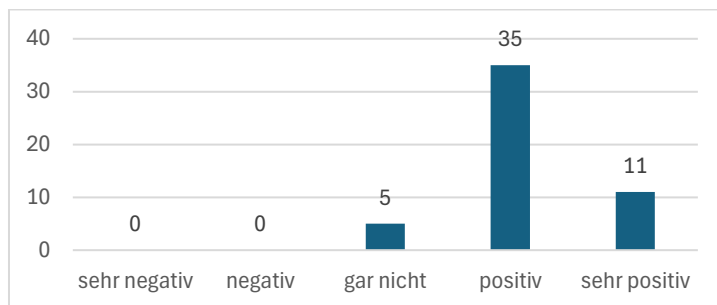


Abbildung 55. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Mittelwert: 1,12

Standardabweichung: 0,55

12 Kommentare im offenen Kommentarfeld, davon 1 Angabe inhaltlich nicht auswertbar („s. oben“).

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gar nicht* beantworteten:

- Das wüssten wir nur mit einer katamnestischen Befragung.
- Nicht zu beurteilen, stationär!

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- Bei einzelnen Patientinnen/Patienten z. T. Verbesserung erkennbar, insgesamt sehr schwierige Patientinnen/Patienten.
- mit Einschränkung
- Eine direkte Auswirkung ist in unserem Kontext schwer zu beobachten (z. B. erfolgte der Transfer durch die Arbeit mit dem SNS oder hat ein Freund eine ähnliche Anregung gegeben, welcher der/die Patient/-in gefolgt ist?).
- Einige Berichte von Patientinnen/Patienten dazu gibt es.
- Manchmal wirken die visualisierten Selbsteinschätzungen im SNS wie ein "schwarz auf weiß" Beleg und die Patientinnen/Patienten glauben sich dann ihre eigenen Erkenntnisse.
- Durch die Reflexion beim Ausfüllen werden Emotion und Verhalten des Tages bearbeitet und verbalisiert.
- Durch das Feedbackgespräch und bedeutsam machen bestimmter Zeitreiheneffekte kann der Transfer in den Alltag angeregt werden.

- Aus den Feedbackgesprächen ergeben sich Schwerpunkte, welche die Patientinnen/Patienten in den Alltag mitnehmen.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- Einsicht und Erkenntnisse hinterlassen den Beginn eines Musterwechsels. Natürlich mit immer wiederkehrenden "Ehrenrunden", aber kontinuierlichen Voranschreitens. Der Transfer findet statt, manchmal verzögert, manchmal sofort nach der Erkenntnis.

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 49 Personen beantwortet. 5 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

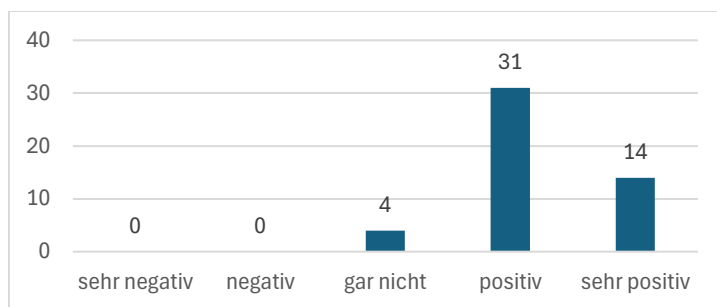


Abbildung 56. Verteilung der Antworten zur Frage: *Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Patientinnen/Patienten aus?*

Mittelwert: 1,20

Standardabweichung: 0,58

13 Kommentare, 2 Aussagen inhaltlich nicht verwertbar („s.o.“, „nicht einschätzbar“)

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gar nicht* beantworteten:

- schwer einzuschätzen bei aktuellen Patientinnen/Patienten

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- Voraussetzung dafür ist, dass der Fragebogen gut formuliert war und die Fragen für den Pat. passend waren.
- Konkrete Entwicklungsaspekte sind bereits teilweise im Fokus, in Zukunft soll durch die Koppelung der Fragebogenerstellung an die Ziele/Entwicklungsprojekte die Fokussierung noch verstärkt werden.
- mal weniger, mal mehr, steht und fällt mit den SNS-basierten Feedbackgesprächen
- Es gibt einige wenige Berichte, aber braucht insgesamt mehr SNS-basierte Feedback-Sessions.
- Ich finde, durch die Entwicklung des individuellen Fragenbogens kann ein konsensualer Therapiefokus gelegt werden.
- Es ist aber auch eine Herausforderung, sich bei der Betrachtung der Diagramme zu fokussieren.
- Durch die Gewichtung von problemspezifischen Items können Verhalten, Emotionen oder Kognitionen therapeutisch besonders hervorgehoben werden.

- V. a. durch eine vorgeschaltete ISM gelingt eine Fokussierung. Dadurch wird systematisch auf ein integratives Therapieziel fokussiert und es ist später durch SNS erfassbar, in Kurven darstellbar und reflektierbar.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- Gerade bei manischen und Borderline-Problematiken sehr positiv, da wir im Reflexionsgespräch immer nur ein bis zwei Kurven anschauen und betrachten. Die Patientinnen/Patienten lernen hier, eine Auswahl zu treffen, sich zu begrenzen und sich für einen Fokus zu entscheiden.
- Hier hat sich als hilfreich erwiesen, eine idiographische Systemmodellierung zur Erarbeitung des Fragebogens durchzuführen.
- Die Items der Fragebögen sind im Alltag (werktätlich/wöchentlich) präsent.

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 51 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

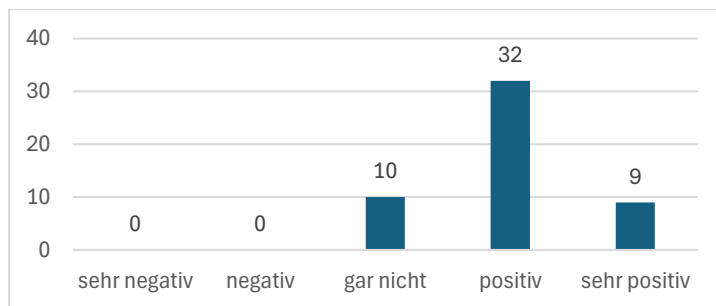


Abbildung 57. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?

Mittelwert: 0,98

Standardabweichung: 0,62

22 Kommentare

Einmal keine Angabe in Likert-Skala, aber im Kommentarfeld: „zu wenig Interaktion bisher“

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gar nicht* beantworteten:

- Das ist davon abhängig, wie das SNS von den Patientinnen und Patienten aufgenommen wird und welche Wertigkeit es von den Patientinnen/Patienten bekommt. Für manche Patientinnen und Patienten spielen andere Bestandteile in der Therapie eine größere Rolle.
- Ich habe den Mittelwert gewählt, weil es gerade im Jugendbereich sehr unterschiedlich war. Von super positiv bis okay und in sehr wenigen Fällen auch eher negativ.
- Schwer zu beantworten. Manche Beziehungen profitieren stark, andere werden eher belastet durch die dysfunktionale Vorstellung der Patientinnen/Patienten, dass der/die Therapeut/-in erwarten könnte, dass Sie es ausfüllen müssen.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- Vorausgesetzt, ich schaue vor der Sitzung in die Diagramme, sonst sind Patientinnen/Patienten evtl. auch enttäuscht.

- Die SNS-bezogenen Gespräche bestätigen meist die Inhalte der therapeutischen Arbeit, was die Vertrauensbasis zum Pat. stärkt.
- Ist nur eine Vermutung.
- Über die Nutzung des SNS ist im Vergleich zum Alltagskontakt ein anderer Zugang möglich. Ein erschwerender Faktor sind die fehlenden zeitlichen Ressourcen zur regelmäßigen Durchführung von Reflexionsgesprächen.
- Die Klienten sind beeindruckt durch die Bemühungen des/der Therapeut/-in und die Möglichkeiten, welche die gewöhnliche Therapie übersteigen.
- Erfahrung: Nur wenn bereits ein guter Kontakt besteht, lassen sich die Patientinnen/Patienten auf das SNS ein. Es gibt kein blindes Vertrauen. Die Arbeit mit dem SNS verschlechtert in der Regel den Kontakt nicht.
- Die Nutzung des SNS verstärkt die gemeinsame Arbeit an einem Ziel. Die Patientinnen/Patienten können besser selbst entscheiden, was es für sie bedeutet.
- man hat ein "gemeinsames" Projekt mit der Patientin/dem Patienten
- Vor allem auch über die Kommentarfunktion wird eine vertrauensvolle Beziehung gefördert.
- Ich bekomme tägliches Feedback, welches man sonst nie in dieser Form bekommen würde.
- Die Arbeit mit SNS ist eine sehr konkrete (greifbare) Form der Zusammenarbeit.
- In der Arbeit an einer ISM und mit dem SNS entsteht ein Co-kreatives durch das Medium trianguliertes Arbeitsverhältnis und ein gutes Informiert-Werden des Therapeuten/ der Therapeutin durch die Patientinnen/Patienten, ohne den Raum mit Symptomen zu "fluten".
- zeigt Patientinnen und Patienten bei der Entwicklung der Fragen, dass Therapeutinnen/Therapeuten verstanden haben, worum es ihnen geht
- mehrheitlich positiv

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- Es ist sehr klar, woran und wie gearbeitet wird.
- fördert ein Gefühl der Verbindung mit dem Therapeuten/der Therapeutin
- Zitat eines Patienten: "Mensch, sie geben sich ja echt Mühe mit mir. Schauen sich die Kurven vor der Sitzung an, machen sich Gedanken, nehmen mich in meiner Entwicklung ernst..."
- Demokratisierung, Augenhöhe, Verantwortungsübernahme für Prozess

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 50 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

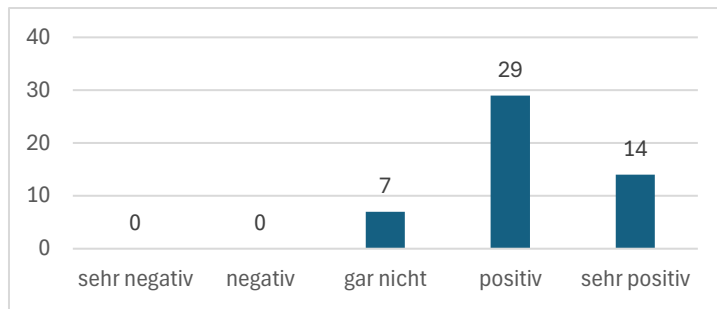


Abbildung 58. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Patientinnen/Patienten aus?

Mittelwert: 1,14

Standardabweichung: 0,64

16 Kommentare, 2 x keine Antwort, aber im Kommentarfeld wurde geantwortet: „Bisher keinen Effekt bemerkt. Bei geringer Veränderungsmotivation wurde auch das SNS schnell nicht mehr gemacht.“

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gar nicht* beantworteten:

- sehr schwer zu beurteilen
- Kann ich nicht beurteilen.
- Kann ich bisher nicht einschätzen.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *positiv* beantworteten:

- Es sind Verläufe sichtbar, die meist in eine positive Richtung gehen. Auch Krisen können erkannt werden. Das eigene Empfinden wird bestätigt, was das Selbstvertrauen und in der Folge die Zuversicht, sich weiter entwickeln zu können, stärkt.
- individuell sehr unterschiedlich, tendenziell eher positiv, häufig wenig Effekt, ich erlebe aber gerade in Krisen die Perspektive durch das SNS eher als motivierend
- Gefühl, mit den eigenen Zielen und der eigenen Problematik besser wahrgenommen zu werden
- Die Bereitschaft/ der Wunsch, SNS zu nutzen, stellt aus meiner Sicht eine Veränderungsbereitschaft dar. Die Veränderungsmotivation zeigt sich auch im Anliegen der Patientinnen/Patienten, den Fragebogen oder die Formulierungen der Items anzupassen, oft nach einem ersten Reflexionsgespräch über die Entwicklungsverläufe in den Zeitreihen.
- Durch die Darstellung der Daten in Zeitreihen, werden Veränderungen sichtbar gemacht, welche sonst untergehen würden. Diese können dann auch therapeutisch aufgegriffen werden, um einen selbstverstärkenden Kreislauf in Gang zu setzen.
- Wenn ich Patientinnen/Patienten die Interpretation der Kurven in den Feedbackgesprächen überlasse, verstärkt sich das Expertenerleben der Patientinnen/Patienten für sich selbst.
- Die Motivation, eine Frage mit einer anderen Skalierung beantworten zu können, wird angeregt.
- mehrheitlich positiv

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr positiv* beantworteten:

- Oft reicht schon eine ISM bei weniger strukturierten Jugendlichen, um die Veränderungsmotivation zu fördern.
- Wenn Sie die Ziele klar im Blick haben, geht es leichter. Wenn es dann nicht klappt, dann ist klar, dass es wohl falsche Ziele waren.

- Zitat einer Klientin: "Heute müssen wir wieder die Kurven anschauen, ich glaube da hat sich einiges getan". Oder: "An diesem Thema möchte ich noch dranbleiben, da möchte ich einen anderen Verlauf, nicht mehr so ein ewiges auf und ab."

5.1.4 Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit und Therapiegestaltung aus Sicht der professionellen SNS-Anwender/-innen

Zu diesem Fragenbereich wurden 5 Fragen beantwortet. 4 geschlossene Fragen mit Likert-Skalen (keinen Nutzen, teilweise, deutlich, sehr deutlich) und eine offene Frage.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

47 % der Befragten erleben eine *deutliche* und 16,3 % eine *sehr deutliche* Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses. 34,7 % erleben eine *teilweise* Unterstützung. Eine Person erlebt keine Unterstützung.

84,3 % der Befragten erhalten durch die Anwendung des SNS *deutliche* bis *sehr deutliche* Informationen über den Veränderungsprozess ihrer Patientinnen/Patienten. 15,7 % erhalten *teilweise* Informationen über den Veränderungsprozess ihrer Patientinnen/Patienten. Niemand gab an, im Rahmen der SNS-Anwendung *keine* Informationen zu erhalten.

44 % der Befragten gaben an, dass die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines „roten Fadens“ in der Therapie *teilweise* erleichtert, für 34 % erleichtert die Nutzung des SNS *deutlich* die Arbeit entlang eines „roten Faden“, für 20 % *sehr deutlich*. Eine Person erlebt *keine* Unterstützung durch die Anwendung des SNS in diesem Punkt.

40 % der Befragten gaben an, dass der Einsatz des SNS sie bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie *deutlich*, 32 % *sehr deutlich* unterstützt. 24 % erleben *teilweise* eine Unterstützung und 2 Personen erleben *keine* Unterstützung bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie.

In 37 von 42 Antworten wurde beschrieben, dass persönliche Fragebögen und ISM eine Rolle für die Individualisierung und Personalisierung spielen. 2 Personen gaben an, dass ISM und individuelle Fragebögen keine Rolle spielen. 2-mal wurde angegeben, diese nicht zu verwenden, eine Person gab an, keine Erfahrung mit diesen beiden Tools zu haben.

Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 49 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, eine Person füllte den Fragebogen nicht mehr aus.

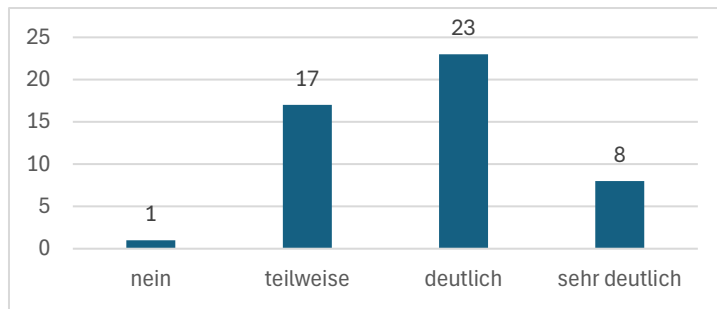


Abbildung 59. Verteilung der Antworten zur Frage: Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?

Mittelwert: 1,78

Standardabweichung: 0,74

15 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *teilweise* beantworteten:

- als Gesprächseinstieg und Grundlage für das Therapiesgespräch
- Es wird durch das Zusammenfügen der Verlaufskurven mit aktuellen Ereignissen in den therapeutischen Gesprächen leichter sichtbar, was nächste Schritte sein können.
- SNS unterstützt bei der Hypothesenbildung. SNS unterstützt teilweise zur Medikationseinstellung von Methylphenidat bei Erwachsenen (Selbst- und Fremdbeobachtung der gewünschten Veränderungsbereiche).
- z. T. noch insgesamt fehlende Struktur für die Gestaltung des Therapieprozesses, SNS könnte noch besser als Unterstützung genutzt werden
- wenn genügend hohe Frequenz da ist

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *deutlich* beantworteten:

- Ich bin vorbereiteter für die Sitzung und kann gezielter starten.
- zum Beginn hilfreich
- zur Modifikation der Therapieziele
- Auf verschiedenen Ebenen ist der Einsatz des SNS förderlich. Aufwand bzw. Vorgehen sind aber noch keine Routine und daher wird der Einsatz des SNS auch von Kolleginnen und Kollegen als aufwendig erlebt.
- Die Antwort „teilweise“ war mir zu schwach; passender wäre: oftmals deutlich. Themen, die stabil oder aktuell nicht veränderbar scheinen, werden erkennbar ebenso Themen, die mehr Aufmerksamkeit bekommen sollten.
- andere bzw. mehr Themen kommen zur Sprache
- Ich hole mir über das Komplexitäts-Resonanz-Diagramm Anregungen über die Gewichtung der Therapieplanung.
- Komplexitäts-Resonanz-Diagramme machen ziemlich deutlich, ob gerade "etwas passiert" oder ob "der See still ruht". Dann kann gemeinsam geschaut werden, ob es mehr Konfrontation oder mehr Stabilität braucht.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr deutlich* beantworteten:

- klare Struktur

- Siehe Text davor!
- wertet das Coaching auf

Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Patientinnen/Patienten?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 49 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, eine Person füllte den Fragebogen nicht mehr aus.

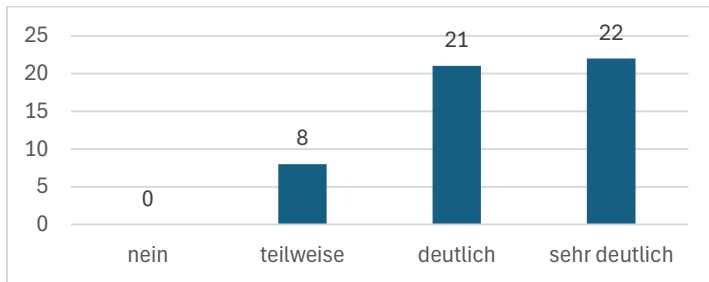


Abbildung 60. Verteilung der Antworten zur Frage: Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Patientinnen/Patienten?

Mittelwert: 2,27

Standardabweichung: 0,72

11 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *teilweise* beantworteten:

- Selbstwahrnehmung (Zeitreihen) und beobachtbares Verhalten sind oft auch divergent. Aber es gibt auch stimmige Verläufe.
- Bei Kindern und jüngeren Jugendlichen ist es teilweise schwierig, Informationen zu erhalten, da die Kommentarfunktion nur wenig genutzt wird und gelegentlich starke Schwankungen in den Zeitreihen sichtbar werden, ohne dass der Patient/die Patientin diese erklären kann.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *deutlich* beantworteten:

- Man erhält umfassende Daten durch die tägliche Erhebung. Zum Teil erschweren fehlende Kommentare die Interpretation z. B. von Peaks.
- Wir erhalten Informationen zu Veränderungen, und wichtig auch zur Nichtveränderung!
- z. B. durch Tagebucheinträge und mündliche Feedbacks
- KRD-Diagramme und Korrelationsverläufe geben Auskunft darüber, wie mit Symptomen umgegangen wird und wie sich das im Lauf des Prozesses verändert
- die Verlaufskurven zu den einzelnen Fragen geben Informationen über den Veränderungsprozess

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr deutlich* beantworteten:

- Ich erlebe durch die Anwendung des SNS einen viel realistischeren Blick auf die Veränderung als früher mit Prä- und Post-Messungen. Die Dynamik von Veränderung mit nonlinearen Verläufen wird lebensnäher und realistischer in der Gesamteinschätzung von Veränderung. Manchmal hilft mir das auch, frühzeitig eine eventuelle Nichtpassung zwischen mir als Therapeuten

und Klienten zu erkennen und darauf zu reagieren, die therapeutische Beziehung eventuell zu verbessern.

- Ich sehe schnell, wann und wo es bergauf geht, aber auch, welche Faktoren im Innen und Außen Ziele blockieren.
- Wichtig sind die richtige Auswahl und Formulierung der Fragen.
- Ich sehe m. E. durch die Zeitreihen Verlaufserfolge oder -hemmnisse.

Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 50 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, eine Person füllte den Fragebogen nicht mehr aus.

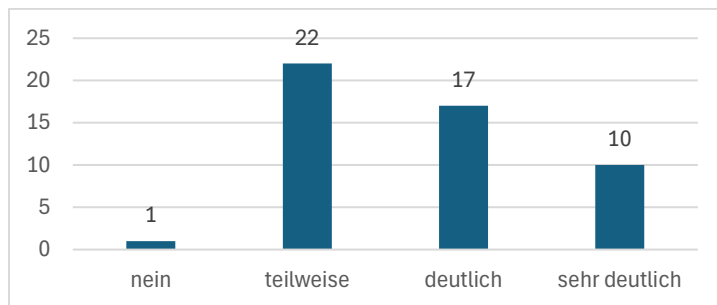


Abbildung 61. Verteilung der Antworten zur Frage: Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?

Mittelwert: 1,72

Standardabweichung: 0,81

10 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *teilweise* beantworteten:

- In meiner Arbeit entsteht der rote Faden vor allem durch anamnestiche Fragestellungen zu Beginn der Therapie. Das SNS gibt die Möglichkeit, dies immer wieder zu überprüfen und bei Bedarf neu zu definieren.
- Nur bei persönlichen Fragebögen.
- Gesamtstruktur noch ausbaufähig, Potenzial ist gegeben
- Nachverfolgung von bestimmten Themen ist nachhaltiger
- Die Arbeit mit individuellen Fragebögen bringt natürlich auch eine gewisse Selektion mit sich.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *deutlich* beantworteten:

- Durch die Fokussierung auf entscheidende Themenbereiche ist ein roter Faden gegeben. Allerdings kann man sich auch an einem roten Faden aufhängen, man kommt ggf. vom Hölzchen zum Stöckchen und kann sich zu Beginn auch in der Komplexität und Faszination verlieren. Das sehe ich als eine Entwicklungsaufgabe der Nutzenden.
- Kombination von ISM und SNS und regelmäßige Feedbackgespräche leisten das durch immer wieder erneuerte Prozessbeschreibung durch den Klienten.
- Über die Stabilitätsbedingungen lassen sie mögliche Interventionen planen.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr deutlich* beantworteten:

- Wenn ISM ordentlich gemacht wurde
- Ich verfolge das große Ganze.

Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 50 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, eine Person füllte den Fragebogen nicht mehr aus.

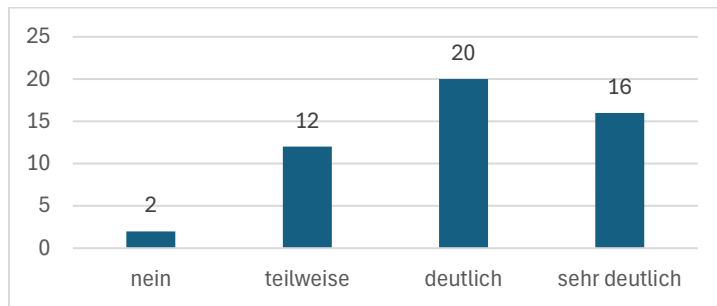


Abbildung 62. Verteilung der Antworten zur Frage: Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?

Mittelwert: 2

Standardabweichung: 0,86

8 Kommentare

Keine Antwort in der Likert-Skala, aber im freien Kommentarfeld: „Wir arbeiten in der Jugendhilfe sehr individuell, standardisierte Bereiche beinhalten immer auch individuelle Prozesse, daher passt SNS so gut in diese Arbeitsweise.“

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *teilweise* beantworteten:

- "ja, wenn es sich konkret auf die Modellierung und die personalisierten Fragen handelt, nein, wenn aus diesen Fragen neue, detailliertere, umfassendere Frage erwachsen"
- Wir machen keine ISM, aber über einzelne Zeitreihen kann eine Individualisierung erreicht werden.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *deutlich* beantworteten:

- Patientinnen/Patienten wählen Themen selbst
- Von vornherein erlaubt die Anwendung von ISM ein hochindividualisiertes Vorgehen, wobei die Faktorenbildung, die wir für alle Patientinnen/Patienten gleichartig vorgeben, im SNS dann doch wieder ein gewisses Maß an Vergleichbarkeit herstellt.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr deutlich* beantworteten:

- Zuschneiden auf die jeweilige Person möglich, auch durch Funktionalitäten des SNS
- Vor allem dann, wenn über die idiographische Systemmodellierung die Items der Patientinnen/Patienten von diesen selbst ausgearbeitet und operationalisiert werden. Ich erlebe mich dabei als Entwicklungsbegleiter.

- Nach ISM, ist SNS zu machen ideal. Jede/r Patient/-in ist anders und das spiegelt sich im personalisierten SNS-Fragebogen wider.

Welche Rolle spielen dabei personalisierte Fragebögen sowie die idiographische Systemmodellierung?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 42 Personen beantwortet. 11 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, eine Person füllte den Fragebogen nicht mehr aus.

Für 37 Befragte spielen persönliche Fragebögen und ISM eine Rolle für die Individualisierung und Personalisierung. 2 Personen gaben an, dass ISM und individuelle Fragebögen keine Rolle spielen, 2-mal wurde angegeben, diese nicht zu verwenden, eine Person gab an, keine Erfahrung mit diesen beiden Tools zu haben.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *teilweise* beantworteten:

- Beides sind zentrale Gestaltungselemente.
- Persönliche Fragen lassen mehr Nähe zu, können aber auch abschrecken, da die Therapeutinnen/Therapeuten täglich Informationen zum Stand der Patientin/des Patienten erhalten.
- je nach Störungsbild und Therapieplan
- Dass es persönlich wird und die Prozesse von der aktiven Mitarbeit des Patienten/der Patientin abhängen. Die Systemmodellierung kann auch neue Erkenntnisse bringen sowie bei der Gestaltung von neuen Hypothesen behilflich sein.
- Dadurch wird es vom Klienten ein "eigen erschaffenes " was ihm Erleichterung und auch ein Stück Selbstwirksamkeit gibt.
- bei uns keine
- PF: m. E. für einen Zeitraum in der Therapie, manchmal lässt das Interesse an den zu Beginn formulierten Fragen nach, da neue Themen und Konflikte auftauchen. Eine Patientin wünschte sich beispielsweise eine neue ISM mit neuen Fragen zur genaueren Untersuchung der ihr nun bewussten Phänomene.
ISM: Die Übernahme der Eigenverantwortung wird den Patientinnen und Patienten so schön vermittelt. Meines Erachtens können die Patienten hier schon erfahren, dass sie Eigenkompetenz, Kreativität, Reflexionsvermögen und Zielvorstellungen haben.
Personalisierte Fragebögen sind bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus meiner Sicht zwingend notwendig, idiographische Systemmodellierung nur selten umsetzbar.
- Die ISM erfasst eine momentane Situation. Insofern ist sie meiner Meinung nach nur schwer in den Therapieprozess einbaubar. Auch würde sie, sollte sie wirklich das gesamte Spektrum einer Fragestellung erfassen, unendlich umfangreich werden.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *deutlich* beantworteten:

- Klärung und Präzisierung
- Schaffe ich zeitlich kaum anzulegen. Eine Mischung aus fehlender technischer Software- und Methodenkompetenz, technischen Schwierigkeiten und unklaren technischen Fehlermeldungen macht es zusätzlich schwer.
- Die Erstellung von individuellen Fragebögen halte ich für sehr sinnvoll. Eventuell kann ein vorgegebener Fragebogen als Leitfaden dienen. Ein mit den Patientinnen/Patienten zusammen erarbeiteter Fragebogen, und hier vor allem mit Hilfe der idiographischen Systemmodellierung, holt die Patientinnen/Patienten in der Regel bei ihrem Ist-Zustand ab und lässt sie so sehr individuell an ihren Problemen arbeiten.

- Die entscheidende Rolle. Standardisierte Fragebögen haben eine wesentlich schlechtere Compliance. Outcome-Fragebögen führen wir nur aus formalen und wissenschaftlichen Gründen durch.
- Die persönlichen Fragebögen werden aus der Systemmodellierung generiert und gut angenommen.
- Erweiterung und Spezifizierung eines Themas aus der Therapie und zur Identifikation von Mustern bzw. zur Fallkonzeption.
- Für mich sind diese beiden Tools die wirkungsvollsten.
- Halte ich für am vielversprechendsten.
- Ich finde, dass die personalisierten Fragebögen einen hohen Nutzen haben, in Bezug darauf, dass Patient/-in und Therapeut/-in gemeinsam die Fragen festlegen. Gegenseitige Hypothesen, was wichtig ist zu besprechen, müssen überprüft werden, wodurch eine tiefere Reflexion nötig und möglich wird. Das Leid muss im Kern erfasst werden, um im Fragebogen als Item präzise formuliert werden zu können. Therapieziele müssen transparent gemeinsam festgelegt werden, damit die Fragen einen "Sinn" bekommen. Die Therapie wird für Patientinnen/Patienten dadurch sinnvoll und transparent. Der/die Patient/-in erhält noch ein Stück mehr die Verantwortung für seinen/ihren Therapieprozess. Idiografische Systemmodellierung: Der Blick wird weg von der Kausalität zur Zirkularität gelenkt. Komplexe Zusammenhänge werden deutlich. Es wird deutlich, dass jedes Symptom in der Lebenswelt verwoben ist und diese bei jedem Patienten/jeder Patientin anders ist. Über personalisierte Fragebögen findet dann wieder eine Komplexitätsreduzierung auf das Wesentliche statt.
- Zentraler Aspekt. Aus unserer Sicht sollten sie noch stärker im Programm betont bzw. zusammengeführt werden.
- Besonders hohe Relevanz. Patientinnen/Patienten machen zudem häufig die Erfahrung, mehr über sich zu wissen als gedacht, kommen verstärkt in eine aktive Haltung und erfahren Selbstwirksamkeit.
- eine wichtige Rolle
- Neben Outcome-Fragebögen arbeite ich ausschließlich mit personalisierten Fragebögen, basierend auf der idiographischen Systemmodellierung inkl. Ressourcen-Interview. Dieses Vorgehen schafft eine klare und umfassende Grundlage für die gemeinsame Arbeit und ermöglicht mir einen strukturierten und systematischen Einstieg in die psychotherapeutische Arbeit.
- Dass Klienten sich ernst genommen fühlen und mitwirken können, Selbstwirksamkeit erleben, wenn Fragen und Antworten selbst gegeben werden. Gemeinsame Auseinandersetzung mit Zukunftsideen.
- Beides spielt eine zentrale Rolle. Die personalisierten Fragebögen nutzen wir dabei hypnosystemisch als Bahnungsfragen, die sich in Teilen auf die Zukunft und Ziele ausrichten ("Heute traue ich mir zu...") und als Fokussierungshilfe auf zentrale Fragen und Bewältigungsaspekte.
- Ich habe noch keine Erfahrungen mit personalisierten Fragebögen für Patientinnen/Patienten (nur bei mir selbst).

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *sehr deutlich* beantworteten:

- Den Pat. bei seinen Vorstellungen und Annahmen abholen zu können. Der Pat. fühlt sich richtig "abgeholt" und spürt mehr Verantwortung in der Therapieprozessgestaltung.
- Eine sehr prägende Rolle.
- Das erhöht die Motivation der Patienten/der Patientinnen zusätzlich, da sie an ihren eigenen Themen arbeiten können.

- Teilweise sehr hilfreich in der Förderung aller o. g. Aspekte, aber benötigen viel Zeit, daher nicht immer möglich.
- Siehe oben
- nicht in Verwendung
- Sind unverzichtbar. ISM mache ich bei jedem Patienten/jeder Patientin, SNS nur bei jenen, die länger bleiben (Projekt).
- Personalisierte Fragebögen sind aus meiner Sicht der Kern des Ganzen. Sie erhöhen zudem massiv das Commitment.
- Beides spielt eine wesentliche Rolle. Über die idiographische Systemmodellierung wird die Problemdynamik erkennbar. Interventionen und Problemlösungsschritte können daraus abgeleitet und über das RTM im Sinne einer Prozessevaluation systematisch evaluiert und monitort werden.
Wir haben nicht mit personalisierten Fragebögen gearbeitet. Aufgrund unserer Forschungen gehe ich aber davon aus, dass diese noch stärker dazu beitragen, dass das RTM eine systematische Prozessevaluation und Mustererkennung ermöglicht.
- sehr wichtig für die Bestimmung der relevanten Variablen
- Annäherung an individuelle Ziele wurde erhoben.
- in den meisten Fällen Verwendung personalisierter Fragebögen, in einzelnen Fällen Anwendung der idiographischen Systemmodellierung; Klienten mit hoher Reflexionsfähigkeit profitieren, Individualisierung insgesamt bedeutsam für Anwendung des SNS bei diesen schweren Patientinnen/Patienten, sowie als entscheidend für die Ausfüllmotivation und das "Dranbleiben"
- Es kommen nur personalisierte Fragebögen zur Anwendung.
- bei mir keine

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *nein* beantworteten:

- Da sie mit einem großen Aufwand verbunden sind, derzeit neben all den anderen nötigen Tools und der Diagnostik nicht implementierbar.
- Ohne ISM macht für mich das SNS keinen Sinn. Für die Erstellung persönlicher Fragebögen ist das ISM eine ideale Grundlage. Persönliche Fragebögen sind diejenigen, die die therapeutische Arbeit noch am ehesten unterstützen und die von jugendlichen Patientinnen/Patienten noch am ehesten kontinuierlich ausgefüllt werden.

5.1.5 Motivation zur Nutzung und Feedbackgespräche

Ab diesem Frageblock werden in 8 Fragebögen keine Fragen mehr beantwortet.

Diesem Fragenbereich wurden 12 Fragen zugeordnet. Gefragt wurde nach Gründen für den Einsatz des SNS in Therapien, nach anfänglichen Bedenken, Hindernissen und Schwierigkeiten im Zuge der Einführung des SNS, was die professionellen SNS-Anwender/-innen heute anders machen würden und was sie im Laufe der Nutzungspraxis weiterentwickelt haben. Weiterhin beinhaltet dieser Bereich noch Fragen zur Nutzung der implementierten Frageformate und Auswertungsmethoden sowie zum Umgang mit den Daten und der Durchführung der SNS-basierten Feedbackgespräche.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Die Möglichkeit, mehr Informationen über den Psychotherapieverlauf und die Patientinnen/Patienten zu bekommen und die zunehmende Digitalisierung waren die am häufigsten angegebene Gründe, SNS einzusetzen. Weitere mehrfach genannte Gründe waren Neugier und Interesse sowie Vorgabe der Institution.

Zu anfänglichen Bedenken äußerten sich 41 Befragte. 14,6 % hatten keine anfänglichen Bedenken. 34,2 % gaben den (Zeit-)Aufwand als anfängliche Hürde an, 29,1 % hatten Bedenken bezüglich des Commitments, der Motivation oder einer Überforderung der Patientinnen/Patienten, 12,2 % nannten eigene Unsicherheit/Überforderung als anfängliche Hürde.

Schwierigkeiten und Hindernisse wurden eher in Bezug auf die Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten benannt, weniger in Bezug auf die Institution, Klinik oder Praxis. Am häufigsten benannte Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS waren für die professionellen SNS-Anwender/-innen technische Probleme, gefolgt vom zeitlichen Aufwand, von Rahmenbedingungen (fehlende Ressourcen, fehlende Struktur, Planbarkeit, Praxisabläufe mussten neu strukturiert werden, kein Zugang zu Internet, Tablets etc.) und eigenen Unsicherheiten und Zweifeln.

Gefragt danach, was die SNS-Anwender/-innen aus heutiger Sicht anders machen würden, antworteten von 46 Tn 22 nicht auf die Frage, 5 Tn würden nichts anders machen. Wenn etwas genannt wurde, dann bezog sich dies auf einen anderen Umgang mit SNS-basierten Feedbackgesprächen, mehr Nutzung personalisierter Fragebögen, andere Anwendung des ISM und mehr Einfordern von Struktur und Schulung.

Die häufigsten Angaben zur Weiterentwicklung und Veränderung der Nutzungspraxis waren: mehr Patientinnen/Patienten einbeziehen, häufigere SNS-basierte Feedbackgespräche, Nutzung von mehr Auswertungsmethoden, Nutzung von mehr Fragebogenkombinationen.

Die Mehrheit der Befragten nutzt Prozessfragebögen standardisiert oder individuell, weniger als die Hälfte nutzt auch Outcome-Fragebögen. 78 % gaben an, dass die Patientinnen/Patienten die Fragebögen zwischen 2 und 6 Monaten ausfüllen, 32,6 % füllen 1 - 4 Wochen aus, 26,1 % füllen 7 - 12 Monate aus, 13 % füllen 13 - 18 Monate und 6,5 % länger als 18 Monate aus.

Die Zeitreihendarstellung wird als häufigste Ergebnisdarstellung (ca. 89 %) genutzt, nahezu gleich häufig wurden dynamische Komplexität (50 %), Rohdaten-Resonanzdiagramme (52,2 %) und Komplexitäts-Resonanzdiagramme (47,8 %) angegeben.

Die Mehrheit der professionellen SNS-Anwender/-innen schaut sich die Daten unregelmäßig an (47,9 %). 37 % schauen sich die Daten vor jeder Therapiesitzung und 32,6 % einmal pro Woche an. Das Vorgehen wird aus diversen unterschiedlichen Gründen so gewählt.

Die SNS-basierten Feedbackgespräche führt die Mehrheit der befragten professionellen SNS-Anwender/-innen (53,5 %) zu unregelmäßigen Zeiten durch. 34,9% führen die Gespräche nach einem festgelegten Zeitplan durch, i.d.R. 1–2-mal pro Monat, 11,6 % regelmäßig, nach einer fixen Anzahl von Sitzungen. Am häufigsten werden die Zeitreihenverläufe in den SNS-basierten Feedbackgesprächen besprochen (Auffälligkeiten, hohe und niedrige Werte). Weitere Themen und Inhalte in den Feedbackgesprächen sind: Vergleich von mehreren Kurven/Items miteinander, sind Muster/Zusammenhänge oder Unterschiede/Ausnahmen erkennbar und herausarbeiten von auslösenden Faktoren für Veränderungen in den Itemverläufen (krisenhafte Zuspitzungen, Verbesserungen etc.) bzw. Identifizierung von Faktoren, welche mit den Symptom- oder Musterveränderungen zusammenhängen.

In den SNS-basierten Therapiegesprächen werden am häufigsten folgende Effekte beschrieben: neue Erkenntnisse/Einsichten über den Verlauf, neue Themen und Wünsche für den Veränderungsprozess kommen zur Sprache, Aha-Erlebnisse, wenn die Muster entdeckt und verstanden werden sowie Bestätigung eigenen Erlebens und wahrgenommener Veränderungen beschrieben.

Was hat Sie bewogen, das SNS einzusetzen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 41 Personen beantwortet. 5 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
mehr Informationen über den Psychotherapieverlauf und die Patientinnen/Patienten zu bekommen	15
zunehmende Digitalisierung	15
Neugier und Interesse	8
Vorgabe der Institution	8
Forschungsinteresse	6
Unterstützung des Prozesses auch außerhalb der Therapiestunden	6
Überzeugung, dass es hilfreich sein muss.	5
am Arbeitsplatz kennengelernt	4
Information über SNS	4
Schulung	3
Möglichkeit zur Individualisierung	4

Überzeugung vom dahinterliegenden Paradigma, Einziges Tool mit system-theoretischem Hintergrund	3
Verbesserung der Beziehung	3
Patientinnen/Patienten mehr einbeziehen können	2

Tabelle 19. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Häufigkeitsverteilung zur offenen Frage: Was hat Sie bewogen, das SNS einzusetzen?

Einmal benannt wurde:

- Affinität für Diagramme und visuelle Darstellungen
- Patientinnen/Patienten durch den Einsatz von Technik mehr zu motivieren
- gute Software
- Austausch mit anderen Anwender/-innen
- Unzufriedenheit mit Prä-, Postmessungen und gängigen Evaluationsinstrumenten
- Transparenz
- Schutz für Patientinnen/Patienten
- Therapeutische Deutungshoheit und -macht sowie Selbstverliebtheit können eingeschränkt werden.
- Hoffnung auf Vereinfachung
- mit SNS im nichtklinischen Kontext zu experimentieren
- digitale Diary Card
- Gemeinsamer Bezugsrahmen wird hergestellt.
- Die neue Art und Weise, andere Ansätze für die lösungsorientierte Arbeit zu finden.
- Feedbackgespräche
- war seit längerer Zeit Teil des Gesamttherapiekonzepts
- Skalierungsfragen als hilfreiche Methode
- Stabilisierung konnte gezeigt werden

Welche anfänglichen Bedenken hatten Sie?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 41 Personen beantwortet. 5 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Zusammenfassung: 6 x wurden keine Bedenken geäußert

Antwortkategorien	Häufigkeit
(Zeit-) Aufwand	14
Commitment, Motivation, Überforderung der Patienten	12
eigene Unsicherheit/ Überforderung	5
Kosten bzw. Kosten-Nutzen Relation	4
technische Schwierigkeiten/ Infrastruktur (W-Lan Verfügbarkeit)	3
andere nicht überzeugen können, es anzuwenden	2
Sorge bezüglich der therapeutischen Beziehung	2

Tabelle 20. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche anfänglichen Bedenken hatten Sie?

Einmal benannt wurde:

- Keine Akzeptanz der Einrichtung
- Datensicherheit
- Befürchtung, dass SNS zur Diagnostik oder Überwachung genutzt wird, ohne es mit Patientinnen/Patienten abzusprechen
- Zu starker Fokus auf bestimmte Bereiche und damit Verlust der Flexibilität im Therapieverlauf
- eingeschränkte Anwendbarkeit bei schwierigen Patientinnen und Patienten
- Commitment der Kollegen/ Kolleginnen
- Nur geeignet für kognitiv sehr fitte Patientinnen/Patienten.

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 38 Personen beantwortet. 8 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

4 Befragte gaben an, keine Probleme gehabt zu haben. 3 Aussagen waren nicht verwertbar („dto.“, „ist interessant“, „s.o.“).

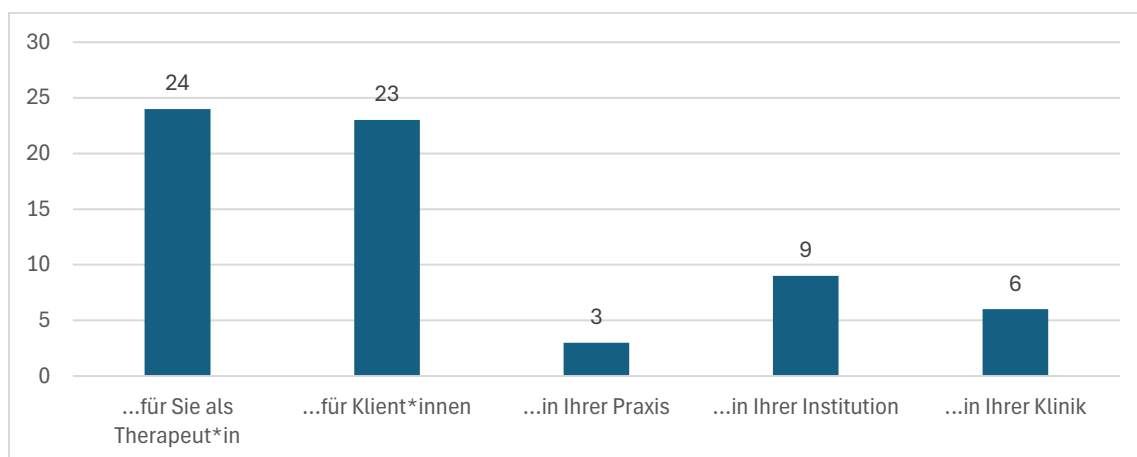


Abbildung 63. Verteilung der Antworten zur Frage: Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS? Kategorien: für Sie als Therapeut*in, für Patientinnen/Patienten, in Ihrer Institution und in der Klinik

Antwortkategorien	Häufigkeit
technische Probleme	16
zeitlicher Aufwand	11
Rahmenbedingungen (fehlende Ressourcen, fehlende Struktur, Planbarkeit, Praxisabläufe mussten neu strukturiert werden, kein Zugang zu Internet, Tablets, etc.)	9
Unsicherheiten (Einführungsgespräche mit Patientinnen/Patienten), Zweifel und Skepsis auf Seiten der Anwender/-innen	8
mangelnde Vertrautheit mit den Funktionalitäten und Auswertungstools	5

mangelnde Motivation, Compliance der Patientinnen/Patienten	3
zu wenig Schulung	2
Skepsis gegenüber SNS auf Seiten der Pat.	2

Tabelle 21. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten vom Kommentarfeld zur Frage: Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS? Im Kommentarfeld konnten die Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS konkret benannt werden.

Einmal benannt wurde:

- Angst vor Datenunsicherheit
- Itemformulierung unpassend
- Formulierung der Fragen, die zwar besprochen, aber dann doch im Verlauf anders interpretiert und beantwortet werden
- Der SNS Support ist lückenhaft.
- Patientinnen/Patienten möchten die Diagramme selbst einsehen können.
- zu wenig Feedback-Sessions
- Regelmäßiges Ausfüllen und eigener Nutzen für Patientinnen/Patienten muss klar sein.
- Sinnhaftigkeit musste erklärt werden, die 44 Items waren für viele anfangs viel
- Die preisliche Gestaltung sollte so sein, dass der Einstieg kostenlos ist und anschließend verschiedene niedrigpreisige Angebote für Einzeltherapeutinnen/Einzeltherapeuten bestehen.

Antworten sortiert nach Bereichen:

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS für Sie als Therapeut/-in:

- fehlende Struktur und Planbarkeit, z. T. fehlender Auftrag, Unsicherheit in der Anwendung und Gesprächsführung
- Programm funktioniert nicht stabil (ausgerechnet heute), in Anwendung nicht sicher
- Anforderungen im Kassensystem erfordern in den ersten Stunden anderen Fokus, Zeitaufwand
- keine Zeit für ISM oder Feedbackgespräche finden während Diagnostik/dringender Anliegen von Patientinnen/Patienten, Ambivalenz von Patientinnen/Patienten bezüglich Nutzung des SNS
- mussten den TPB auf TPB-Kids modifizieren, was doch viel Arbeit war
- Am Anfang die eigene Unsicherheit beim Fragenstellen etc.
- In den ersten Jahren v. a. technische Probleme, danach fehlende Regelmäßigkeit bei der Ausfüllung durch die Patientinnen/Patienten.
- Die Software bietet viele Möglichkeiten, manches ist mir fachlich noch nicht so vertraut.
- zeitlicher Aufwand
- sehr viel Zeit dafür zu brauchen
- technische Funktionsstörungen, Zeitaufwand der Programmierung
- Nein
- Programstabilität, manche Funktionen
- große technische Unzuverlässigkeit in den Anfangsjahren

- Gewöhnungsfaktor
- Programm nicht besonders selbsterklärend
- Die preisliche Gestaltung sollte so sein, dass der Einstieg kostenlos und anschließend verschiedene niedrigpreisige Angebote für Einzeltherapeutinnen/Einzeltherapeuten bestehen.
- Vertraut werden mit der differenzierteren Auswertung
- keine aufgrund des SNS-Seminars und der darin erfolgten Vorbereitungen
- Größerer Aufwand zur Einarbeitung. Es gibt kein Erfahrungswissen für Coaching und betriebliche Beratung. Man muss IT affin sein, um sich auf der Plattform bewegen zu können. SNS Support ist lückenhaft. Manche Features der Software laufen nicht (IM-Matrix). Server stürzte (in der Vergangenheit) immer wieder mal ab, der Supplier merkt es nicht, man muss ihn darauf aufmerksam machen.
- Anlegung des Kontos nicht direkt erfolgreich, Zeitaufwand
- musste mich erst einarbeiten

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS für Ihre Patientinnen/Patienten?

- Wiederkehrende technische Probleme zerstörten immer wieder die Motivation von Kollegen/Kolleginnen und Patientinnen/Patienten.
- ungenügende Transparenz, zu wenig Einführungstermine, zu wenig Feedback-Sessions
- Technische Voraussetzungen z. T. nicht gegeben, unregelmäßige Termine durch fehlende Ressourcen und fehlende Planbarkeit.
- Technische Schwierigkeiten, Ambivalenzen in Bezug auf die Veränderungsmotivation werden deutlich und haben zum Abbruch der Nutzung des SNS geführt.
- technische Schwierigkeiten
- Technik nicht stabil, Fragen schlecht formuliert
- Sinnhaftigkeit musste erklärt werden, die 44 Items waren anfangs viel
- sich auf das Ganze einzulassen und offen zu sein, über das Ganze zu sprechen
- Regelmäßiges Ausfüllen, eigener Nutzen muss für die Patientinnen/Patienten klar sein.
- Programmstabilität
- regelmäßige Anwendung und Erkennung von Nutzen
- Die Eltern der Patientinnen/Patienten haben Sorge, dass ihr Kind zu einem "Forschungsobjekt" wird oder dass die Therapie zu "technisch" ist.
- manchmal die Patientinnen und Patienten am Anfang zu motivieren
- Manche Patientinnen/Patienten mögen einfach das gute alte Papiertagebuch lieber und finden keinen Zugang zu der internetbasierten SNS-Nutzung. Andere sind von der Wiederholung der Fragen (auch wenn diese passend sind) nach einer Zeit gelangweilt. Wieder andere finden es herausfordernd, wenn sich über lange Zeiträume keine Veränderung zeigt.
- große technische Unzuverlässigkeit in den Anfangsjahren
- genervt über zusätzlichen Zeitaufwand, täglich, Angst vor Datenunsicherheit, technische Funktionsstörungen, Patientinnen/Patienten möchten die Diagramme selbst einsehen können
- Formulierung der Fragen, die zwar besprochen, aber dann doch im Verlauf anders interpretiert und beantwortet werden
- Einzelne Patientinnen/Patienten stehen dem System eher kritisch gegenüber, andere kommen mit der App nicht zurecht.

- ist interessant
- Ab und zu wird der Fragebogen vergessen, vor allem dann, wenn wir uns im Alltag nicht sehen.
- Aufwand

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS in Ihrer Praxis:

- Verständnis der Hintergründe
- teilweise technische Probleme
- Praxisabläufe mussten neu definiert werden

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS in Ihrer Institution:

- Ablehnung gegenüber Neuem/ Unbekanntem
- Meine Leitung zu überzeugen, dass es sich lohnt dieses Instrument einzuführen
- Zweifel, es sei "zu technisch"
- Bisher keine
- Zu wenig zeitliche und personelle Ressourcen der anderen Mitarbeiter; fehlender struktureller Rahmen; äußere Faktoren (Neubau, Corona); allgemeine Skepsis gegenüber dem Projekt
- Bisher keine Bereitschaft zur Übernahme der Kosten. Einführung in einer Haftanstalt bisher unmöglich wegen fehlendem Zugang zum Internet für Inhaftierte.
- Kein Zugang zu Internet/ Smartphones/ Tablets
- Interne Qualifizierung und Austausch: Wer übernimmt die Kosten - unsere Auftraggeber? Wie lässt sich der Sinn vermitteln?

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS in Ihrer Klinik:

- Überzeugung und Motivation der Kollegen/Kolleginnen
- Nein. Es hat nur Zeitressourcen erfordert.
- Vorbehalte, Unverständnis
- Skepsis anderer Mitarbeitender (demotivierende Kommentare gegenüber Patientinnen/Patienten)
- kommt sehr gut an
- Anforderung der Tablets, Schulungen des Personals, Ausgabe der Tablets an die Patienten/Patientinnen war Mehraufwand.
- Zeitaufwand, Skepsis im Kollegium

Was würden Sie aus heutiger Sicht anders machen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 24 Personen beantwortet. 22 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien

Häufigkeit

Ich würde nichts anders machen.

3

anderer Umgang mit SNS-basierten Feedbackgesprächen (mehr Gespräche, das 1. Feedbackgespräch schneller durchführen, mögliche Graphen schon beim ersten Gespräch über das SNS zeigen)

3

mehr Nutzung persönlicher Fragebögen	3
anderer Umgang mit ISM (Modellierung als Perspektivmodellierung, ISM Demo, schneller ISM durchführen)	3
mehr Struktur und Schulung einfordern	3
SNS viel schneller in der Therapie einführen	2
sich selbst weniger Druck machen	2

Tabelle 22. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was würden Sie aus heutiger Sicht anders machen?

Einmal benannt wurde:

- mehr Routine erarbeiten
- kontinuierlicheren Austausch mit den Nutzern,
- Verbesserungsvorschläge sofort umsetzen
- Items genauer besprechen
- mit weniger Mitarbeitenden starten
- größeren Zeitbedarf einkalkulieren
- Fragen schneller erneuern

Was haben Sie in Ihrer Nutzungspraxis seit der Einführung weiterentwickelt bzw. verändert?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 46 Personen beantwortet. 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
mehr Patientinnen/Patienten einbezogen	22
häufigere SNS-basierte Therapiesprache	15
Nutzung von mehr Auswertungsmethoden	13
Nutzung von mehr Fragebogenkombinationen	11
Erweiterung des Nutzungszeitraums, z. B. vor Therapiebeginn und nach Therapieende	4
andere Weiterentwicklungen und Veränderungen	9

Tabelle 23. Verteilung der Antworten zur Frage: Was haben Sie in Ihrer Nutzungspraxis seit der Einführung weiterentwickelt bzw. verändert?

Andere Weiterentwicklungen und Veränderungen:

Antwortkategorien	Häufigkeit
mehr Auswertungstools genutzt, nicht nur Zeitreihendiagramme	7
mehr Austausch mit den Patientinnen/Patienten über ihren Prozess	4
Nutzung anderer Fragebogenformate (diagnostische Fragebögen, Interaktionsfragebogen, Fragebogen zur Selbstreflexion des eigenen Therapeutenverhaltens)	4

Anpassung von Iteminhalten (individueller, vorgegebene Frage ergänzen)	3
Ausweitung des Patientenspektrums: zunehmender Einsatz in der Paartherapie, bei allen Störungsbildern	3
individuelleres Vorgehen für jeden Klienten	2

Tabelle 24. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur Kategorie „Andere Weiterentwicklungen und Veränderungen“

Einmal benannt wurde:

- mehr How-to-do an die Patientinnen/Patienten weitergeben
- weniger Fragen
- stärkerer Fokus auf bestimmte Items
- Korrelationen mit Faktoren, die nicht psychischer Natur sind

Welche Fragebogenformate nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Nicht ausgefüllt von 8 Personen.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Outcome-Fragebögen	23
Prozessfragebögen standardisiert	32
Prozessfragebögen individualisiert	36

Tabelle 25. Verteilung der Antworten zur Frage: Welche Fragebogenformate nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Auswertung nach Kombinationen

Antwortkategorien	Häufigkeit
nur individuelle Prozessfragebögen	6
nur standardisierte Prozessfragebögen	2
nur Outcome-Fragebögen	2
Outcome- und individuelle Prozessfragebögen	4
Outcome- und standardisierte Prozessfragebögen	4
standardisierte und individuelle Prozessfragebögen	14
Alle 3 Fragebögen	13

Tabelle 26. Verteilung der Antwortkombinationen zur Frage: Welche Fragebogenformate nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Wie lange füllen Patientinnen/Patienten einen Fragebogen während eines Therapieprozesses aus (Mehrfachnennungen möglich)?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 46 Personen beantwortet. 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Nicht ausgefüllt 8

Antwortkategorien	Häufigkeit
1-4 Wochen	15
2-6 Monate	36
7-12 Monate	12
13-18 Monate	6
länger als 18 Monate	3

Tabelle 27. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie lange füllen Patientinnen/Patienten einen Fragebogen während eines Therapieprozesses aus? (Mehrfachnennungen möglich)

Ich nutze folgende Auswertungsmöglichkeiten (Mehrfachnennungen möglich):

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 46 Personen beantwortet. 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Zeitreihendarstellung	41
Dynamische Komplexität	23
Rohdaten-Resonanzdiagramme	24
Komplexitäts-Resonanzdiagramme	22
Korrelationsmatrix	13
Recurrence Plots	11

Tabelle 28. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich nutze folgende Auswertungsmöglichkeiten (Mehrfachnennungen möglich)

Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an? (Mehrfachnennungen möglich)

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 46 Personen beantwortet. 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
vor jeder Therapiesitzung	17
einmal pro Woche	15
unregelmäßig	22

Tabelle 29. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an? (Mehrfachnennungen möglich)

Differenziert ausgezählt nach Einzelnennungen und Mehrfachnennungen:

Antwortkategorien	Häufigkeit
Einzelnennungen:	
1: vor jeder Therapiesitzung	11
2: einmal pro Woche	8
3: unregelmäßig	15
Mehrfachnennungen:	
1 und 3	3
	189

2 und 3	4
1 und 2	3
Alles mit nein beantwortet	2

Tabelle 30. Verteilung der Antworten in der Kategorie: *Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an?*, unterteilt nach Einzelnennungen und Mehrfachnennungen

Weshalb wählen Sie dieses Vorgehen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 36 Personen beantwortet. 10 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Therapeutinnen/Therapeuten, die sich die Daten im SNS **vor jeder Sitzung** anschauen, tun dies:

- 3 Befragte: weil sie sich so besser auf die Sitzung vorbereiten können
- weil sie auf dem Laufenden bleiben wollen
- da Pat. häufig auf den Fragebogen Bezug nehmen und sie so gezielter nachfragen können
- weil es ökonomisch und effizient ist
- um den Patientinnen/Patienten die Zeit zu lassen und selbst nicht wöchentlich eine Veränderung zu erwarten
- einerseits aus Wertschätzung gegenüber den Patientinnen/Patienten und andererseits auch um auf aktuelle Entwicklungen adäquater reagieren zu können.
- Struktur
- weil ich das Gefühl habe, dass es meine therapeutische Arbeit unterstützt
- weil ich es so adäquat finde

Therapeutinnen/Therapeuten, die sich die Kurven **einmal pro Woche** anschauen gaben an dies zu tun, weil:

- es nur so zeitlich machbar sei (3 x benannt worden)
- es aktuell am besten in den Alltag von teilstationärer Jugendhilfe und den Anspruch der Klienten (Jugendliche) passt
- Um den Überblick zu haben. Es sind unterschiedliche Themen zu bestimmten Zeitpunkten relevant.
- der Pat. hat das Gefühl, dass man sich für seine Einschätzung interessiert, versteht den "Sinn" und sieht den Mehrwert
- Einmal in der Woche finden Termine statt, bei Patientinnen/Patienten mit höherer Dynamik auch öfters.

Therapeutinnen/Therapeuten, die sich die SNS-Daten **unregelmäßig** (mehr oder weniger oft) anschauen gaben an, dies zu tun, weil:

- zeitliche Ressourcen begrenzt sind (3 x benannt worden)
- SNS ist nur zusätzliche Unterstützung (2 x benannt worden)
- abhängig vom Therapieverlauf
- abhängig vom Entwicklungsprozess und der Selbstreflexion der Patientinnen/Patienten
- keine klare Absprache mit der Leitung
- noch in den Anfängen der Nutzung stecken

Therapeutinnen/Therapeuten, die Mehrfachnennungen angegeben haben:

Kombination von Variante 1 (vor jeder Therapiesitzung) und Variante 2 (einmal pro Woche):

- Tagebucheinträge lesen und Vorbereitung auf Therapiesitzung
- Praktikabilität

Kombination von Variante 1 (vor jeder Therapiesitzung) und Variante 3 (unregelmäßig):

- Zu Beginn der Therapie schaue ich regelmäßig vor der Sitzung die Kurven an. Im Verlauf und bei wachsender Vertrautheit betrachte ich die Kurven auch spontan in der Sitzung mit den Patientinnen/Patienten
- vor den Sitzungen, um mögliche sensible Phasen für Veränderung zu nutzen

Kombination von Variante 2 (einmal pro Woche) und Variante 3 (unregelmäßig):

- am eigenen Bedarf orientiert
- i. d. R. ein Kontakt in der Woche, Entwicklung verfolgen, ggf. auch Nichteintragungen festzustellen und als Gesprächsthema nehmen, am Prozess dran sein
- hängt davon ab, wie voll meine Woche ist

Die SNS-basierten Therapiesgespräche führe ich durch ...

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 43 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Nicht verwendbare Antwort: „s.o.“

Antwortkategorien	Häufigkeit
regelmäßig nach einer fixen Anzahl an Sitzungen- Angabe nach wieviel Sitzungen:	5
regelmäßig nach einem festgelegten Zeitraum- Angabe des Zeitraumes	15
individuell- Wonach entscheiden Sie das?	23

Tabelle 31. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Die SNS-basierten Therapiesgespräche führe ich durch...

Zu jeder Angabe konnten die Befragten auch in einem offenen Kommentarfeld Antworten geben. 41 Antworten wurden gegeben, die hier dargestellt sind.

1. SNS-Therapiesgespräche nach **fixer Anzahl von Sitzungen- nach wie vielen Sitzungen:**

- 2 Befragte: alle 2-3 Sitzungen
- 1 Befragte(r): alle 4 Sitzungen
- 1 Befragte(r): zu jeder Sitzung
- 1 Befragte(r): nach der 1. Sitzung

2. Nach einem **festgelegten Zeitraum- Angabe des Zeitraumes:**

- 11 Befragte: 1-2-mal pro Monat (14-tägig wäre 1–2-mal pro Monat)

3. **Individuell- wonach entscheiden Sie das?**

- 6 Befragte: abhängig vom Interesse und Bedarf der Patientinnen/Patienten
- 8 Befragte: abhängig vom Therapieverlauf von Symptomveränderungen, Therapiefokus
- 3 Befragte: abhängig von den aktuellen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen (Sitzungsfrequenz, Urlaubszeiten, zeitliche Ressourcen)

- je nach Zielformulierung bestimmte Zeiträume zur Veränderungsmessung
- Dringlichkeit anderer Themen
- nach Relevanz
- Störungen im Betriebsablauf, wichtige Muster, ...

Was besprechen Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 39 Personen beantwortet. 7 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Kurvenverläufe (Prozessverlauf, Auffälligkeiten, hohe, niedrige Werte, Symptomverlauf, positive Entwicklungen)	22
Vergleich von mehreren Kurven/Items miteinander. Sind Muster/ Zusammenhänge oder Unterschiede, Ausnahmen erkennbar?	9
Herausarbeiten von auslösenden Faktoren für Veränderungen in den Itemverläufen (krisenhafte Zuspitzungen, Verbesserungen etc.) bzw. Identifizierung von Faktoren, welche mit den Symptom- oder Musterveränderungen zusammenhängen.	7
Einschätzung/Bewertung des Patienten/der Patientin bezüglich der Kurvenverläufe und seiner/ihrer Entwicklung.	5
Korrelationen	4
Kommentare	4
Hypothesen (Überprüfung, Bildung neuer Hypothesen)	3
Ableitungen von Anpassungen für den weiteren Prozess	3
Therapeutinnen/Therapeuten teilen ggf. auch ihren Eindruck mit	3
Passung und Eignung des Fragebogens und einzelner Fragestellungen	2
Ressourcen (Verfügbarkeit und Nutzung, werden Ressourcen sichtbar)	2

Tabelle 32. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was besprechen Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?

Einmal benannt wurde:

- Veränderungen und Beobachtungen
- Verläufe und Erleben im Zusammenhang damit: Gibt es ggf. Widersprüche?
- Zeiträume, in denen Patienten/Patientinnen den Fragebogen nicht ausgefüllt haben
- Komplexitäts-Resonanz-Diagramme und die Recurrence Plots
- therapeutische Beziehung
- Erfahrungen der Patientinnen/Patienten mit dem SNS
- die Inhalte
- den Prozess
- Was noch kommen könnte?
- Eltern-Kind-Fragebögen: Unterschiede in der Bewertung der Personen
- Gefühlswahrnehmung und Emotionsregulation

Welche Effekte erleben Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 39 Personen beantwortet. 7 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 8 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
neue Erkenntnisse/ Einsichten über sich, den Verlauf, neue Themen und Wünsche für Veränderungsprozess kommen zur Sprache	13
Aha-Erlebnisse wenn die Muster entdeckt und verstanden werden, die Kurvenverläufe anders als erwartet ausfallen	7
Bestätigung eigenen Erlebens, wahrgenommener Veränderungen, Entwicklungen, Patientinnen/Patienten glauben dem, was sie sehen, mehr	7
Steigerung der Motivation	7
Erstaunen, Überraschung, Irritation über z. B. eigene Fortschritte	6
Neugierde und Interesse seitens der Patientinnen/Patienten für die eigene Entwicklung	6
Wahrnehmung wird differenzierter, Wahrnehmungsverzerrungen können aufgelöst werden	4
Gespräche werden zielgerichteter, hilfreicher und weiterführender erlebt, über Zusammenhänge sprechen, Patientinnen/Patienten erzählen offener	3
Freude, Begeisterung, wenn etwas in den Kurven sichtbar wird, was sie nicht erwartet, haben	3
Nachdenklichkeit	3
Hinterfragen der täglichen Selbstwahrnehmung	3
Patientinnen/Patienten können sich mehr wertschätzen können, mehr anerkennen für eigenen Entwicklungsbemühungen	3
Erfahrung von Selbstwirksamkeit	2
Erleben, dass Patientinnen/Patienten sich wahrgenommen fühlen, gezielt Raum für ihre Themen bekommen	2
"gemeinsames Drittes" wird bearbeitet/besprochen, hilfreich	2
Entlastung, Erleichterung	2

Tabelle 33. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche Effekte erleben Sie in den SNS-basierten Therapiegesprächen?

Einmal benannt wurde:

- zielgerichtete Gesprächsführung möglich, durch Orientierung an den durch die Fragen vorgegebenen Themen
- Realitätscheck
- mehr Klarheit
- Perspektivwechsel
- Förderung von Zuversicht
- noch nicht so stabil relevant, wegen zu geringer Frequenz Rückmelde-Gespräche
- "Arbeit in gemeinsamer Sache" - Zusammen auf die Suche gehen.
- Es ist leichter in eine Metaperspektive zu kommen.

- Individualisierung und Personalisierung bei ISM
- fördert Emotionsregulation
- fördert Mentalisierung
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- s. o. bei Reflexion
- Erinnerungsfunktion
- Zusätzliche Belastungen durch das SNS
- Enttäuschung/Resignation bei stagnierenden Verläufen

5.1.6 Akzeptanz, Aufwand, Nutzerfreundlichkeit

Ab hier werden 10 Fragebögen nicht mehr ausgefüllt.

In diesem Fragenbereich geht es um den wahrgenommenen zeitlichen Aufwand, die Nutzerfreundlichkeit und Akzeptanz für die SNS-Anwender/-innen sowie die wahrgenommene Motivation in der SNS-Anwendung seitens der Patientinnen/Patienten.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Von 43 Therapeutinnen/Therapeuten beurteilten die Hälfte Handhabbarkeit und Nutzen des SNS als *gut* für die eigene therapeutische Arbeit und ca. 16 % als *sehr gut*. Ca. 30 % beurteilen die Nutzerfreundlichkeit *weder gut noch schlecht*. Eine Person beurteilte sie *schlecht*. Niemand beurteilte Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit als *sehr schlecht*.

In Bezug auf die wahrgenommene Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit für die Patientinnen/Patienten ergibt sich ein ähnliches Bild. 47,6 % der Therapeutinnen/Therapeuten schätzen die Nutzerfreundlichkeit für die Patientinnen/Patienten *gut*, 28,6 % sehr gut ein. 7,1 % *von Fall zu Fall unterschiedlich* und 14,3 % *weder gut noch schlecht* und ein/e Therapeut/-in schätzte die Nutzerfreundlichkeit als *gering* ein.

Der zeitliche Aufwand des SNS-Einsatzes wird von der Hälfte der Therapeutinnen/Therapeuten als *angemessen* beurteilt (53,5 %), 20,9 % bewerten ihn *hoch*, 2 Therapeutinnen/Therapeuten *sehr hoch* und 2 Therapeutinnen/Therapeuten schätzten diesen *gering/sehr gering* ein. 16,3 % schätzten den zeitlichen Aufwand des SNS Einsatzes von Fall zu Fall unterschiedlich ein.

Auch in Bezug auf den wahrgenommenen zeitlichen Aufwand für die Patientinnen/Patienten zeigt sich ein ähnliches Bild. 62,8 % schätzen den zeitlichen Aufwand für die Patientinnen/Patienten als *angemessen* ein, 14 % als *gering*, 14 % als *hoch*, 2 Therapeutinnen/Therapeuten als *sehr hoch* und 2 Therapeutinnen/Therapeuten beurteilten es *von Fall zu Fall unterschiedlich*. Niemand beurteilte den zeitlichen Aufwand für die Patientinnen/Patienten als *sehr gering*.

Akzeptanz und Motivation auf Seiten der Patientinnen/Patienten werden von den Therapeutinnen und Therapeuten hoch (35,7 %) bis sehr hoch (14,3 %) eingeschätzt. 38,1 % sehen es von Fall zu Fall unterschiedlich. 11,9 % gaben eine geringe Akzeptanz und Motivation an. Niemand schätzte diese *sehr gering* ein.

Wie beurteilen Sie die Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS für Ihre eigene Arbeit?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 43 Personen beantwortet. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
sehr schlecht	0
schlecht	1
neutral	13
gut	22
sehr gut	7

Tabelle 34. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie die Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS für Ihre eigene Arbeit?

Mittelwert: 0,81

Standardabweichung: 0,73

13 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *schlecht* beantworteten:

- lädt alles zu langsam, Handhabung nicht so intuitiv

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *neutral* beantworteten:

- Ich würde mir einen einfacheren Weg wünschen, bereits bestehende Fragebögen zu modifizieren, anstatt exportieren-importieren-editieren-umbenennen etc. Ebenso wünsche ich mir eine Möglichkeit, Fehler und ungenaue Formulierungen im Prozess verändern zu können.
- z. T. noch technische Schwierigkeiten, verstärkte Investition in Verbesserung grundlegender Funktionen anstelle von neuen komplexen Analysetools als sinnvoll empfunden
- Manchmal hängt das Programm, es tauchen falsche Items auf oder Kurven laden nicht. Das ist in Therapiegesprächen ungünstig.
- Buttons zum Versenden automatischer E-Mails wären hilfreich.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gut* beantworteten:

- Wichtig wäre, Diagrammtypen z. B. nicht nur für einen Fragebogen wählen zu können, sondern gleichzeitig für mehrere Fragebögen.
- Die Diagramme sollten genügend beschriftet sein, damit sie selbsterklärend sind.

- Hat sich sehr verbessert, braucht aber stellenweise Coaching-Möglichkeiten.
- Zu Beginn etwas schwierig den Überblick zu bekommen, da die Seite teilweise sehr komplex ist und es viele Möglichkeiten gibt, die einem die Nutzung am Anfang etwas erschweren.
- Es gibt eine stetige Weiterentwicklung, allerdings wird diese oft nicht angekündigt. Eine vom CCSYS begleitete Community könnte die Nutzerfreundlichkeit durch Austauschmöglichkeiten verbessern.
- Fragebögen werden mit iPads am Abend an die Patientinnen/Patienten ausgegeben. Therapiegespräche finden unkompliziert in den Behandlungszimmern der jeweiligen Therapeutinnen/Therapeuten statt.
- Das Programm ist verständlich und gut aufgebaut. Unterstützend wäre manchmal eine Hilfefunktion.

Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS Einsatzes in Ihrer Arbeit?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 43 Personen beantwortet. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
sehr gering	1
gering	1
angemessen	23
hoch	9
sehr hoch	2
von Fall zu Fall unterschiedlich	7

Tabelle 35. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS Einsatzes in Ihrer Arbeit?

8 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *angemessen* beantworteten:

- Das Eingeben von individualisierten Fragebögen braucht etwas Zeit, ebenso die Vorbereitung der entsprechenden Kurven für die Therapiegespräche.
- Es ist relativ. Ich kann die eingesetzte Arbeitszeit im Kontext von Coaching kalkulieren.
- Ist im Therapiealltag gut zu integrieren.
- Mit ISM bei großer Gruppe schon recht hoch.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *hoch* beantworteten:

- Nicht zu hoch, aber ich muss die Fragen in der Freizeit vorbereiten, das macht die anfängliche Hürde sehr hoch. Es müsste so einfach sein, dass man die Fragebögen in einer zehnminütigen Pause erstellen kann.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *Fall zu Fall unterschiedlich* beantworteten:

- wenn individuell, eher hoch
- Es sind zusätzliche Aktionen zur regulären Arbeit notwendig.

- Individuell verschieden, aber zeitlich angemessen, sofern SNS als fester struktureller Baustein in das eigene Arbeiten integriert wird. Bei Beherrschen der Funktionen ist schnelles Durchführen von Aktionen möglich.

Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit für Ihre Patientinnen/Patienten?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 42 Personen beantwortet. Zwei Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
sehr gering	0
gering	1
neutral	6
gut	20
sehr gut	12
von Fall zu Fall unterschiedlich	3

Tabelle 36. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit für Ihre Patientinnen/Patienten?

7 Kommentare

Keine Angabe in der Likert-Skala, aber im Kommentarfeld: „Patientinnen beschwerten sich manchmal über die Länge und Redundanz des Fragebogens.“

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *neutral* beantworteten:

- grundsätzlich gut nutzbar, nötige Fähigkeiten vorhanden, aber z.T. technische Schwierigkeiten, weitere gewünschte Funktionen/Anpassungen für bessere Handhabung beim Ausfüllen der Fragebögen (z. B. Rückmeldung, dass "zurück"-Taste des Browsers ganzen Fragebogen schließt und die Bearbeitung so unterbrochen wird)

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gut* beantworteten:

- sehr gut bis auf einzelne technische Probleme
- i. d. R. läuft es gut

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *von Fall zu Fall unterschiedlich* beantworteten:

- hängt sehr von Einführung und Zielsetzung sowie Feedback-Gesprächen ab
- Das Programm ist eher für Erwachsene gemacht. Möglicherweise wäre eine kinder-/ jugendgerechtere Gestaltung der APP eine schöne Idee für die Zukunft.
- Die meisten Patientinnen/Patienten kommen sehr gut mit dem Programm zurecht. Andere haben bei der Anwendung der App Schwierigkeiten bzw. kommen nicht damit zurecht, dass Fragen immer ausgefüllt werden müssen.

Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS für die Patientinnen/Patienten?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 43 Personen beantwortet. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
sehr gering	0
gering	6
angemessen	27
hoch	6
sehr hoch	2
von Fall zu Fall unterschiedlich	2

Tabelle 37. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie den zeitlichen Aufwand des SNS für die Patientinnen/Patienten?

9 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gering* beantworteten:

- Die Regelmäßigkeit ist manchmal die Herausforderung.
- in der Regel, gelegentlich tun sich Pat. schwer

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *angemessen* beantworteten:

- Es sollte darauf geachtet werden, nicht zu viele Fragen bearbeiten zu lassen.
- Die 44 Items werden oft als zu viel erlebt.
- Wenn es eigene Kriterien sind ...
- individuell verschieden, aber angemessen

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *hoch* beantworteten:

- Je höher, desto besser.
- Umfangreiche Fragen im Forschungsprogramm erfordern auch hohe Motivation und Ausdauer.

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *von Fall zu Fall unterschiedlich* beantworteten:

- zwischen angemessen und hoch

Wie beurteilen Sie die Akzeptanz und Motivation bei den Patientinnen/Patienten?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 42 Personen beantwortet. Zwei Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
sehr gering	0
gering	5
hoch	15

sehr hoch	6
von Fall zu Fall unterschiedlich	16

Tabelle 38. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie beurteilen Sie die Akzeptanz und Motivation bei den Patientinnen/Patienten?

12 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *gering* beantworteten:

- bisher nicht genügend gut vermittelt, bis auf solche Anwendungen in fixen Coaching-Programmen bei Firmen
- Das ist sehr vom Engagement der Therapeuten/Therapeutinnen abhängig. Ein Mehrwert wird von den Patientinnen/Patienten selten artikuliert.
- sehr unterschiedlich

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *hoch* beantworteten:

- Ich wähle oft Patientinnen/Patienten, die sehr motiviert sind.
- in der Regel, natürlich auch von Fall zu Fall unterschiedlich, bzw. nach vorheriger Absprache darüber, ob Pat. sich SNS vorstellen kann.
- Eine gute therapeutische Beziehung unterstützte Akzeptanz und Motivation, das Ausfüllen und Besprechen unterstützte wiederum die Beziehung.
- vielfach hoch und nach den ersten SNS-basierten Therapiegesprächen auch sehr hoch

Folgende Antworten wurden von Therapeutinnen/Therapeuten gegeben, die diese Frage mit *von Fall zu Fall unterschiedlich* beantworteten:

- Akzeptanz grundsätzlich gegeben und Motivation wird geäußert; tägliches Ausfüllen z.T. hohe Hürde, für andere kein Problem, aber meist hoch bis sehr hoch
- gering bis sehr hoch
- insbesondere durch die mehrheitliche übermäßige Smartphonennutzung teilweise kontraproduktiv

5.1.7 Fortbildung und Supervision

Dieser Fragenbereich beinhaltet Fragen zu absolvierten Fortbildungen sowie zu regelmäßiger bzw. unregelmäßiger Teilnahme an Supervision und Intervention.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

36 der 41 Therapeutinnen/Therapeuten absolvierten SNS-Fortbildungen vor der Anwendung, 10 einen Zertifizierungskurs, 13 SNS-Kurse in Teilen. An SNS-Intervisionsgruppen und Supervisionsgruppen nehmen 22 Therapeutinnen/Therapeuten *unregelmäßig* teil, 11 Therapeutinnen/Therapeuten *regelmäßig*, 3 Therapeutinnen/Therapeuten gaben an, dass kein Angebot verfügbar sei und 2 Therapeutinnen/Therapeuten gaben an, kein Interesse zu haben.

Von 27 Therapeutinnen/Therapeuten gaben 6 an, dass die SNS-Anwendung attraktiver werden würde, wenn mehr Informationen (Bedienungsanleitung, Fragenpool, Erklärvideos und

Hilfestellung bei Diagrammauswertungen) zur Verfügung stehen würden. 4 Therapeutinnen/Therapeuten wünschen sich einen verlässlicheren Support.

Von 25 Therapeutinnen/Therapeuten gaben 8 an, dass man eine Verbreitung unterstützen könnte durch die Implementierung in der Aus- und Weiterbildung, 6 Therapeutinnen/Therapeuten benannten mehr Schulungen mit Praxisbezug, 4 Therapeutinnen/Therapeuten mehr Flyer, Artikel, Newsletter und 4 Therapeutinnen/Therapeuten nannten Mundpropaganda.

Haben Sie SNS-Fortbildungen vor der Anwendung absolviert?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 41 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
nein	5
ja- Welche?	36

Tabelle 39. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Haben Sie SNS-Fortbildungen vor der Anwendung absolviert?

32 Kommentare

Antwortkategorien	Häufigkeit
SNS-Kurse in Teilen	13
Zertifizierungslehrgang	10
Einführungsworkshop	3
Summer School Seeon	3
In-House-Schulungen	2

Tabelle 40. Verteilung der Antworten in der Kategorie: ja-Welche?

Einmal benannt wurde:

- im Rahmen der Ausbildung
- eigene Kurse
- interne SV beim Erfinder

Nehmen Sie an SNS-Intervisionsgruppen oder Supervisionsgruppen teil?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 38 Personen beantwortet. 6 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 10 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
nein-kein Interesse	2
nein-kein Angebot verfügbar	3
ja-unregelmäßig	22
ja-regelmäßig	11

Tabelle 41. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Nehmen Sie an SNS-Intervisionsgruppen oder Supervisionsgruppen teil?

5.1.8 Zukunft

Was würde aus Ihrer Sicht die Anwendung des SNS vereinfachen und attraktiver machen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 27 Personen beantwortet. 16 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 11 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
mehr Informationen zur Verfügung stellen durch:	6
- Bedienungsanleitungen (auf aktuellem Stand)	
- Hilfestellung für Diagrammauswertungen	
- zentralen Fragenpool anlegen	
- Tutorials, Erklärvideos	
stabile Technik (d.h. Instance läuft stabil, Aktualisierungen werden zeitnah vorgenommen und vorab kommuniziert)	4
schneller, verlässlicher Support bei technischen Problemen	4
Anwender-Forum zum Austausch, gegenseitiger Unterstützung/Anregung	2
Patientinnen/Patienten sollten ihre Diagramme selbst einsehen können	2
Auffälligkeiten, Ordnungsübergänge sollten vom System angezeigt werden	2
Unterscheidung im System Wissenschaft und Praxis	2
mehr Fragebögen wären super	2

Tabelle 42. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was würde aus Ihrer Sicht die Anwendung des SNS vereinfachen und attraktiver machen?

Einmal benannt wurde:

- Supervisions-Coaching-Termine
- Nutzergruppenspezifische Zuordnung von Funktionen
- Feedback nach jeder Bearbeitung, Anzeige der Compliance über Emoji
- Mehrfachexport von Daten in Spreadsheets im Long-Format

Wie könnte man die Verbreitung unterstützen?

Von den insgesamt 54 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 18 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage, 11 Personen füllten den Fragebogen nicht mehr aus.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Implementierung in der Aus- und Weiterbildung.	8
Schulungen mit Praxisbezug/ Fallbeispielen/Tagungen	6
Mundpropaganda	4
Flyer, Artikel, Newsletter, mehr PR	4
Online-Kurs zum Bekanntmachen, niederschwellige Einführungsangebote	3
Forschung und Publikationen	2

mehr Material, welches zur Verfügung gestellt wird, Helpdesk	2
Verdeutlichung der Vor- und Nachteile, Wirksamkeit	2
Erweiterung der Einsatzbereiche (alle psychosozialen Kontexte, Schulen)	2

Tabelle 43. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Wie könnte man die Verbreitung unterstützen?

Einmal benannt wurde:

- Erklärvideos
- Vernetzungen herstellen innerhalb ähnlicher Arbeitsfelder
- kontinuierliche Verbesserung der APP
- Regelmäßige SNS-Intervisionstage, Termine frühzeitig ankündigen
- Treffen, Qualitätszirkel
- Hotline zur Fragenklärung
- Zulassung als QM -Tool

5.1.9 Explorative Auswertungen für Subgruppen

5.1.9.1 Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den professionellen SNS-Anwendern/SNS-Anwenderinnen, die Fortbildungen absolviert haben, und denen, die keine Fortbildungen absolviert haben

36 Therapeutinnen/Therapeuten gaben an, eine SNS-Fortbildung absolviert zu haben, und 5 haben keine Fortbildung absolviert.

➤ Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit Effekten im Rahmen der SNS-Anwendung, mit dem Nutzen im Rahmen der SNS-Anwendung, mit der Therapiebeziehung und mit der Veränderungsmotivation

Da die Daten auf Ordinalskalenniveau vorliegen, wurde der T-Test gegen einen Mann-Whitney-U-Test getauscht. Mit diesem nichtparametrischem statistischen Test kann man prüfen, ob es signifikante Unterschiede zwischen 2 unabhängigen Datengruppen gibt. Bei einem p-Wert von $\leq 0,05$ wird das Ergebnis als signifikant betrachtet. In dieser Befragung liegen die p-Werte über der Signifikanzschwelle von 0,05. Das bedeutet, dass es einen Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen gibt. Zu berücksichtigen ist, dass die Gruppe der Befragten ohne Fortbildung zu klein ist für aussagekräftige und repräsentative Ergebnisse.

Fragen zu Effekten und Nutzen	U-Wert	p-Wert	N (nicht teilgenommen)	N (teilgenommen)
Selbstreflexion	104	0,534	5	36
Selbstregulationsfähigkeit	95	0,613	5	34
neue Erkenntnisse	86	0,961	5	35

Transfer in den Alltag	88	0,897	5	34
Entwicklungsfokussierung	36,5	0,069	4	35
Therapiebeziehung	86	0,4	4	35
Veränderungsmotivation	73	0,808	4	34
SNS als Unterstützung erlebt	67	0,33	5	36
Info über Veränderungsprozess	64	0,267	5	36
Roter-Faden-Entwicklung	55	0,164	5	35
Personalisierung	63,5	0,3	5	35

Tabelle 44. Vergleich der Antworten zwischen Therapeuten mit und ohne SNS-Fortbildung. Die ausführliche Bezeichnung der Fragen findet sich in Tabelle 6

➤ Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit der Nutzung verschiedener Auswertungsoptionen

In den beiden Gruppenvergleichen „Fortbildung ja“ vs. „Fortbildung nein“ und Nutzung von Auswertungsoptionen (Tabelle 45) sowie SNS-Schulungen mit mehr Stundenumfang/weniger Stundenumfang und Nutzung von Auswertungsoptionen (Tabelle 46) wird ein Trend sichtbar, dass mehr Schulung auch zur Nutzung von mehr Auswertungsoptionen beiträgt.

	Fortbildung ja	Fortbildung nein
Zeitreihendarstellung	34 (94,4%)	5 (100%)
Dynamische Komplexität	19 (52,8%)	2 (40%)
Rohdaten-Resonanzdiagramme	19 (52,8%)	3 (60%)
Komplexitäts-Resonanzdiagramme	15 (41,7%)	5 (100%)
Korrelationsmatrix	10 (27,8%)	2 (40%)
Recurrence Plots	8 (22,2%)	2 (40%)

Tabelle 45. Vergleich SNS Fortbildungskurs absolviert ja/ nein mit der Nutzung verschiedener SNS-Auswertungsoptionen

23 Therapeuten/Therapeutinnen gaben an, mehrere SNS-Kurse bzw. den Zertifizierungslehrgang absolviert zu haben, 11 Therapeutinnen/Therapeuten haben andere Schulungen mit weniger Stundenumfang (Einführungsworkshop, Summer School, Inhouse-Schulungen) absolviert.

	SNS-Schulungen mit weniger Stundenumfang	SNS-Kurse in Teilen/ Zertifizierungslehrgang
	Nutzung ja (N= 11)	Nutzung ja (N=23)
Zeitreihendarstellung	10 (90,9 %)	22 (95,7%)

Dynamische Komplexität	3 (27,3%)	16 (69,6%)
Rohdaten-Resonanzdiagramme	7 (63,6%)	13 (56,5%)
Komplexitäts-Resonanzdiagramme	5 (45,5%)	11 (47,8%)
Korrelationsmatrix	1 (9,1%)	10 (43,5%)
Recurrence Plots	1 (9,1%)	9 (39,1)

Tabelle 46. Vergleich SNS-Schulung (Einführungsworkshop, Summer School, in House Schulungen) mit SNS-Kursen in Teilen/Zertifizierungslehrgang in Bezug auf die Nutzung der Auswertungsoptionen

➤ Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit dem Vorgehen bei der Datenauswertung

Der Vergleich zwischen den Gruppen „Fortbildung absolviert“ vs. „keine Fortbildung“ in Bezug auf die Datenauswertung liefert kein aussagekräftiges Ergebnis. Die Gruppe der Befragten ohne Fortbildung ist zu klein, und die Kategorien „vor jeder Therapiesitzung“ und „einmal pro Woche“ überschneiden sich, da Therapiesitzungen durchaus auch einmal pro Woche stattfinden.

Wie oft schauen Sie sich die Daten im SNS an (Mehrfachnennungen möglich)?	Fortbildung ja N= 36	Fortbildung nein N= 5
vor jeder Therapiesitzung	13	2
einmal pro Woche	12	3
unregelmäßig	19	1

Tabelle 47. Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit verschiedenen Vorgehensweisen bei der Datenauswertung

➤ Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit Durchführung der Feedbackgespräche

Der Vergleich zwischen den Gruppen „Fortbildung absolviert“ vs. „keine Fortbildung absolviert“ in Bezug auf die Durchführung der Feedbackgespräche liefert kein aussagekräftiges Ergebnis, da die Gruppe der Befragten ohne Fortbildung zu klein ist. Ein Trend in beiden Gruppen geht in Richtung individuelle Durchführung von Feedbackgesprächen.

Die SNS-basierten Therapiegespräche führe ich durch...	Fortbildung ja N= 36	Fortbildung nein N= 5
regelmäßig nach einer fixen Anzahl an Sitzungen- Angabe nach wieviel Sitzungen	4	1
regelmäßig nach einem festgelegten Zeitraum- Angabe des Zeitraumes	13	1
individuell	19	3

Tabelle 48. Vergleich SNS Fortbildungskurs ja/nein mit Durchführung von Feedbackgesprächen

5.1.9.2 Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den Therapieschulen

Therapiegruppe	Verhaltenstherapie	Tiefenpsycholog. fundierte Psychotherapie	Systemische Therapie	Andere	Kombinationen von Verfahren	nicht zuordnenbar
N = 54	7	7	13	6	8	13
	13,0%	13,0%	24,1%	11,1%	14,8%	24,1%

Tabelle 49. Häufigkeiten der von den befragten Therapeuten/Therapeutinnen benannten Therapieschulenzugehörigkeit

Mit Hilfe von Kruskal-Wallis-Tests wurde in einem ersten Schritt für jede Variable geprüft, dass darin die Gruppen aus den gleichen Verteilungen (gleicher Median, gleiche Varianz) stammen. Der Test eignet sich für eine Gruppenanzahl ≥ 3 , für nicht normalverteilte Daten, sowie für ordinale und intervallskalierte Daten. Wird der Test signifikant ($p \leq 0.5$), schließt man auf die Möglichkeit, dass mindestens eine Gruppe sich von anderen signifikant unterscheidet. In so einem Fall wurde für diese Variable für alle Kombinationen von Gruppen je ein paarweiser Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Dieser muss für Mehrfachtestungen korrigiert werden.

Ergebnis: Zwischen den Therapieschulen besteht kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die erfassten therapeutischen Effekte, die Auswirkung der SNS-Anwendung auf die Therapiebeziehung, auf die Veränderungsmotivation und den Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit/Therapiegestaltung.

Lediglich für die Variable „Auswirkungen der Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Patientinnen/Patienten“ wurde ein signifikanter Unterschied in den Therapieschulen gefunden.

Variable	Statistik	p-Wert
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Klientinnen/Klienten aus?	4,317	0,366
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Klientinnen/Klienten aus?	5,669	0,225
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Klientinnen/Klienten aus?	1,206	0,877
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Klientinnen/Klienten aus?	11,347	0,023
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Klientinnen/Klienten aus?	5,005	0,287
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?	0,825	0,935

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Klientinnen/Klienten aus?	1,609	0,807
Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?	1,380	0,848
Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Klientinnen/Klienten?	1,294	0,862
Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?	5,113	0,276
Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?	1,944	0,746
Zeilenmittel	2,037	0,729

Tabelle 50. Resultate des Kruskal-Wallis-Tests für den Vergleich zwischen den Therapierichtungen in Bezug auf therapeutische Effekte, Therapiebeziehung, Veränderungsmotivation und Nutzen.

Auf Basis der Ergebnisse des oben präsentierten Kruskal-Wallis-Tests wurden für zwei Gruppendefinitionen zu einer Variable paarweise Mann-Whitney-Tests gerechnet, um signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen zu identifizieren. Lediglich die schwächste Korrektur (Benjamini-Hochberg) zeigt p-Werte für 5 Gruppenkombinationen, welche in die Nähe der Signifikanzgrenze kommen: VT, TP und Kombinationstherapie unterscheiden sich deutlicher von der 0-Zuordnung, VT und TP unterscheiden sich deutlicher, sowie VT und Kombinationstherapie.

Ergebnisse: Variable	Gruppen		Roh-p	Korrigiert		
	1	2		Bonferroni	Benjamini-Hochberg	Holm
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Klient*innen aus?	0	1	0,020	0,306	0,110	0,306
	0	2	0,094	1,000	0,162	1,000
	0	3	0,638	1,000	0,684	1,000
	0	4	0,556	1,000	0,641	1,000
	0	5	0,094	1,000	0,162	0,943
	1	2	0,022	0,331	0,110	0,309
	1	3	0,086	1,000	0,162	1,000
	1	4	0,097	1,000	0,162	0,874
Gruppen A:	1	5	0,022	0,331	0,110	0,287
0: Nicht zuordenbar	2	3	0,480	1,000	0,641	1,000
1: VT	2	4	0,097	1,000	0,162	0,777
2: TP	2	5	1,000	1,000	1,000	1,000
3: Systemisch	3	4	0,536	1,000	0,641	1,000
4: Andere	3	5	0,480	1,000	0,641	1,000
5: Kombination	4	5	0,097	1,000	0,162	0,680
Gruppen B:	0	1	0,007	0,068	0,057	0,068
0: nicht zugeordnet	0	2	0,028	0,285	0,057	0,199
1: (VT)	0	3	0,474	1,000	0,533	1,000
2: (TP)	0	4	0,028	0,285	0,057	0,171

3: (Systemisch)	1	2	0,022	0,221	0,057	0,199
4 = 5 = 7: Kombination	1	3	0,086	0,859	0,143	0,430
	1	4	0,022	0,221	0,057	0,177
	2	3	0,480	1,000	0,533	1,000
	2	4	1,000	1,000	1,000	1,000
	3	4	0,480	1,000	0,533	0,960

Tabelle 51. Ergebnisse der Mann-Whitney-U-Tests für zwei verschiedene Gruppendifinitionen und drei verschiedenen Korrekturen für multiple Testungen

5.1.9.3 Ergebnisse zu Unterschieden der Art der Nutzung des SNS

Die 3 Kategorien in Bezug auf die Nutzung des SNS wurden sehr überlappend angegeben. *Evaluation* als Nutzungsmöglichkeit wurde von den Befragten nicht einzeln genannt. Daher waren die Daten statistisch nicht auswertbar.

Verlaufsmessung	Prozessgestaltung	Interventionsinstrument
46	41	27
85,2%	75,9%	50,0%

Tabelle 52. Häufigkeiten der von den befragten Therapeuten/Therapeutinnen benannten Nutzungsmöglichkeiten des SNS (Verlaufsmessung, Prozessgestaltung, Interventionsinstrument)

Mit Hilfe von Kruskal-Wallis-Tests wurde für jede Variable geprüft, ob darin die Gruppen aus den gleichen Verteilungen (gleicher Median, gleiche Varianz) stammen.

Verlaufsmessung, Prozessgestaltung und Interventionsinstrument wurden verglichen mit therapeutischen Effekten und Nutzen sowie Therapiebeziehung und Veränderungsmotivation. Kein Vergleich erreicht die Signifikanzschwelle ($p \leq 0.5$). Das bedeutet, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gibt.

Variable	U-Statistik	p-Wert
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Klient*innen aus?	20	0,086
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Klient*innen aus?	8	1
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Klient*innen aus?	10,5	0,794
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Klient*innen aus?	15,5	0,434
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Klient*innen aus?	10	0,382

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?	11,5	0,333
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Klient*innen aus?	17	0,331
Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?	15	0,447
Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Klient*innen?	18	0,180
Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?	18	0,152
Zeilenmittel	18	0,249

Tabelle 53. Resultate des Kruskal-Wallis-Tests für den Vergleich zwischen Verlaufsmessung und Prozessgestaltung in Bezug auf therapeutische Effekte, Therapiebeziehung, Veränderungsmotivation und Nutzen.

5.1.9.4 Alter der Klienten

Eine Altersdifferenzierung wurde nicht vorgenommen, da die wenigsten ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

5.1.9.5 Ergebnisse zu Unterschieden zwischen den Berufsgruppen

Mit Hilfe von Kruskal-Wallis-Tests wurde für jede Variable geprüft, dass darin die Gruppen aus den gleichen Verteilungen (gleicher Median, gleiche Varianz) stammen. Kein Test (kein p-Wert) wird signifikant. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen in Bezug auf die therapeutischen Effekte, den Nutzen, die Therapiebeziehung und die Veränderungsmotivation.

Psychologe	Psycholog. Psychotherapeut Erwachsene /Kinder- und Jug.	Ärzte/Ärztinnen	soziale Arbeit, Jugendhilfe	andere
17	8	8	9	8
31,5%	14,8%	14,8%	16,7%	14,8%

Tabelle 54. Häufigkeitsverteilung der Kategorie beruflicher Hintergrund

Variable	Statistik	p-Wert
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Klient*innen aus?	5,594	0,348
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Klient*innen aus?	2,130	0,831
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Klient*innen aus?	3,980	0,552
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Klient*innen aus?	5,876	0,318

Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Klient*innen aus?	5,885	0,318
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?	6,533	0,258
Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Klient*innen aus?	2,691	0,748
Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?	1,766	0,881
Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Klient*innen?	1,970	0,853
Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?	2,733	0,741
Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?	2,056	0,841
Zeilenmittel	2,439	0,786

Tabelle 55. Resultate des Kruskal-Wallis-Tests für den Vergleich zwischen verschiedenen Berufsgruppen in Bezug auf therapeutische Effekte, Therapiebeziehung, Veränderungsmotivation und Nutzen.

5.1.9.6 Ergebnisse zu Unterschieden therapeutischer Settings

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen unterschiedlichen therapeutischen Settings in Bezug auf die therapeutischen Effekte, den Nutzen, die Therapiebeziehung und die Veränderungsmotivation. Der Kruskal-Wallis-Test ergibt keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des therapeutischen Settings.

Einbezogen wurden alle Therapeuten/Therapeutinnen, die nur ambulant arbeiten, und alle, die nur stationär/ tagesklinisch arbeiten und alle 11 Items beantwortet haben.

	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Mean-Werte ambulantes Setting	25	1,56	1,17	1,30	1,20	1,30	1,13	1,35	1,95	2,48	1,75	2,13
Mean-Werte stationäres/teilstationäres Setting	6	1,33	1,20	1,33	1,40	1,17	1,00	1,20	1,50	2,33	1,60	2,60

Tabelle 56. Mean-Werte der Antworten zu den 11 Fragen, unterschieden nach ambulantem Setting und (teil-)stationärem Setting

5.1.9.7 Korrelationsmatrix zwischen Items zu Effekten, Nutzen, Therapiebeziehung und Veränderungsmotivation

Die Fragen zu therapeutischen Effekten, dem wahrgenommenen Nutzen der professionellen SNS-Anwender/-innen, Therapiebeziehung und Veränderungsmotivation wurden miteinander korreliert, um herauszufinden, ob und wie diese Variablen miteinander zusammenhängen. Eingegangen sind die Angaben von 41 Therapeutinnen und Therapeuten, welche die Fragen komplett beantwortet haben.

Zwischen den Effekten, dem Nutzen und der Therapiebeziehung sowie der Veränderungsmotivation zeigen sich überwiegend signifikante, positive Korrelationen im mittleren bis hohen Bereich.

Korrelationskoeffizienten Therapeutinnen/Therapeuten (N = 41)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	0,46**	0,47**	0,304	0,552**	0,313*	0,561**	0,576**	0,579**	0,409**	0,448**
2		0,543**	0,363*	0,266	0,435**	0,524**	0,519**	0,346*	0,417**	0,619**
3			0,525**	0,603**	0,284	0,464**	0,512**	0,509**	0,417**	0,633**
4				0,537**	0,33*	0,27	0,333*	0,36*	0,204	0,362*
5					0,193	0,475**	0,64**	0,668**	0,49**	0,528**
6						0,233	0,475**	0,434**	0,438**	0,398**
7							0,393*	0,42**	0,498**	0,444**
8								0,583**	0,675**	0,687**
9									0,538**	0,435**
10										0,53**
11										

Abbildung 64. Korrelationsmatrix mit Angabe der Signifikanz zwischen den Items:

1: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Selbstreflexion Ihrer Klientinnen/Klienten aus?; 2: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Ihrer Klientinnen/Klienten aus?; 3: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS in Bezug auf neue Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge Ihrer Klientinnen/Klienten aus?; 4: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag Ihrer Klientinnen/Klienten aus?; 5: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung Ihrer Klientinnen/Klienten aus?; 6: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Therapiebeziehung aus?; 7: Wie wirkt sich die Arbeit mit dem SNS auf die Veränderungsmotivation Ihrer Klientinnen/Klienten aus?; 8: Erleben Sie durch die Anwendung des SNS eine Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses?; 9: Erhalten Sie durch die Anwendung des SNS Informationen über den Veränderungsprozess der Klientinnen/Klienten?; 10: Erleichtert die Nutzung des SNS die Arbeit entlang eines "roten Fadens" in der Therapie?; 11: Unterstützt Sie der Einsatz des SNS bei der Individualisierung und Personalisierung der Therapie?

5.2 Ergebnisse der Patientinnen-/Patientenbefragung

5.2.1 Stichprobe und Therapiesetting

Insgesamt 31 Fragebögen gehen in die Auswertung ein, davon wurden 24 komplett und 7 nicht komplett ausgefüllt. 11 Fragebögen wurden nicht in die Auswertung einbezogen, da entweder gar nichts oder nur soziodemographische Daten ausgefüllt wurden.

Geschlecht: 11 Männer, 20 Frauen

Alter: Jüngste befragte Person 19 Jahre, älteste befragte Person 71 Jahre, Mittelwert 44,06, Standardabweichung 13,48

Die Angaben zum höchsten Schulabschluss zeigen ein breites Spektrum von Hauptschule bis Studium. Die Befragten kommen aus den verschiedensten Berufssparten. 3 Patientinnen/Patienten waren aktuell arbeitssuchend, davon ein/e Patient/-in zur Rehabilitation in einer Klinik. 4 Patientinnen/Patienten waren berentet.

19 der 31 Patientinnen/Patienten befanden sich in ambulanter Psychotherapie, 4 Patientinnen/Patienten gaben eine Kombination von Klinik und ambulanter Praxis an, 2 Patientinnen/Patienten eine Kombination aus ambulanter Praxis und Tagesklinik. 2 Patientinnen/Patienten waren in einer stationären Behandlung, ein/e Patient/-in gab eine Kombination aus stationärer Behandlung und Tagesklinik an. 2 Patientinnen/Patienten wurden in einer Ausbildungsambulanz behandelt und ein/e Patient/-in in einer Beratungsstelle.

Alle Patientinnen/Patienten gaben an, dass sie mündlich von den Therapeutinnen/Therapeuten mit dem SNS vertraut gemacht wurden. 16 Patientinnen/Patienten haben noch schriftliche Informationen erhalten. Niemand gab an, nicht informiert worden zu sein.

Schule/ Beruf	Häufigkeit
höchster Schulabschluss	26
Berufliche Tätigkeit	29
arbeitssuchend	3
berentet	4

Tabelle 57. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Schule/ Beruf der Patientinnen/Patienten

Höchster Schulabschluss	26
Studium	8
Abitur	8

Realschule	5
Hauptschule	2
Ausbildung	2
Bachelor	1

Tabelle 58. *Verteilung der Antworten in der Kategorie: höchster Schulabschluss der Patientinnen/Patienten*

Berufe:

- Kaufmann im Groß- und Außenhandel
- Pflegefachkraft (Ausbildung)
- Marketingdirektor
- Krankenschwester
- Telekommunikation
- Fachpfleger Anästhesie
- Telekommunikation Ing. SW-Entwicklung/Lehrerin
- Drahtzieher
- Vertrieb Innendienst
- Kaum. Angestellte
- Bankkauffrau
- Referendariat
- Steuerfachgehilfin
- Bankkauffrau
- Leiterin Öffentlichkeitsarbeit
- Arzthelferin
- Werkstudent
- Sachbearbeiter
- Hotelfachfrau
- Filmschaffende
- Softwarefirma
- Physiotherapeutin
- Angestellter
- Selbstständiger PR-Berater
- Softwareberaterin
- BTZ
- Stiftungsmanagerin
- Metallbauer, Bereich Konstruktionstechnik

Wo findet/fand Ihre Therapie statt? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Antwortkategorien	Häufigkeit
ambulante Praxis	25
psychotherapeutische/ psychosomatische Klinik	6
psychiatrische Klinik	1
Tagesklinik	3
Beratungsstelle	1
Ausbildungsambulanz	2

Tabelle 59. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wo findet / fand Ihre Therapie statt? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Antwortkategorien	Häufigkeit
ambulante Praxis	19
psychotherapeutische/ psychosomatische Klinik	2
psychotherapeutische/ psychosomatische Klinik und ambulante Praxis	4
psychiatrische Klinik und Tagesklinik	1
Ambulante Praxis und Tagesklinik	2
Beratungsstelle	1
Ausbildungsambulanz	2

Tabelle 60. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wo findet / fand Ihre Therapie statt?, unterteilt nach Mehrfachauswahlkategorien

Wie wurden Sie mit dem SNS vertraut gemacht? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Antwortkategorien	Häufigkeit
Meine Therapeutin/ mein Therapeut hat mir das SNS mündlich erklärt.	31
Ich habe schriftliche Informationen bekommen.	16
Ich habe keine Informationen bekommen.	0

Tabelle 61. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie wurden Sie mit dem SNS vertraut gemacht? (Mehrfachnennungen sind möglich)

5.2.2 Nutzung

Dieser Fragenbereich besteht aus 8 Fragen zur Anwendungsdauer, zur Art der genutzten Fragebögen, zum Erleben beim täglichen Ausfüllen der Fragebögen, zur wahrgenommenen Überzeugung der Therapeutinnen/Therapeuten, zur eigenen Überzeugung oder Skepsis der Patientinnen/Patienten, zur Gesamtzufriedenheit mit dem SNS sowie zu Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Von 29 Patientinnen/Patienten nutzten 41,4 % das SNS 2-6 Monate, 34,5 % mehr als 18 Monate, 17,2 % 7-12 Monate und 6,9 % 13-18 Monate. Niemand gab an, SNS unter 2 Monaten genutzt zu haben.

25,8 % der Patientinnen/Patienten füllten nur Diagnostik-Fragebögen aus. 32,2 % füllten Diagnostik-Fragebögen und einen standardisierten Prozessfragebogen aus, 9,7 % füllten Diagnostik-Fragebögen und einen individuellen Prozessfragebogen aus, 9,7 % füllten einen individuellen Fragebogen aus, ein/e Patient/-in füllte einen standardisierten und einen individuellen Prozessfragebogen aus und 19,4 % füllten alle 3 Fragebogenarten aus.

33,3 % der Patientinnen/Patienten erlebten das Ausfüllen als unkompliziert, 25,9 % fanden das Ausfüllen hilfreich und unterstützend, 11 % fanden es eine gute Methode, um den Tag Revue passieren zu lassen. 18,5 % erlebten das Ausfüllen als anstrengend, 7,4 % meinten, zu wenig persönlich passende Fragen angeboten bekommen zu haben. Ein/e Patient/-in fand das Ausfüllen frustrierend, da es keine Veränderungen gab.

92,8 % erlebten die Therapeutinnen/Therapeuten voll und ganz überzeugt vom SNS (Likert-Stufe 5 –6 (Maximum)). Niemand erlebte die Therapeutinnen/Therapeuten gar nicht oder etwas überzeugt (Likert-Stufe 0-2). 2 Patientinnen/Patienten erlebten die Therapeutinnen/Therapeuten überzeugt (Stufe 3 und 4).

Den eigenen Entwicklungsverlauf zu sehen, haben 45,8 % der Patientinnen/Patienten, mehr Dranbleiben an eigenen Themen 16,7 %, die Möglichkeit zur Selbstreflexion 16,7 % der Patientinnen/Patienten überzeugt, das SNS anzuwenden. 12,5 % wurden durch den Therapeuten/die Therapeutin überzeugt, das SNS anzuwenden.

Die Mehrheit der Patientinnen/Patienten hat nichts skeptisch gestimmt. Skepsis über den Nutzen wurde geäußert, wenn die Fragen nicht oder nicht mehr zum Thema oder zur Situation passten.

Niemand von 30 Patientinnen/Patienten war sehr unzufrieden mit der SNS-Anwendung, 76,8 % waren zufrieden bis sehr zufrieden, 3 Befragte gaben an, unzufrieden zu sein, 4 Befragte wählten die Mitte.

83,3 % beurteilten die Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit als gut bis sehr gut, 2 Patientinnen/Patienten als weder gut noch schlecht, ein Patient/-in als sehr schlecht und 2 Patientinnen/Patienten als schlecht. Als Verbesserung wurde von 6 Patientinnen/Patienten mehr

Handhabe als Patient/-in (die Ergebnisse und Tagebucheinträge als Patient/-in selbst einsehen können, als Patient/-in Fragen modifizieren/ändern bzw. einige Fragen deaktivieren/neue hinzufügen können) angegeben.

Wie lange haben Sie das SNS genutzt?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 29 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Dauer	Häufigkeit
1-4 Wochen	0
5-7 Wochen	0
2-6 Monate	12
7-12 Monate	5
13-18 Monate	2
Mehr als 18 Monate	10

Tabelle 62. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Wie lange haben Sie das SNS genutzt?

Ich habe folgende Arten von Fragebögen ausgefüllt (Mehrfachnennungen möglich):

Antwortkategorien	Häufigkeit
Diagnostik-Fragebögen (z. B. zu Symptomen und Problemen)	27
einen standardisierten Prozessfragebogen	17
einen individuellen (für mich entwickelten) Prozessfragebogen	13

Tabelle 63. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich habe folgende Arten von Fragebögen ausgefüllt (Mehrfachnennungen möglich)

Differenzierte Auswertung nach Antwortkombinationen

Antwortkategorien	Häufigkeit
Diagnostik-Fragebögen (z. B. zu Symptomen und Problemen)	8
Diagnostik-Fragebögen + standardisierten Prozessfragebogen	10
Diagnostik-Fragebögen + individueller Prozessfragebogen	3
einen individuellen (für mich entwickelten) Prozessfragebogen	3
standardisierten Prozessfragebogen + individueller Prozessfragebogen	1
alle 3 Fragebögen	6

Tabelle 64. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich habe folgende Arten von Fragebögen ausgefüllt, unterteilt nach Antwortkombinationen

Wie erleben bzw. erlebten Sie das tägliche Ausfüllen?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 6 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Antwortkategorien	Häufigkeit
problemlos, unkompliziert	9
anstrengend, häufiger vergessen, v.a. unter Belastung/ Stress	5
hilfreich und unterstützend	7
zu wenig persönliche, passende Fragen	2
gute Methode, um den Tag Revue passieren zu lassen	3
teilweise sehr frustrierend, weil es keine Veränderung gab	1

Tabelle 65. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Wie erleben bzw. erlebten Sie das tägliche Ausfüllen?

Wie überzeugt war ihre Therapeutin / ihr Therapeut vom SNS?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 28 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

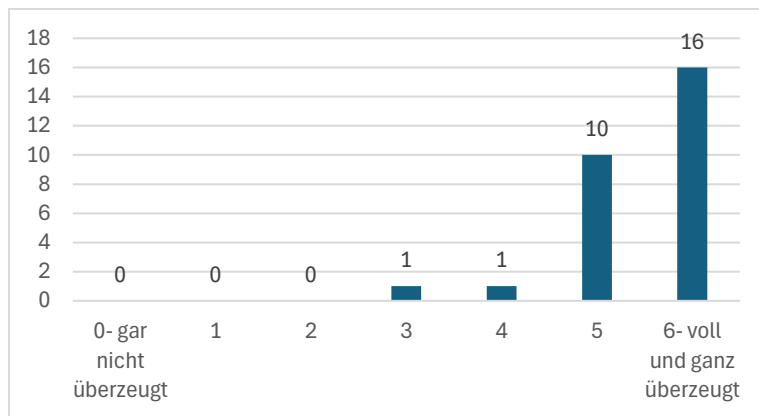


Abbildung 65. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie überzeugt war ihre Therapeutin / ihr Therapeut vom SNS?

Mittelwert: 5.46

Standardabweichung: 0.75

Was hat Sie selbst überzeugt, das SNS anzuwenden?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 6 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Antwortkategorien	Häufigkeit
meinen Entwicklungsverlauf sehen zu können	11
mehr an eigenen Themen Dranbleiben wird gefördert.	4
Möglichkeit zur Selbstreflexion	4
mein Therapeut/ meine Therapeutin	3
einfache Nutzung	2

Tabelle 66. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was hat Sie selbst überzeugt, das SNS anzuwenden?

Einmal genannt wurde:

- Wille einer positiven und offenen Therapie.

- Besserung meiner Beschwerden.
- informativ
- Da es eine Art Journal in App-Form ist, welches man immer dabei hat.
- Neugier

Was hat Sie skeptisch gestimmt?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 21 Personen beantwortet. 10 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 12 Patientinnen/Patienten machten Angaben dazu, was sie skeptisch gestimmt hat.

Antwortkategorien	Häufigkeit
nichts	9
Nutzen, wenn Fragen nicht oder nicht mehr zur Situation oder zum Thema passen.	5
das zusätzliche „To-Do“ jeden Tag	2

Tabelle 67. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was hat Sie skeptisch gestimmt?

Einmal genannt wurde:

- Probleme mit dem System
- nicht möglich, Fragebögen als Historie anzusehen als Patient
- Datenschutz gewährleistet
- zu sehen, wie es mir geht.
- noch unklar
- Optik nicht ansprechend für tägliches Ausfüllen

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Anwendung des SNS?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 30 Personen beantwortet. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage.

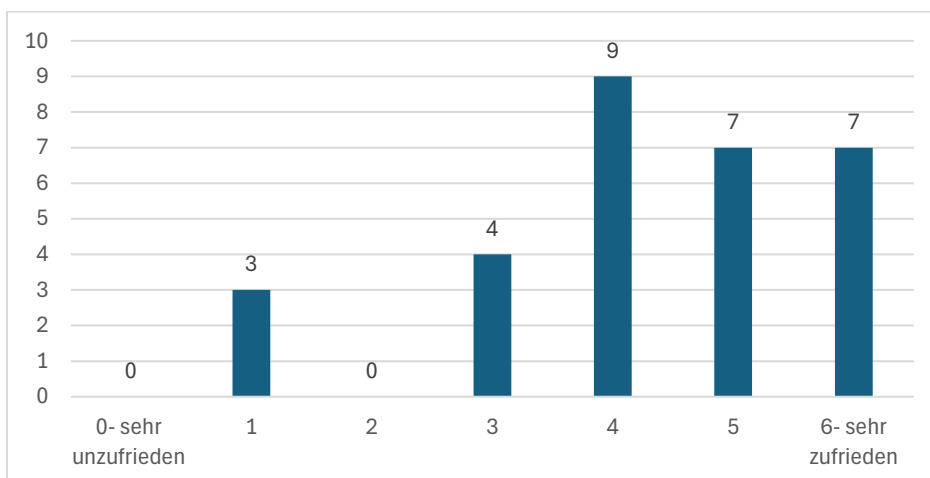


Abbildung 66. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Anwendung des SNS?

Mittelwert: 4,27

Standardabweichung: 1.48

Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS? Was könnte verbessert werden? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 30 Personen beantwortet. Eine Person machte keine Angabe zu dieser Frage.

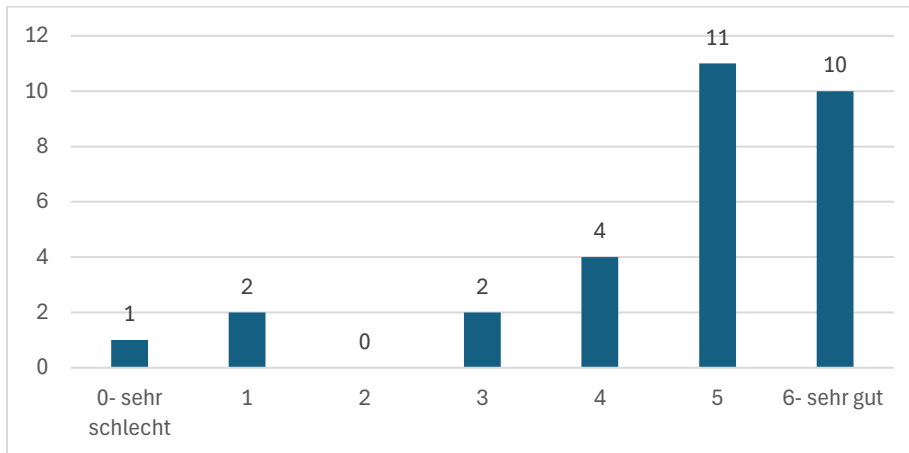


Abbildung 67. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS? Was könnte verbessert werden? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Mittelwert: 4,63

Standardabweichung: 1.61

15 Kommentare, 4 Antworten passten nicht zum Thema der Frage.

Antwortkategorien

Häufigkeit

keine Änderungswünsche

15

mehr Handhabe als Patient/-in (selbst das Ergebnis als Patient/-in sehen können, Tagebucheinträge selbst einsehen können, Fragen modifizieren/ändern bzw. einige Fragen deaktivieren/ neue hinzufügen können, wäre sinnvoll und wichtig)

6

umständliche Menüführung, sieht altmodisch aus

2

Tabelle 68. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien aus den Antworten des Textfeldes und die Verteilung der Antworten zur Frage: Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS? Was könnte verbessert werden? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Einmal genannt wurde:

- Anbieten eines 'Dark Modes', grade für abendliche Selbstevaluationen ist eine schneeweiße Seite etwas unangenehm für die Augen.
- Autokorrektur bzw. Wortvorschläge bei Tagebuchfunktion
- nicht ausgefüllte Fragebögen sollten nicht nachträglich ausfüllbar sein
- umständliche Menüführung

5.2.3 Effekte für Patientinnen/Patienten

Von den 31 Patientinnen/Patienten haben ab hier 3 Befragte den Fragebogen nicht weiter ausgefüllt.

Dieser Fragenbereich besteht aus 9 Fragen zu Effekten durch die Nutzung des SNS: erhalten wesentlicher Erkenntnisse durch die Nutzung des SNS, Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, inwieweit die Anwendung des SNS zu einer intensiveren Beschäftigung mit den eigenen Themen und Zielen geführt hat, die Anwendung des SNS geholfen hat, eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen, geholfen hat, Problemzusammenhänge besser zu verstehen, ermöglicht hat, neue Perspektiven und Einblicke in das eigene Erleben und Verhalten zu erhalten, geholfen hat, Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen, motiviert hat, an den eigenen Zielen zu arbeiten und genauere Einblicke in den eigenen Veränderungsprozess ermöglicht hat.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Von 20 Patientinnen/Patienten gab die Hälfte an, durch die Arbeit mit dem SNS mehr Informationen über sich und das eigene Erleben erhalten zu haben, und 8 Patientinnen/Patienten gaben an, mehr Erkenntnisse über den eigenen Verlauf erhalten zu haben. 3 Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Arbeit mit dem SNS das Dranbleiben an der eigenen Veränderung und die Motivation gefördert hat.

72 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass sich die Arbeit mit dem SNS *positiv* bis *sehr positiv* auf die therapeutische Beziehung ausgewirkt hat, 24 % beschreiben keine Auswirkungen erlebt zu haben, und ein/e Patient/-in gab an, negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung erlebt zu haben.

Für 88,4 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS zu einer intensiveren Beschäftigung mit den eigenen Themen und Zielen geführt. 3 Patientinnen/Patienten berichteten, keine Auswirkungen oder nur sehr leichte Auswirkungen in Bezug auf eine intensivere Beschäftigung mit den eigenen Zielen durch die Anwendung des SNS erlebt zu haben.

80 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Anwendung des SNS geholfen hat, eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen. Einer Patientin/ einem Patienten habe es ein wenig und einer Patientin/einem Patienten gar nicht geholfen, eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen.

73,1 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS geholfen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen. 4 Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS kaum

geholffen, 3 Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS nicht geholffen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen.

75 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS geholffen, neue Perspektiven und Einblicke in das eigene Erleben und Verhalten ermöglicht. 3 Patientinnen/Patienten konnten ein wenig Einblick und neue Perspektiven erhalten. 3 Patientinnen/Patienten erlebten dies nicht.

62,5 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS geholffen, Zusammenhänge zwischen ihrem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen, 25 % gaben an, dass die Anwendung des SNS ein wenig geholffen habe, und für 3 Patientinnen/Patienten war die Anwendung des SNS nicht hilfreich, um Zusammenhänge zwischen ihrem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen.

73,1 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Anwendung des SNS sie motiviert hat, an sich und ihren Zielen zu arbeiten, für 23,1 % war es ein wenig motivierend und ein/e Patient/-in erlebte durch die SNS Anwendung keine Auswirkungen auf seine/ihre Motivation.

76 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Anwendung des SNS ihnen neue Einblicke in ihren Veränderungsprozess ermöglicht hat. 4 Patientinnen/Patienten erhielten einen kleinen Einblick und 2 Patientinnen/Patienten gaben an, dass ihnen die Anwendung des SNS gar keinen Einblick in ihren Veränderungsprozess ermöglicht hat.

Was sind für Sie wesentliche Erkenntnisse aus der Arbeit mit dem SNS? In welcher Weise hat das SNS Ihren Therapie- bzw. Veränderungsprozess beeinflusst?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 20 Personen beantwortet. 8 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Mehr Erkenntnisse über sich und das eigene Erleben erhalten	10
Mehr Erkenntnisse über den eigenen Verlauf erhalten	8
Mehr Motivation und Dranbleiben an der eigenen Veränderung	3

Tabelle 69. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was sind für Sie wesentliche Erkenntnisse aus der Arbeit mit dem SNS? In welcher Weise hat das SNS Ihren Therapie- bzw. Veränderungsprozess beeinflusst?

Einmal benannt wurde:

- Kurven waren eine gute Stütze beim Prüfen & Verifizieren von Thesen und Modellen.
- tägliche Reflexion hält den Focus.
- um ein Gesamtbild zu sehen.
- Es hat mir nichts gebracht. Der abendliche Aufwand war nutzlos.

Wie hat sich die Anwendung des SNS auf die Beziehung zu Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin ausgewirkt? Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

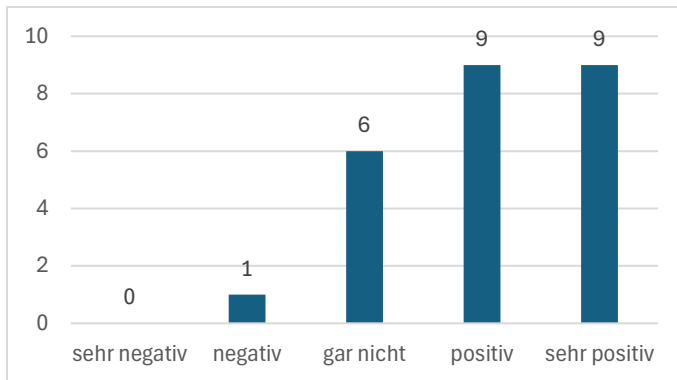


Abbildung 68. Verteilung der Antworten zur Frage: Wie hat sich die Anwendung des SNS auf die Beziehung zu Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin ausgewirkt?

Mittelwert: 1,04

Standardabweichung: 0.89

9 Kommentare, Keine Antwort in der Likert-Skala, aber im Kommentarfeld: „Ich vertraue meinem Therapeuten mit oder ohne SNS.“

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit der Aussage *gar nicht* beantworteten:

- Ist eine technische Ergänzung der Therapie, die keine Auswirkung auf die Beziehung hatte.
- Das Besprechen der Studie und der Einzelheiten hat etwas Therapiezeit in Anspruch genommen. Das war aber in meinem Fall kein Problem. Ansonsten gibt es keine wirkliche Auswirkung, die ich hier benennen könnte.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit der Aussage *positiv* beantworteten:

- Ich glaube nicht, dass SNS einen großen Einfluss auf meine Therapiebeziehung hatte. Vielleicht einen leicht positiven, weil es Offenheit für neue Methoden und Technik suggeriert, welche für mich als jungen Menschen wertvoll ist, weil sie eine größere 'Nähe' zu meinen alltäglichen, viel digital ablaufenden, Lebensalltag suggeriert.
- Die Gesprächstherapie mit meiner Therapeutin ist unersetzlich und hat die größte Auswirkung. Dennoch ist die SNS-App ein gutes Add-on, um zu sehen, was sich, vor allem auf lange Sicht, verändert.
- Wir hatten etwas zu diskutieren.
- Es half teilweise, eine Basis und eine Struktur für die Therapie aufzubauen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit der Aussage *sehr positiv* beantworteten:

- Ich wäre nicht in der Therapie bei meiner Therapeutin, wenn ich Negatives in ihrer Anwesenheit erleben würde.
- da die Therapeutin meine Stimmungen und Ereignisse der Woche mitverfolgen kann

Die Anwendung des SNS hat mich zu einer intensiveren Beschäftigung mit meinen Themen und Zielen geführt. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 26 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

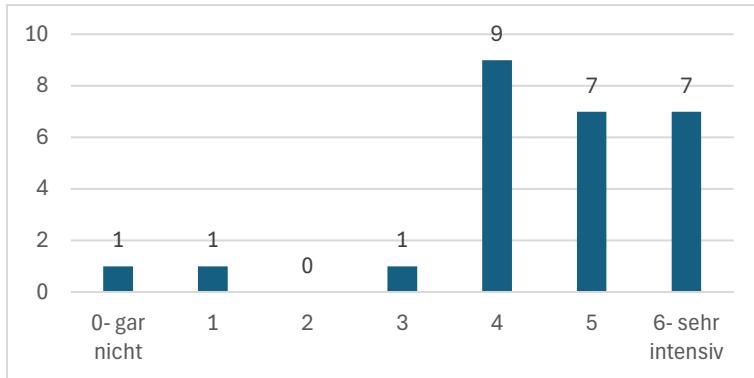


Abbildung 69. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mich zu einer intensiveren Beschäftigung mit meinen Themen und Zielen geführt.

Mittelwert: 4,50

Standardabweichung: 1.48

14 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 1 beantworteten:

- Ich denke, dass intensiver nicht der Punkt ist. Es gibt mir aber objektivierbare Anhaltspunkte.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- Beim Beantworten der Fragen denke ich über meine Situation nach.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- Ich finde es sehr gut, dass mein Therapeut dieses Werkzeug nutzt und mir bei Bedarf das Ergebnis zeigt.
- Ja, wobei ich mich ohnehin in meinem Prozess intensiver mit meinen Themen und Zielen beschäftigt habe und das auch schon seit einigen Jahren tue. Das SNS hat eher die tägliche Bewusstheit und Achtsamkeit gefördert.
- Ich habe gezielt die beschriebenen Symptome bei mir abgefragt und konnte dadurch in vielen Bereichen eine gesunde Psyche feststellen. Die kranken Bereiche konnte ich selbst herauslesen.
- ein ergänzender Baustein der Therapie
- Ja, ich denke schon.
- Es gibt eine Frage, die meine Therapeutin und ich ausgearbeitet haben, die sich auf meine Kreativität bezieht. Aktuell beantworte ich diese Frage fast immer gleich (negativ). Ohne die App würde ich das nicht bemerken. Und würde nicht versuchen, etwas zu verbessern.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Durch die Kommentarspalte am Schluss muss ich hinschauen, bin "gezwungen", eine Tagesbilanz zu ziehen.
- durch die Regelmäßigkeit

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 6 (sehr intensiv) beantworteten:

- Ich erkenne nun besser welche Themen noch sehr aktuell sind.
- Mein Verhalten hat sich seitdem um einiges zum Positiven verändert.
- Siehe bisherige Fragen: Aufwerfen von Fragen aufgrund von Irritationsmomenten/Peaks beim Kurvenlesen. Anschließende Aufarbeitung der Frage/des Themas führt oft zu besserem Verständnis darüber, wie (warum) ich so ticke/agiere. Ein konkretes Ziel war es, mich selber besser zu verstehen, schätze das wurde durch das SNS unterstützt. "
- ergänzender Baustein der Therapie, hatte dieses Ziel auch so schon verfolgt

Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, meine Stärken und Ressourcen zu erkennen. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

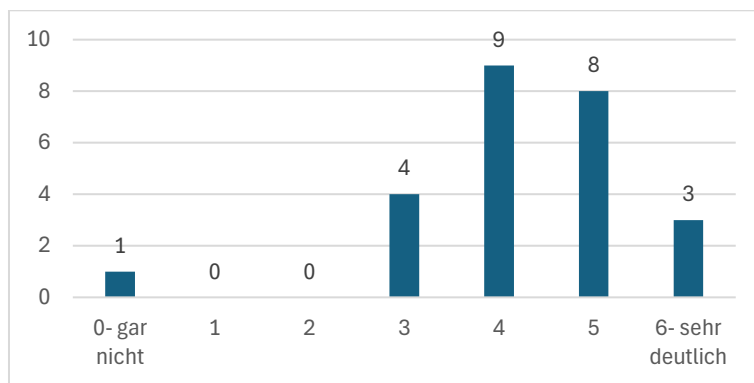


Abbildung 70. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, meine Stärken und Ressourcen zu erkennen.

Mittelwert: 4,24

Standardabweichung: 1.27

12 Kommentare, ein Kommentar nicht verwertbar ("s.o.")

Keine Antwort in der Likert-Skala, aber offene Antwort: „Momentan erkenne ich besser den Zusammenhang Ursache/Symptome“.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 0 (gar nicht) beantworteten:

- Die waren mir schon vorher bekannt.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- Dass mein Verhalten gegenüber anderen besser geworden ist.
- Bestimmte Fragen im individuellen Bogen zeigen mir auf, wann ich an dem Punkt bin, dass es mir an emotionalen Ressourcen mangelt.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- genutzt zur Bestätigung/Verdeutlichung der eigenen Wahrnehmung bzw. zu deren Überprüfung

- Mein Denken hat sich verändert.
- Die einsetzende Selbstregulation war manchmal in den Kurven zwar erkennbar, wäre aber von den Daten 'alleine her' an mir abgeprallt, da ich mich mit dem Einschätzen von Stärken und Annahmen von Lob schwer tat/tue. Das war hier also mehr dem Wirken der Therapeutin zu verdanken, obgleich ich diese mit der Datengrundlage durch das SNS schwerer leugnen oder innerlich beiseiteschieben konnte.
- Ich bin auf jeden Fall stärker und habe meine Aggressivität und Stimmungsschwankungen mehr im Griff.
- Meine Fragen wurden auf mich zugeschnitten, deshalb werde ich quasi jeden Abend damit „konfrontiert“, z. B., ob ich achtsam mit mir umging.
- Kann schon sein, in der täglichen Reflexion.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Ja insbesondere die Hypnosetherapie hat mir sehr geholfen, meine Stärken und Ressourcen zu erkennen und vor allem nun auch wie selbstverständlich zu nutzen. Ich bin durch diese innere Arbeit extrem gewachsen und viel selbstsicherer und stabiler geworden als früher. Die Anwendung des SNS unterstützt das Ganze sehr.

Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 26 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

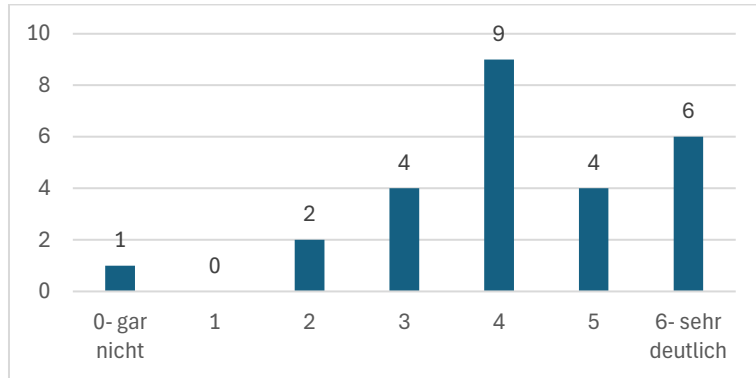


Abbildung 71. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen.

Mittelwert: 4.15

Standardabweichung: 1.49

8 Kommentare, 1 Antwort nicht auswertbar („s.o.“)

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 2 beantworteten:

- Zusammenhänge verstehe ich in der Therapie, nicht durch SNS.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- wie meine Probleme zusammenhängen

- Ein wenig ja, obwohl ich noch einen langen Weg vor mir sehe, bis ich mich selbst verstanden habe.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- Durch die Therapie verstehe ich die Zusammenhänge besser.
- Erkennen der Zusammenhänge meiner Handlungen und Denkweisen wurde doch eher durch die Behandlung aufgezeigt. Dennoch galt anfangs SNS als eine Art Grundlage zur Orientierung.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Dadurch, dass ich mich täglich mit meinen Problemen beschäftige, kann das durchaus zu Aha-Momenten führen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 6 (sehr deutlich) beantworteten:

- Siehe bisherige Antworten, absolut. Das Neben- oder Übereinanderlegen war hier sehr hilfreich und ein guter Ansatzpunkt für die Suche nach Zusammenhängen und das Prüfen von Hypothesen darüber.

Die Anwendung des SNS hat mir neue Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten ermöglicht, die mir bisher noch nicht bewusst waren. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 24 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

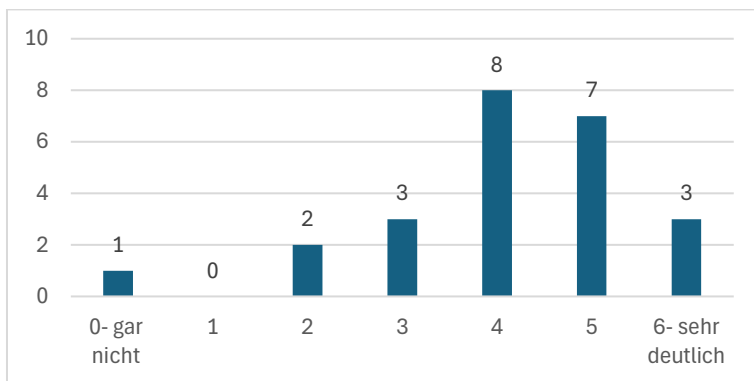


Abbildung 72. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir neue Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten ermöglicht, die mir bisher noch nicht bewusst waren.

Mittelwert: 4,08

Standardabweichung: 1.41

6 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- zu meiner Einstellung gegenüber dem Leben und meiner Familie
- Ich bin bewusster geworden.
- Erleben aufgrund der Fragen ja (Dominanz negativer Erlebnisse und Gefühle über schöne Momente von Freude o. Ä.), Verhalten eher weniger.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Ja, voll und ganz. Ich verstehe mich selbst, meine Verhaltensweisen und auch meine Ängste besser und komme so zu einer höheren Selbstakzeptanz.
- Ja, und zwar die Selbstkontrolle.
- Auf diese Weise ist es möglich, eine Entwicklung im Zeitverlauf zu betrachten. Ohne eine solche Erfassung wäre dies gar nicht möglich.

Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 24 Personen beantwortet. 4 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

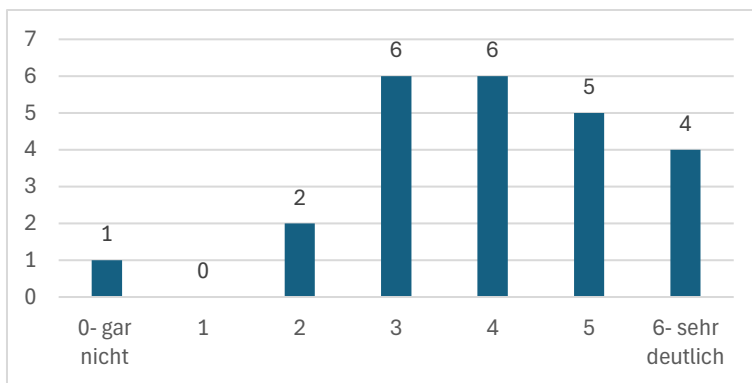


Abbildung 73. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen.

Mittelwert: 3,96

Standardabweichung: 1,49

9 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 2 beantworteten:

- Vielleicht etwas zwischen Fühlen und Verhalten? Schwierig, hier die Rolle des SNS als Werkzeug einzuordnen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- hat mir die Zusammenhänge besser ins Bewusstsein gebracht
- Ich habe immer noch Probleme damit.
- Schwer zu sagen, was ursächlich war. Ich will die Rolle von SNS nicht kleinreden, kann sie aber nicht quantifizieren.
- Weniger die Frage im Bogen hat es mir aufgezeigt, sondern die Therapie.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- Beispiel Medikamentenreduktion: Es lässt sich genau sehen, welche Auswirkungen der jeweilige Schritt hat und wann es sich auch wieder normalisiert.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Ja, in der Therapie sind mir viele Zusammenhänge klar geworden.
- Meine Therapeutin und ich haben die Zusammenhänge der Fragen genau besprochen. Beim Ausfüllen kann ich somit besser verstehen, was womit verbunden ist.
- Beim wiederholten Dokumentieren sind mir Zusammenhänge klar geworden.

Die Anwendung des SNS hat mich motiviert, an mir und meinen Zielen zu arbeiten. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 26 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

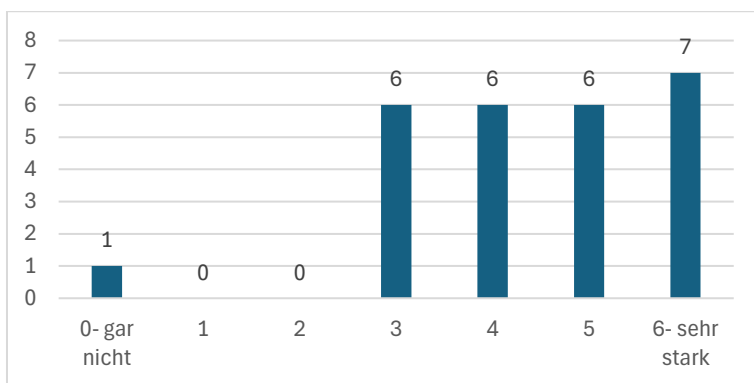


Abbildung 74. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mich motiviert, an mir und meinen Zielen zu arbeiten.

Mittelwert: 4,38

Standardabweichung: 1,44

7 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- Anfangs schon, inzwischen ist es so routiniert, dass es nicht mehr den motivierenden Effekt hat.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- siehe oben: Gefühl von Selbsterkenntnis und Fortschritt nach Kurvendiskussionen haben mich gerne mal beflügelt, an einen Nachmittag nochmal intensiv in ein Thema einzusteigen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Wie schon gesagt ist der Bogen gut, um sich selbst zu reflektieren, und damit ist er für mich auch ein wenig ein Wegweiser.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 6 (sehr stark) beantworteten:

- Ich bin grundsätzlich ein sehr ehrgeiziger und disziplinierter Mensch. Das SNS bzw. die Therapie hat mich zusätzlich motiviert, mich auf einer noch tieferen Ebene mit meinen Zielen auseinanderzusetzen und auch dranzubleiben, diese zu erreichen bzw. diesen Weg weiterzugehen.
- Ich bin fast jeden Tag stark motiviert gewesen, an mir selbst zu arbeiten, und bin es immer noch.

- Insbesondere dadurch, dass ich manche der vergangenen Fragen gar nicht mehr „brauchte“, war ich sehr motiviert. Die jetzigen Fragen sind auch bereits viel positiver. Konzentrieren sich nicht auf „Was muss weg?“, sondern auf „Was soll mehr werden?“
- eine "schlechte" Erfüllung hinterlässt einen motivierter zurück

Die Anwendung des SNS hat mir neue Einblicke in meinen Veränderungsprozess ermöglicht. Bitte nutzen Sie das Textfeld für eine genauere Beschreibung.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 3 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

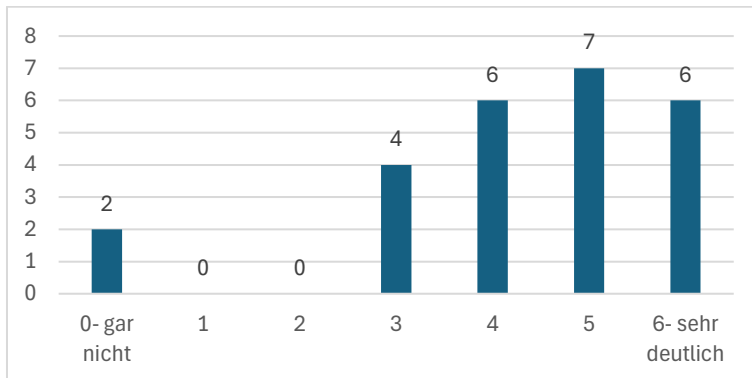


Abbildung 75. Verteilung der Antworten zur Einschätzung der Aussage: Die Anwendung des SNS hat mir neue Einblicke in meinen Veränderungsprozess ermöglicht.

Mittelwert: 4,28

Standardabweichung: 1,65

6 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 5 beantworteten:

- Ja, es hat dazu geführt, dass mir meine Fortschritte bewusster wurden.
- Da für mich die Veränderungen so sukzessiv, manchmal schleichend passieren, war es für mich selber schwierig, den Fortschritt der Veränderung einzuschätzen oder Rückfälle wohlwollend einzuordnen. Die Kurven und ihre Besprechungen haben dabei geholfen und waren vor dem Bemerken von gewissen Schlüsselereignissen meinerseits oft die einzigen Indikatoren, dass es tatsächlich auch wirklich vorwärtsgeht. Zu Beginn waren die Nachfragen meiner Therapeutin auf Basis der Kurven und ihres Wandels oftmals auch erst der Rahmen, bei welchem ich Erlebtes, Verhalten oder Momente erst als Schlüsselereignisse (etwa: Hier lief was anders, als ich sonst gewohnt war, du kannst ja doch) einordnen konnte.
- Ich habe mich geändert dadurch. Ich treffe bessere Entscheidungen und mein Kopf fühlt sich kühler an.
- Ich bin in der Lage, den Veränderungsprozess überhaupt zu sehen. Ohne das Tool wäre dies nicht möglich.
- Nach einiger Zeit des Datensammelns konnte ich durchaus aus den Statistiken eine gute Übersicht über die sich verändernden Zustände erhalten.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 6 (sehr deutlich) beantworteten:

- Die ausgedruckten Bewertungen und Kommentare erlauben eine Zeitreise zurück.

5.2.4 Feedbackgespräche

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

80 % der Patientinnen/Patienten waren mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden, 16 % ein wenig zufrieden und ein/e Patient/-in war nicht zufrieden.

87,5 % der Patientinnen/Patienten waren mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden, ein/e Patient/-in war etwas zufrieden, und ein/e Patient/-in war eher nicht zufrieden.

Waren Sie mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 25 Personen beantwortet. 1 Person machte keine Angabe zu dieser Frage. 5 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

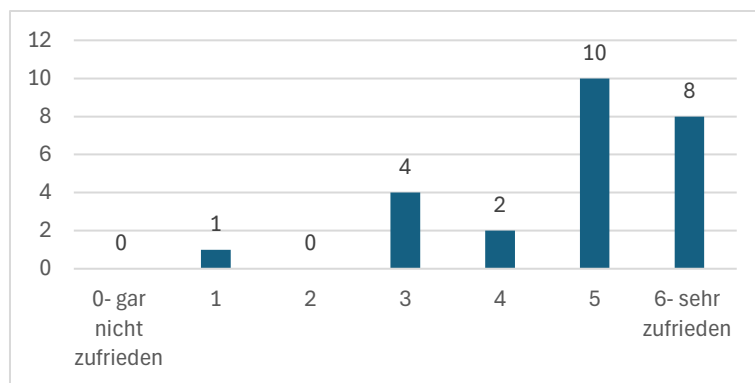


Abbildung 76. Verteilung der Antworten zur Frage: Waren Sie mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?

Mittelwert: 4,76

Standardabweichung: 1,30

Was hätten Sie sich gewünscht?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 4 Personen beantwortet. 22 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 5 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

4 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 1 beantworteten:

- Ich hatte nur zwei Gespräche. Das war definitiv zu wenig.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- Ich glaube, durch meine hohe Motivation und aufgrund der Tatsache, dass ich oftmals selber Themen und Momente in die Sitzung mitbrachte, kam meine Therapeutin gar nicht dazu, so oft über die Kurven zu gucken, wie es vielleicht sinnvoll gewesen wäre. Ich glaube, das hat am Ende meiner aufkommenden Demotivation nicht geholfen. Vielleicht wäre hier ein klar

kommunizierter Turnus sinnvoll gewesen? Alle 4-6 Wochen, jeder X'te Termin im Monat oder sowas? Klar kann man im Fall von wichtigeren oder etwaigen Krisen dann immer noch schieben, aber so hätte man vielleicht so eine bessere Möglichkeit, sich auch darauf einzustellen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 4 beantworteten:

- Keine weiteren Wünsche.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 6 (sehr zufrieden) beantworteten:

- Es ist alles zu meiner vollen Zufriedenheit verlaufen.

Waren Sie mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 24 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 5 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

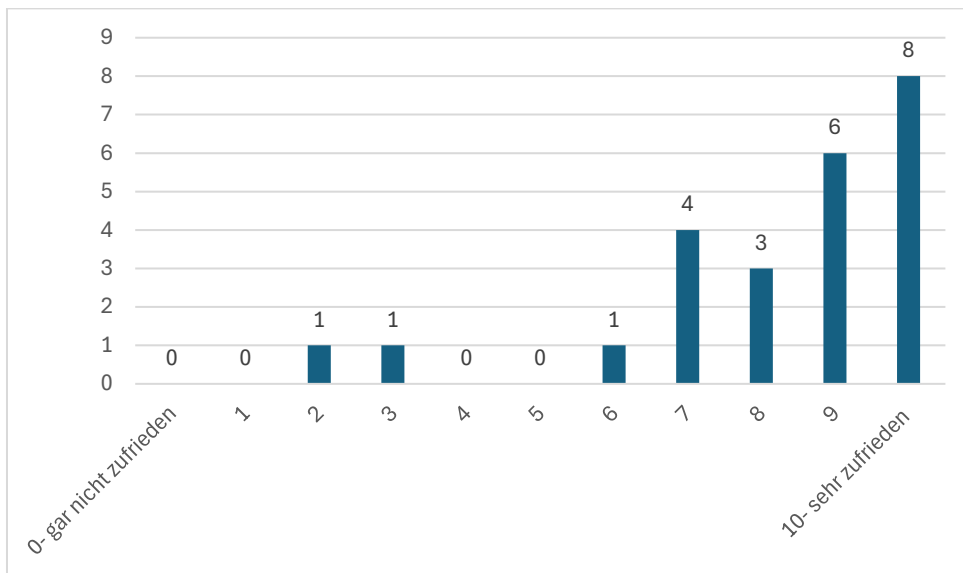


Abbildung 77. Verteilung der Antworten zur Frage: Waren Sie mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?

Mittelwert: 8,21

Standardabweichung: 2,15

Was konnten Sie aus den Gesprächen mitnehmen? Was hat Ihnen gefehlt?

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 11 Personen beantwortet. 15 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 5 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

11 Kommentare

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 2 beantworteten:

- Die Gespräche waren mir zu oberflächlich und theoretisch. Ich konnte für mich nichts daraus mitnehmen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 3 beantworteten:

- Ich bin erleichtert.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 8 beantworteten:

- Aus den Gesprächen war zuerst erkennbar, welche Komplexität sich überhaupt durch die Zusammenhänge des Denkens und Handelns ergibt. Daraus ergab sich für mich teilweise eine neue Denkweise und Sichtweise auf einige Dinge.
- Es war schon interessant. Manches wohl zu fachlich, um es zu verstehen, aber mehr Hintergrundinformationen, wie sich Beurteilungen aus den Daten berechnen, hätten vielleicht geholfen. Aber man muss nicht alles selbst verstehen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 9 beantworteten:

- Bei meiner Therapeutin fehlt mir gar nichts. Ich öffne mich ihr immer mehr und die Gespräche sind gute Begleiter meiner neuen Entwicklung.
- Positiv ist, dass die Therapeutin einen Gesamteindruck von mir bekommt.
- der vorbereitende eigene Einblick in die Analysedaten
- Ich konnte wesentlich besser erkennen, was mir fehlte und was ich tun kann, um aus Stimmungseinbrüchen herauszukommen.

Folgende Antworten wurden von Patientinnen/Patienten gegeben, die diese Frage mit dem Wert 10 (sehr zufrieden) beantworteten:

- Ich konnte mitnehmen, dass ich bei der Beantwortung der Fragebögen nicht allzu streng mit mir sein muss bzw. meinen Perfektionsanspruch auch hier abbauen darf, da ich mich selbst und meine Fortschritte wie schon erwähnt meist schlechter bewerte, als tatsächlich richtig wäre.
- Mitgenommen: siehe Fragen des letzten Abschnitts. (tiefe Einblicke, Fortschrittsgefühle und Motivation). Gefehlt: Manchmal wäre ein zweites Endgerät vielleicht hilfreich gewesen, das war gerade zu Coronazeiten an einem Pad in der Mitte etwas frickelig. Ich glaube auch, dass es wirklich viele Fragen waren. I. d. R. kamen wir nur dazu, über einige wenige Impressionen zu sprechen und dort tiefer zu gehen, sodass ich ohne meine eigenen Notizen einige Punkte/Eindrücke manchmal schlicht vergessen hätte. Wobei man sich hier natürlich auch fragen kann, ob eine Priorisierung nicht auch irgendwo sinnvoll ist (mit Blick auf die wenige Kontaktzeit etc.).
- Für mich ist es eine sinnvolle Ergänzung zu den Therapiestunden. Die Schaubilder und die Erklärungen meines Therapeuten waren sehr zufriedenstellend.

5.2.5 Abschluss

Von 26 Patientinnen/Patienten beantworteten 16 diese Frage nicht.

Was Sie uns sonst noch mitteilen möchten.

Von den insgesamt 31 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 10 Personen beantwortet. 16 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage. 5 Personen beantworteten den Fragebogen nicht mehr.

Die 10 Antworten teilten sich in ein positives Feedback über das SNS und Empfehlungen für die weitere Anwendung.

10 Kommentare

- 3 Befragte: empfehlenswertes Tool, das viel zu meiner Therapie beitragen konnte
- die Häufigkeit anpassen
- Hatte leider Schwierigkeiten damit, die App im Appstore zu finden, weshalb ich immer über Browser am PC und gelegentlich am Handy ausfüllen musste. (Lag vielleicht am veralteten

Modell?) Hier wären einfacher Zugang und Verlinkungen/QR-Codes auf der SNS-Patientinnen-/Patientenseite sehr hilfreich.

- Wäre vielleicht zur Selbstbeobachtung nach Ende der Therapiebeziehung interessant, wenn man auch Zugang zu den Auswertungs- und Monitoring-Tools hätte. Wobei diese in ihren Möglichkeiten ja auch recht komplex sein können. Hier könnte man vielleicht noch etwas weiterentwickeln? Feedback zur Umfrage: Die Reihenfolge der Fragen sorgte für einige Wiederholungen bei den Antworten, fühlte sich beim Ausfüllen etwas doof an.
- gut und einfach in der Anwendung
- Mir hat das Tool geholfen. Eventuell könnten die Visualisierungsmöglichkeiten im UI für Anwender vereinfacht werden. Ich habe damit kein Problem, aber ich könnte mir vorstellen, dass es viele Leute gibt, die nicht in der Lage sind, selbst Diagramme zu erstellen und zu interpretieren. Vielleicht so, dass der Therapeut Diagramme entwirft, die dann auch in der App bei Patientinnen/Patienten ausgegeben werden.
- Ich hätte mir vorab gewünscht, über Sinn und Zweck der App informiert zu werden. Welche Chancen und Möglichkeiten sie bietet. Ich hatte für mich das Gefühl, die Fragen gingen an meinem Thema vorbei.
- Vielleicht wäre es hilfreich, eine Kategorie wie z. B. „Fragenvorschläge“ zu implementieren. Dazu ist mir aufgefallen, dass man bei Falschausfüllen eines Fragebogens aufs Datum bezogen dieses nicht mehr ausbessern bzw. berichtigen kann. Wenn man z. B. rückwirkend einen Fragebogen ausfüllt, nach dem Absenden aber auffällt, dass man anstatt z. B. den 21.05. den 23.05. bearbeitet hat, gibt es keine Möglichkeit, dieses zu korrigieren. Beim Bearbeiten des einzelnen Bogens kann man in den Fragen zurück, aber bei den Fragebögen an sich nicht. Natürlich sollte es eh nicht unbedingt vorkommen, um möglichst keine Verfälschungen zu bekommen. Manchmal ist es trotz großem Zeitfenster für das Ausfüllen nicht immer möglich, dem täglich nachzukommen.

5.2.6 Korrelationsmatrix zwischen ausgewählten Items

Korreliert wurden Items zur wahrgenommenen Überzeugung des Therapeuten/der Therapeutin, zur Zufriedenheit mit der SNS-Anwendung, zur Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS, zur Therapiebeziehung, zur Motivationsförderung, zu wahrgenommenen Effekten und zu den Feedbackgesprächen. Eingegangen sind die Angaben von 24 Patientinnen und Patienten, welche die Fragen komplett beantwortet haben. Von Interesse war, inwieweit diese Variablen untereinander zusammenhängen. Die Korrelationen sind fast alle positiv, einige im mittleren bis hohen Bereich, was dafür spricht, dass die erfassten Variablen miteinander zusammenhängen.

Zwischen folgenden Items bestehen signifikante, mittlere bis hohe positive Korrelationen:

- **Item 2 mit Item 3** (Zufriedenheit mit dem SNS und Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit).
- **Item 6** (meine Stärken und Ressourcen zu erkennen) mit **Item 4 und 5** (Auswirkung auf die Therapiebeziehung, intensivere Beschäftigung mit meinen Themen und Zielen)
- **Item 8** (Ermöglichung neuer Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten) mit **Item 9, 10 und 11** (Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten)

besser verstehen, Förderung der Motivation, an eigenen Zielen zu arbeiten, Ermöglichung neuer Einblicke in den eigenen Veränderungsprozess)

- **Item 10** (Förderung der Motivation, an eigenen Zielen zu arbeiten) korreliert signifikant positiv mit **Item 8, 9, 11, 12 und 13** (Ermöglichung neuer Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten, Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten besser verstehen, Ermöglichung neuer Einblicke in den eigenen Veränderungsprozess und Zufriedenheit mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche, Zufriedenheit mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche)
- **Item 13** (Zufriedenheit mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche) mit **Item 10, 11, 12** (Förderung der Motivation, an eigenen Zielen zu arbeiten, Ermöglichung neuer Einblicke in den eigenen Veränderungsprozess und Zufriedenheit mit Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	0,291	0,087	0,169	0,332	0,312	0,31	0,113	0,222	0,107	0,359	0,272	0,472*
2		0,538**	0,399	0,448*	0,189	0,13	0,185	-0,099	0	0,314	-0,093	0,303
3			0,426*	0,372	0,222	0,195	0,494*	0,125	0,036	0,152	0,031	-0,11
4				0,437*	0,434*	0,439*	0,307	0,201	0,25	0,317	0,251	0,209
5					0,544**	0,38	0,256	-0,003	0,108	0,262	0,326	0,491*
6						0,31	0,113	0,222	0,107	0,359	0,272	0,472*
7							0,366	0,584**	0,301	0,225	0,299	0,345
8								0,453*	0,414*	0,417*	0,315	0,24
9									0,495*	0,279	0,548**	0,272
10										0,708**	0,448*	0,521**
11											0,403	0,701**
12												0,701**

Abbildung 78. Korrelationsmatrix mit Signifikanzen zwischen den Items:

Wie überzeugt war ihre Therapeutin/ ihr Therapeut vom SNS?; 2. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Anwendung des SNS?; 3. Wie beurteilen Sie Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS?; 4. Wie hat sich die Anwendung des SNS auf die Beziehung zu Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin ausgewirkt? 5. Die Anwendung des SNS hat mich zu einer intensiveren Beschäftigung mit meinen Themen und Zielen geführt. 6. Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, meine Stärken und Ressourcen zu erkennen.; 7. Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Problemzusammenhänge besser zu verstehen. 8. Die Anwendung des SNS hat mir neue Perspektiven und Einblicke in mein Erleben und Verhalten ermöglicht, die mir bisher noch nicht bewusst waren. 9. Die Anwendung des SNS hat mir geholfen, Zusammenhänge zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen.; 10. Die Anwendung des SNS hat mich motiviert, an mir und meinen Zielen zu arbeiten.; 11. Die Anwendung des SNS hat mir neue Einblicke in meinen Veränderungsprozess ermöglicht.; 12. Waren Sie mit der Häufigkeit und Regelmäßigkeit der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden? 13. Waren Sie mit den Inhalten der gemeinsamen Feedbackgespräche zufrieden?

5.3 Ergebnisse der Befragung der Nicht-Anwender/-innen

Der Fragebogen für Nicht-Anwender/-innen gliedert sich in 4 Fragenblöcke: Personendaten, Therapieevaluation, Effekte, Allgemein.

Insgesamt 26 Fragebögen gehen in die Auswertung ein, davon wurden alle 26 komplett ausgefüllt.

Rücklaufquote: Bei der Nicht-Anwender/-innen-Stichprobe lag die Rücklaufquote bei 10 %.

5.3.1 Personendaten

Die Stichprobe der Nicht-Anwender/-innen setzte sich aus 13 Männern und 13 Frauen zusammen. Das Durchschnittsalter lag bei 50,5 Jahren.

Alter	
Standardabweichung	11,51
Mittelwert	50,5
Minimum	30
Maximum	71

Tabelle 70. *Alter der Nicht-Anwender/-innen, Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum*

Psychotherapeutisches Verfahren/Ausbildungsrichtung	
Verfahren	Häufigkeit
Verhaltenstherapie	14
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie	6
Mehrere Verfahren	5

Tabelle 71. *Verteilung der Antworten in der Kategorie: Psychotherapeutisches Verfahren / Ausbildungsrichtung*

Beruflicher Hintergrund (Psychologie/Medizin (Fachrichtung?)/Soziale Arbeit etc.):	
Beruflicher Hintergrund	Häufigkeit
Psychologie	23
Medizin	2
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt Psychotherapeutische Medizin	
Keine Angabe	1

Tabelle 72. *Verteilung der Antworten in der Kategorie: Beruflicher Hintergrund*

5.3.2 Therapieevaluation

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Von 26 Therapeutinnen und Therapeuten gaben 16 an, den Therapieverlauf mehrmals unregelmäßig und 5 Therapeutinnen/Therapeuten gaben an, mehrmals nach einer festen Anzahl an Sitzungen zu evaluieren. 4 Therapeutinnen/Therapeuten evaluieren nur am Ende der Therapie und ein/e Therapeut/-in gar nicht.

8 Therapeutinnen/Therapeuten evaluieren ausschließlich durch ein persönliches Gespräch, 4 Therapeutinnen/Therapeuten, indem die Patientinnen/Patienten einen oder mehrere Symptomfragebögen ausfüllen, 2 evaluieren durch einen selbst erstellten Fragebogen zum Therapieverlauf und 8 Therapeutinnen/Therapeuten kombinieren mehrere Evaluationsmethoden. 4 Therapeutinnen/Therapeuten geben andere Methoden an.

Die mehrfach genannten Effekte, welche Therapeutinnen/Therapeuten im Rahmen der Evaluationsgespräche erleben, sind Klarheit über Ziele/Zielerreichung, stärkere Fokussierung, Strukturierung und positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung.

Folgende Effekte erleben die Therapeutinnen/Therapeuten bei ihren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Evaluationsgespräche: 9 von 26 Therapeutinnen/Therapeuten benannten Klarheit über Erreichtes, Gelerntes und nicht Erreichtes, 7 gaben an, dass sie neue Erkenntnisse, Einsichten, vertieftes Verstehen wahrnehmen, 6 erleben eine Stärkung der Therapiebeziehung und 6 Therapeutinnen/Therapeuten nehmen eine Änderung der Symptomatik (Verbesserung), des Erlebens bei den Patientinnen/Patienten wahr. 5 Therapeutinnen erleben positive Auswirkungen auf die Strukturierung und das Einhalten eines roten Fadens und 4 Therapeutinnen/Therapeuten mehr Selbstwirksamkeitserleben bei den Patientinnen/Patienten.

Ich evaluiere den therapeutischen Verlauf ...

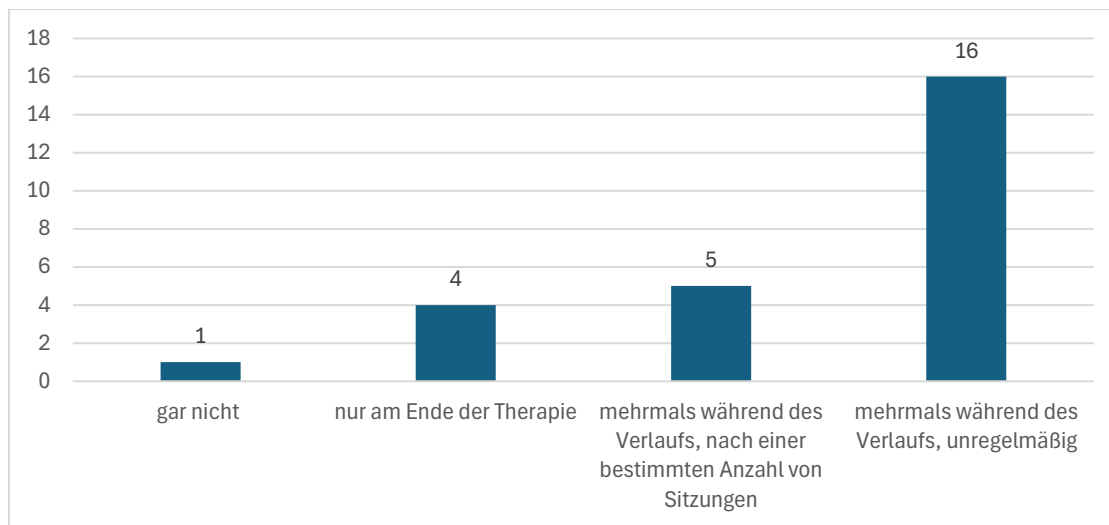


Abbildung 79. Verteilung der Antworten zur Aussage: Ich evaluiere den therapeutischen Verlauf ...

Ich evaluiere den Therapieverlauf, indem... (Mehrfachnennungen möglich)	Häufigkeit
ausschließlich durch ein gemeinsames Gespräch mit dem Patienten/der Patientin. Welche Themen besprechen Sie? (stichwortartig)	8
der/die Patient/-in einen oder mehrere standardisierte Symptomfragebögen ausfüllt. (Welche?)	4
der/die Patient/-in einen von mir erstellten Fragebogen zum Therapieverlauf ausfüllt. Welche Themen beinhaltet der Fragebogen? (stichwortartig)	2
der/die Patient/-in einen oder mehrere standardisierte Symptomfragebögen ausfüllt. (Welche?) + ein gemeinsames Gespräch mit dem Patienten/der Patientin. Welche Themen besprechen Sie? (stichwortartig)	1
der/die Patient/-in einen oder mehrere standardisierte Symptomfragebögen ausfüllt. (Welche?) + ein gemeinsames Gespräch mit dem Patienten/der Patientin. Welche Themen besprechen Sie? (stichwortartig) + einen von mir erstellten Fragebogen zum Therapieverlauf ausfüllt. Welche Themen beinhaltet der Fragebogen? (stichwortartig)	2
der/die Patient/-in einen oder mehrere standardisierte Symptomfragebögen ausfüllt. (Welche?) + einen von mir erstellten Fragebogen zum Therapieverlauf ausfüllt. Welche Themen beinhaltet der Fragebogen? (stichwortartig)+ einen standardisierten Fragebogen zum Therapieverlauf	2
einen standardisierten Fragebogen zum Therapieverlauf + gemeinsames Gespräch mit dem Patienten/der Patientin. Welche Themen besprechen Sie? (stichwortartig)	1
der/die Patient/-in einen oder mehrere standardisierte Symptomfragebögen ausfüllt. (Welche?) + einen von mir erstellten Fragebogen zum Therapieverlauf ausfüllt. Welche Themen beinhaltet der Fragebogen? (stichwortartig)	1
einen von mir erstellten Fragebogen zum Therapieverlauf ausfüllt. Welche Themen beinhaltet der Fragebogen? (stichwortartig) + der/die Patient/-in einen oder mehrere standardisierte Symptomfragebögen ausfüllt. (Welche?)	1
Nur anderes Vorgehen	4

Tabelle 73. Verteilung der Antworten in der Kategorie: Ich evaluiere den Therapieverlauf, indem ich, ..., unterteilt nach Mehrfachauswahlkombinationen

➤ **Anderes Vorgehen** (bitte beschreiben Sie kurz das Vorgehen) wurde 4 x angekreuzt, insgesamt aber 9 schriftliche Antworten angegeben

Folgende **standardisierte Symptomfragebögen** wurden u.a. benannt: BDI 5 x, VDS-90 4 x, SCL-90 3 x, 1–2-mal benannt wurden verschiedene Symptomfragebögen wie IES-R, VDS-30, BSL, FDS, PHQ, DASS etc.

6 Befragte benannten **Inhalte des selbst erstellten Fragebogens**: eigene Beteiligung, hemmende Faktoren, Ziele erreicht, noch offene Themen, Zufriedenheit mit dem Therapeuten und sich selbst im Prozess, Beschwerden, Bedingungen, Veränderungen, Erwartungen.

3 Befragte benannten einen **standardisierten Fragebogen** zum Therapieverlauf: FEP 2 und HAQ, BVB, VEV.

10 Befragte benannten **Inhalte des persönlichen Gesprächs** wie zum Beispiel: Ziele zum Anfang und Erreichung anhand gesetzter Merkmale, welche weiteren Themen wichtig sein könnten, dann neue bzw. ergänzende Therapieplanung in Absprache mit dem Patienten/der Patientin, Veränderung der Muster, des Erlebens, Veränderungen im Innen und Außen, therapeutische Beziehung, Veränderung der Symptome, des Leidensdrucks, der Beziehungen in Familie, Beruf, Partnerschaft, Freundschaft. Änderung von Einstellungen ggf. Weltbild, ggf. spirituelle Sicht, Offenheit, Kontakt, Vitalität, Interesse. Sind die neurotischen Konflikte aufgelöst, Umsetzungsmotivation, Wünsche/Kritik an Therapie und Therapeut, Ausblick auf die Zukunft.

9 Befragte gaben **andere Evaluationsmethoden** an:

- 2 Befragte benannten: Intervision und Supervision
- 2 Befragte benannten: Kombination von persönlichen Gesprächen und einem selbst entwickelten Fragebogen zur Zwischenbilanz
- Supervision
- Zusätzlich ein Gespräch darüber, was der/die Patient/-in hilfreich empfindet, wie weit er/sie sich im Hinblick auf die Zielerreichung fühlt und ob seine/ihre Ziele noch die gleichen Ziele sind wie anfangs formuliert, was ihm/ihr fehlt. Am Ende Reflexion, was ihm am meisten geholfen hat und wo er Wendepunkte wahrgenommen hat.
- Fragen am Beginn der folgenden Sitzung, ständiges Beschreiben von wahrgenommener Wirkung der Interventionen und Abgleich, ob es so empfunden wird.
- Formative Evaluation über PT-Gesprächsziffern, 10-20 Minuten.
- indem der Pat. wegbleibt

5.3.3 Effekte

Welche Effekte erleben Sie als Therapeut/-in bei sich im Rahmen der Evaluationsgespräche?

Von den insgesamt 26 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 23 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Klarheit über Ziele und Zielerreichung	9
stärkere Fokussierung	4
Strukturierung des Prozesses	3

positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung	3
Informationen über den Therapieverlauf (Störungen frühzeitiger erkennen)	2
Bestätigung des klinischen Eindrucks	2
Einsicht über günstige oder ungünstige Interventionen	2
Angst, Zweifel, ob Therapie gut genug war	2
den roten Faden nicht verlieren	2

Tabelle 74. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche Effekte erleben Sie als Therapeut/-in bei sich im Rahmen der Evaluationsgespräche?

Einmal genannt wurde:

- Motivationssteigerung
- Änderungsbereitschaft
- Teils Überraschung über Dinge/Aussagen, die gemerkt und als hilfreich erlebt wurden.
- hält mich wach und konzentriert
- Ärger über geringe bis gar keine Vergütung
- Differenzierung der angewandten Methoden
- weiter wirksam zu sein
- Symptomveränderungen
- Im günstigsten Fall das wohlige Gefühl, überflüssig geworden zu sein.
- Teils Überraschung über Dinge/Aussagen, die gemerkt und als hilfreich erlebt wurden.
- Ich bin aufgefordert, mein Vorgehen zu reflektieren.
- Es hilft mir, kritische Rückmeldungen zu geben.
- Sinnerfüllung im Beruf
- Orientierung
- Bereicherung über Kritik
- Infos über Zufriedenheit des Patienten/der Patientin

Welche Effekte erleben Sie bei Ihren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Evaluationsgespräche?

Von den insgesamt 26 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 24 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Antwortkategorien	Häufigkeit
Klarheit über Erreichtes, Gelerntes und nicht Erreichtes	9
neue Erkenntnisse, Einsichten, vertieftes Verstehen	7
Patientinnen/Patienten fühlen sich mehr gesehen und ernst genommen, Stärkung der Therapiebeziehung	6
Änderung der Symptomatik (Verbesserung), des Erlebens	6
Strukturierung, roten Faden	5
mehr Selbstwirksamkeitserleben	4

Fokussierung	3
fördert eine aktivere Rolle von Pat. in der Therapie	3
Zufriedenheit	3
ungenauere Angaben, Nachfragen erforderlich	2
Steigerung der Motivation	2
Änderung des Leidensdrucks	

Tabelle 75. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Welche Effekte erleben Sie bei Ihren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Evaluationsgespräche?

Einmal genannt wurde:

- Neugier
- perspektivische Klärung
- Wiederholung der Rückfallprophylaxe
- Steigerung der Entscheidungsfähigkeit
- oftmals erneute Erinnerung an frühere starke Belastung und
- bessere Möglichkeit des Abschieds
- Möglichkeiten für kritische Rückmeldungen durch den Patienten/die Patientin und Ausdruck von Unzufriedenheit. Was wünscht sich der/die Patient/-in anders?
- Interesse
- Wertschätzung
- Dankbarkeit oder Schwierigkeiten beim Einschätzen der eigenen Situation
- Ärger über Arbeitsbelastung, was wiederum therapeutisch genutzt werden kann.
- durch Zusammenfassung der Therapie Aufwertung bisher erreichter Aspekte
- Unzufriedenheit mit sich selbst
- Zusammenarbeit wird noch einmal reflektiert
- eine Erinnerung für eine grundlegend wohlwollende Selbsthaltung

5.3.4 Allgemein

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse:

Die 3 am meisten benannten Gründe, weshalb Therapeutinnen/Therapeuten bisher kein internet- oder app-basiertes Monitoring nutzen, sind: sie kennen kein app-basiertes Monitoring- und Feedbacksystem, Einarbeitung zu zeitaufwendig, nicht kompatibel mit ihrer Haltung oder/und ihrem Beziehungsangebot.

Sie haben sich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil sie keins kennen, die Anwendung zu zeitaufwendig ist, oder die Kosten zu hoch sind.

Die Therapeutinnen/Therapeuten wären vom Einsatz eines internet- oder app-basierten Monitorings überzeugt, wenn es schnell und leicht zu bedienen und unkompliziert wäre (8

Nennungen), und wenn sie mehr Informationen (Aufwand, Pro- und Contra, Nutzen, Mehrwert) hätten (7 Nennungen).

Zur Evaluation von Therapieprozessen kann man auch ein internet- oder app-basiertes Monitoring nutzen. Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil ... nähere Beschreibung

Von den insgesamt 26 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 23 Personen beantwortet. 3 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Antwortkategorien	Häufigkeit
kenne kein app-basiertes Monitoring, bin nicht zu diesem Thema informiert	8
Einarbeitung zu zeitaufwendig	7
nicht kompatibel mit meiner Haltung oder/und meinem Beziehungsangebot	5
bin mit meinem Vorgehen zufrieden	3
nicht vielfältig, individuell genug	2
zusätzlichen Kosten	2
stehe Digitalisierung kritisch gegenüber	2
kann keinen Nutzen erkennen	2
könnte den Therapieprozess negativ beeinflussen	2
zusätzlicher technischer Aufwand	1
Räumlichkeiten unpassend	1
die Komplexität kann dadurch nicht besser abgebildet werden	1
negativer Einfluss auf die Therapiebeziehung	1
habe schon ein passendes System	1

Tabelle 76. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil...

Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil ... (Mehrfachnennungen möglich)

Antwortkategorien	Häufigkeit
ich habe noch nie davon gehört	9
die Anwendung ist mir zu zeitaufwendig	8
die Kosten sind mir zu hoch	8
ich glaube, dass sich das negativ auf die Therapiebeziehung auswirkt	6
ich glaube, dass sich das negativ auf den Therapieverlauf auswirkt	4

Tabelle 77. Dargestellt sind die die Verteilung der Antworten zur Frage: Ich habe mich noch nicht für ein internet- oder app-basiertes Monitoring entschieden, weil... (Mehrfachnennungen möglich)

Was würde Sie überzeugen, ein internet- oder app-basiertes Monitoring in Ihrer Praxis zu implementieren?

Von den insgesamt 26 verwendbaren Fragebögen wurde diese Frage von 24 Personen beantwortet. 2 Personen machten keine Angabe zu dieser Frage.

Antwortkategorien	Häufigkeit
schnell und leicht zu bedienen, unkompliziert	8
Informationen (Aufwand, Pro- und Contra, Nutzen, Mehrwert)	7
nichts	4
kostengünstig	3
ausprobieren	2
wenn es verpflichtend werden würde	2

Tabelle 78. Dargestellt sind die gebildeten Antwortkategorien und die Verteilung der Antworten zur offenen Frage: Was würde Sie überzeugen, ein internet- oder app-basiertes Monitoring in Ihrer Praxis zu implementieren?

Einmal benannt wurde:

- individuell
- wenn die von mir genutzten Fragebögen kostenlos darin enthalten wären
- wenn es meinen Vorstellungen von "Gesundheit" gerecht würde
- ausreichende Studienlage
- Wenn ich den zeitlichen Aufwand beziffert bekommen würde.
- Wenn jemand anders es mir einrichtet.
- wenn das Ganze offline möglich wäre

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Dies ist die erste Online-Befragung zur Anwendung des Synergetischen Navigationssystems (SNS) in unterschiedlichen klinischen Settings. Es gibt bereits Studien zu anderen Monitoring- und Feedbacksystemen, welche Implementierungsschritte sowie Nutzen und Hürden beim Einsatz des MFS beschreiben. Unklar war bisher, inwieweit Nutzen und Effekte auch in der Anwendung eines hochfrequenten Monitoringsystems wie dem SNS beschrieben werden, welche Implementierungsschritte sowie Hürden und Barrieren bei der Implementierung und Anwendung von SNS-Anwender/-innen berichtet werden. Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/Patientinnen, die mit dem SNS arbeiten oder gearbeitet haben, wurden befragt.

Eine Nicht-Anwender/-innengruppe wurde befragt, um zu erfahren, wie Therapeutinnen/Therapeuten aktuell ihre Therapien evaluieren, und welche Effekte sie erleben. Dies wurde gemacht, um zu verstehen, welche Nutzungspraxis zur Evaluation von Therapien bisher besteht

und welchen Mehrwert der Einsatz des SNS in der klinischen Praxis gegenüber bisherigen Evaluationsmethoden haben kann. Da es noch viele Therapeutinnen/Therapeuten gibt, die kein Monitoring- und Feedbacksystem nutzen (de Jong et al., 2025), sollten diesbezüglich bestehende Gründe oder Hürden erfasst werden.

Die Befragung umfasste 4 Themenbereiche

- Stand der Implementierung des SNS in der Praxis/ aktuelle Nutzungspraxis, förderliche und hilfreiche Faktoren
- Erfassung der therapeutischen Effekte, welche von den SNS-Anwendern und SNS-Anwenderinnen beschrieben werden
- Erfassung des wahrgenommenen Nutzens und Mehrwertes seitens der professionellen SNS-Anwender/-innen (Therapeutinnen und Therapeuten)
- Umsetzungs- und Anwendungsbarrieren

Stichprobenzusammensetzung

Die Angaben von 54 Therapeutinnen/Therapeuten gingen in die Ergebnisse ein, davon füllten 41 Therapeutinnen/Therapeuten den Fragebogen komplett aus. Die professionelle Anwender/-innengruppe setzte sich zum großen Teil aus Psychologen/Psychologinnen sowie Ärzten/Ärztinnen und psychologischen Psychotherapeutinnen/-therapeuten (tw. mit Doppelqualifikation) zusammen. Unterrepräsentiert sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen. Aufgrund der länderübergreifenden Befragung (Deutschland, Österreich, Italien) gab es auch eine kleine SNS-Nutzergruppe mit anderen Zugangsberufen.

Knapp die Hälfte der Befragten gab als Therapierichtung systemische Therapie sowie Kombinationen aus 2-3 Therapierichtungen an. Die andere Hälfte nannte Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und andere Verfahren.

Die Angaben von 31 Patienten/Patientinnen konnten ausgewertet werden, davon wurden 24 Fragebögen komplett ausgefüllt. Die Angaben zum höchsten Schulabschluss in der Patientinnen-/Patientenstichprobe zeigen ein breites Spektrum von Hauptschule bis Studium. Die Teilnehmer/-innen stammen aus unterschiedlichen Berufsfeldern.

In der Stichprobe der professionellen SNS-Anwender/-innen und in der Stichprobe der Nicht-Anwender/-innen liegt kein Bias hinsichtlich des Geschlechts vor. In der Stichprobe der Patientinnen/Patienten gibt es etwa doppelt so viele Frauen wie Männer. Angaben zu Alter und Geschlecht siehe Tabelle 79.

	Therapeuten/Therapeutinnen	Patienten/Patientinnen	Nicht-Anwender/-innen
Geschlecht	24 Männer 28 Frauen 2x keine Angabe	11 Männer 20 Frauen	13 Männer 13 Frauen
Altersdurchschnitt Standardabweichung	46,94 12,63 (Altersspanne 25-73J.)	44,06 13,48 (Altersspanne 19-71J.)	50,5 11,51 (Altersspanne 30-71J.)

Tabelle 79. Angaben zu den 3 Stichproben: Geschlecht, Altersdurchschnitt und Standardabweichung

Die Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Online-Befragung erfolgt im Diskussionsteil nach den oben benannten 4 Themenbereichen, während die Angaben im Ergebnisteil getrennt zu den jeweiligen Stichproben dargestellt wurden. Die zusammenfassende Darstellung für beide Anwender/-innengruppen im Diskussionskapitel soll Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlicher aufzeigen.

6.1.1 Aktueller Stand der Implementierung und Nutzungspraxis

Folgende Variablen wurden erhoben, um den aktuellen Stand der Implementierung und die Nutzungspraxis zu erfassen.

- In welchen Settings wird das SNS angewendet?
- Welche Anwender/-innengruppen wurden bisher erreicht (Größe und Zusammensetzung)?
- Wie intensiv und auf welche Art nutzen die Anwender/-innen das SNS (Gründe für die Nutzung, Art der Nutzung, Frequenz der Anwendung, Nutzung der im SNS implementierten Tools, Feedbackgespräche, Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit, Zufriedenheit)?

Setting. Etwas mehr als die Hälfte der Therapeutinnen/Therapeuten wendet das SNS in ambulanten Therapien an. Die andere Hälfte wendet es im teilstationären und stationären Setting an. In der Patientinnen-/Patientenstichprobe nutzten die meisten Patientinnen/Patienten (61 %) das SNS im Rahmen einer ambulanten Therapie. Andere Patientinnen und Patienten gaben ein gemischtes Behandlungssetting an, wobei davon auszugehen ist, dass das SNS nur (teil-)stationär oder nur ambulant genutzt wurde. Dazu wurden die Patientinnen/Patienten aber nicht explizit befragt.

Nutzergruppen. Die Mehrheit der Therapeutinnen/Therapeuten setzt das SNS in der Therapie von Erwachsenen ein. Einige wenige Therapeutinnen/Therapeuten nutzen das SNS in der Therapie von Kindern- und Jugendlichen. Bei Paartherapien, Vater-Kind/Mutter-Kind-Settings, Familien- oder Gruppentherapien wird das SNS noch sehr wenig eingesetzt. Über 60 % der Patienten und Patientinnen sind zwischen 21 und 60 Jahre alt. Aber auch bei über 60-Jährigen und unter 10-jährigen Patientinnen/Patienten wird das SNS angewendet.

Diagnosen. Die Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten beinhalten ein breites Diagnosespektrum, jedoch mit sehr unterschiedlichen Häufigkeiten. Die 3 am häufigsten von den Therapeutinnen/Therapeuten genannten ICD-10 Diagnosen der Patientinnen/Patienten sind affektive Störungen, Angststörungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen. Einen kleineren Anteil bilden Persönlichkeitsstörungen und somatoforme Störungen. Ein breites Spektrum weiterer ICD-10 Diagnosen wurde 1–3-mal angegeben. Nicht erfasst wurden Komorbiditäten.

Aufklärung. Alle 31 Patientinnen/Patienten gaben an, dass sie mündlich von den Therapeutinnen/Therapeuten mit dem SNS vertraut gemacht wurden. Die Hälfte hat zusätzlich noch schriftliche Informationen erhalten. Niemand machte Angaben darüber, dass er nicht informiert worden war.

Nutzungsdauer. Die Mehrheit der Therapeutinnen/Therapeuten arbeitet mit dem SNS seit mehreren Monaten bis 5 Jahren. 12 Befragte gaben an, schon mehr als 6 Jahre mit dem SNS zu arbeiten. Keine Nennung erfolgte für den Zeitraum 5-6 Jahre.

Gründe für die SNS-Nutzung: Sowohl Therapeutinnen/Therapeuten als auch Patientinnen/Patienten setzen das SNS ein, um mehr Informationen über den Psychotherapieverlauf bzw. den eigenen Entwicklungsverlauf zu bekommen.

Für Therapeutinnen/Therapeuten war ein weiterer Hauptgrund die zunehmende Digitalisierung. Andere Gründe, das SNS einzusetzen, waren: Neugier und Interesse, Vorgabe der Institution, Unterstützung des Prozesses auch außerhalb der Therapiestunden, Forschungsinteresse und Überzeugung, dass es hilfreich sein muss.

Weitere Gründe für die Patientinnen/Patienten das SNS einzusetzen, waren: mehr Dranbleiben an eigenen Themen und die Möglichkeit zur Selbstreflexion. Der kleinste Teil der Patientinnen/Patienten gab an, durch die Therapeutin/den Therapeuten überzeugt worden zu sein.

Art der Nutzung. Hauptsächlich nutzen die Therapeutinnen/Therapeuten das SNS zur individuellen Verlaufsmessung von Veränderungen, zur Prozessgestaltung, zur Evaluation von Therapien und mit der Intention als Interventionsinstrument. Die wenigsten Therapeutinnen/Therapeuten nutzen das SNS nur zur Diagnostik und zu Forschungszwecken.

Anwendungszeitraum. Die befragten Therapeutinnen und Therapeuten wenden das SNS überwiegend während der gesamten Therapie an oder zu variablen Abschnitten. Die wenigsten nutzen das SNS nur zu festgelegten Abschnitten oder vor/nach einem (teil-)stationären Aufenthalt.

Nutzung der Fragebögen. Die Mehrheit der SNS-Anwender/-innen nutzt Fragebogenkombinationen. Die Therapeutinnen/Therapeuten nutzen eine Kombination von standardisierten und

individuellen Prozessbögen oder alle 3 Fragebögen (Outcome-Fragebögen, standardisierte und individuelle Prozessfragebögen). Die meisten Patientinnen/Patienten gaben an, eine Kombination aus Prozess- und Outcome-Fragebögen oder auch alle 3 Fragebögen genutzt zu haben. Nur ein kleiner Teil der SNS-Anwender/-innen nutzte das SNS ausschließlich für eine Outcome-diagnostik oder für eine Prozesserfassung.

Ausfüllzeitraum. Die SNS-Anwender/-innen gaben an, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten die Fragebögen mindestens 2-6 Monate ausfüllt, viele sogar bis zu einem Jahr und länger. Niemand der befragten Patientinnen und Patienten gab an, dass SNS unter 2 Monaten genutzt zu haben, einige wenige Therapeutinnen/Therapeuten gaben auch einen Nutzungszeitraum von 1-4 Wochen an.

Mehr als 50 % der Patientinnen und Patienten erlebten das Ausfüllen als unkompliziert, hilfreich und unterstützend. Einige fanden es eine gute Methode, um den Tag Revue passieren zu lassen. Zu einer Belastung wurde das Ausfüllen, wenn die Patientinnen/Patienten Stress im Alltag hatten, zu wenig persönlich passende Fragen angeboten bekamen. Ein/e Patient/-in fand das Ausfüllen frustrierend, wenn es keine Veränderungen gab. Die Patientinnen/Patienten wünschen sich mehr Zugriff auf die eigenen Daten (Diagramme und Tagebucheinträge) und einfachere Möglichkeiten, Items oder Fragen zu ändern.

Nutzung der implementierten Datenanalysetools. Zeitreihendarstellungen werden von den Therapeutinnen/Therapeuten am häufigsten genutzt. Sie bilden den aktuellen Zustand der Patientinnen/Patienten eins zu eins ab und bieten so unmittelbar einen Einblick in den Veränderungsverlauf. Weiterhin werden nahezu gleich häufig neben Farbdarstellungen der Rohdaten in Rohdaten-Resonanzdiagrammen auch Auswertungsmethoden genutzt, die Aufschluss über eine Komplexitätszunahme in den erfassten Variablen geben (dynamische Komplexität und Komplexitäts-Resonanz-Diagramme). Therapeutinnen und Therapeuten können damit Phasen kritischer Instabilität erkennen, welche nach der Theorie der Synergetik sensible Momente für Interventionen sein können. Korrelationsmatrix und Recurrence Plots werden am wenigsten genutzt.

Umgang mit den Daten. Die Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten schaut sich die Daten unregelmäßig an, in Abhängigkeit von zeitlichen Ressourcen, dem Therapieverlauf und der Praktikabilität. Weitere Gründe für das Vorgehen sind: sich so besser auf die Sitzung vorbereiten können, bezüglich der Entwicklung der Patientinnen und Patienten auf dem Laufenden bleiben und so auf aktuelle Entwicklungen zeitnah reagieren zu können und um Patientinnen/Patienten zu zeigen, dass Interesse an ihren Selbsteinschätzungen besteht.

Unregelmäßig werden die Daten ebenfalls angeschaut, wenn keine klare Absprache mit der Leitung im stationären Setting erfolgte oder Therapeutinnen und Therapeuten noch wenig Erfahrung in der Anwendung des SNS haben.

SNS-basierte Feedbackgespräche-Häufigkeit. Die Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten führt die SNS-basierten Feedbackgespräche unregelmäßig durch, hauptsächlich abhängig vom Therapie- bzw. Symptomverlauf und vom Bedarf der Patientinnen/Patienten. Weniger angegeben wurden Gründe wie eigene Ressourcen und Rahmenbedingungen. Nur eine kleine Anzahl von Therapeutinnen und Therapeuten führt die SNS-basierten Feedbackgespräche nach einer fixen Anzahl von Sitzungen durch. Wenn diese Festlegung angegeben wurde, dann wurden die SNS-basierten Feedbackgespräche i. d. R. 1–2-mal pro Monat durchgeführt.

SNS-basierte Feedbackgespräche-Inhalte. Am häufigsten werden die Zeitreihenverläufe in den SNS-basierten Feedbackgesprächen besprochen (Auffälligkeiten, hohe und niedrige Werte, sind positive Entwicklungen erkennbar). Einige wenige Therapeutinnen/Therapeuten benannten auch, dass sie mehrere Kurven/Items miteinander vergleichen. Sie prüfen, ob in den Daten Muster, Zusammenhänge, Unterschiede oder Ausnahmen erkennbar sind. Zudem arbeiten sie auslösende Faktoren für Veränderungen in den Itemverläufen (krisenhafte Zuspitzungen, Verbesserungen etc.) heraus und/oder versuchen, Faktoren zu identifizieren, welche mit Symptom- oder Musterveränderungen zusammenhängen.

Effekte in den SNS-basierten Therapiegesprächen. Die Mehrheit der Therapeutinnen/Therapeuten gab an, neue Erkenntnisse/Einsichten über den Verlauf zu erhalten und dass neue Themen und Wünsche für den Veränderungsprozess zur Sprache kommen. Weitere Effekte, die mehrmals benannt wurden: Aha-Erlebnisse, wenn Muster entdeckt und verstanden werden, Bestätigung des eigenen Erlebens sowie wahrgenommener Veränderungen und Steigerung der Motivation.

Feedbackgespräche. 80 % der Patientinnen/Patienten waren mit der Frequenz und den Inhalten der Feedbackgespräche zufrieden. Die Patientinnen/Patienten gaben an, mehr über sich und ihr Erleben erfahren zu haben. Sie konnten in den Verläufen und durch die Gespräche über diese ihre Fortschritte erkennen. Manchen Patientinnen/Patienten fehlten mehr Hintergrundinformationen oder die Gespräche waren zu theoretisch und oberflächlich.

<p>Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS werden von der Mehrheit der professionellen SNS-Anwender/-innen <i>positiv</i> bewertet.</p>
--

Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit. Die Mehrheit der SNS-Anwender/-innen beurteilt Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS für die eigene Arbeit als auch für die Patientinnen/Patienten *gut* bis *sehr gut*. Eine/e Therapeut/-in bewertete Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit als *schlecht*, niemand als *sehr schlecht*. Einige Therapeutinnen/Therapeuten wählten die Kategorie *neutral*. Die Mehrheit der Patientinnen/Patienten beurteilte Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit als *gut* bis *sehr gut*, 2 Patientinnen/Patienten mit *weder gut noch schlecht*, 1 Patient/-in mit *sehr schlecht* und 2 Patientinnen/Patienten mit *schlecht*.

Ein erhöhter Zeitaufwand bei der Nutzung des SNS ist gegeben. Dieser wird aber von der überwiegenden Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten für sich selbst und für die Patientinnen/Patienten als *angemessen* eingeschätzt.

Zeitaufwand. Die Therapeutinnen/Therapeuten schätzen den Zeitaufwand für sich und die Patientinnen/Patienten als mehrheitlich angemessen ein.

Überzeugung. Über 90 % der Patientinnen und Patienten erlebten die Therapeutinnen/Therapeuten *voll und ganz überzeugt* vom SNS. 2 Patientinnen/Patienten erlebten die Therapeutinnen/Therapeuten *überzeugt*. Niemand erlebte die Therapeutinnen/Therapeuten *gar nicht* oder *etwas überzeugt*.

Akzeptanz und Motivation bei Patientinnen/Patienten werden von den meisten Therapeutinnen und Therapeuten als *hoch* und von Fall zu Fall unterschiedlich bewertet.

Relevante Faktoren zur Unterstützung von Akzeptanz und Förderung von Motivation könnten u. a. sein, wurden aber nur einmal benannt: gute therapeutische Beziehung, fundierte Vermittlung des SNS, Feedbackgespräche, Engagement des Therapeuten/der Therapeutin.

Niemand von 30 Patientinnen/Patienten war insgesamt *sehr unzufrieden* mit der SNS-Anwendung, über 75 % waren *zufrieden* bis *sehr zufrieden*, 3 Befragte gaben an, *unzufrieden* zu sein, 4 wählten die *Mitte*.

Als Verbesserung wurde von 6 Patientinnen/Patienten mehr Handhabe als Patient/-in (Kurven und Tagebucheinträge selbst ansehen können, Fragen selbst modifizieren, ändern bzw. einige Fragen deaktivieren, neue Fragen hinzufügen können) angegeben.

Nutzungspraxis Nicht-Anwender/-innen

Nicht-Anwender/-innen evaluieren den Therapieverlauf unterschiedlich, die Mehrheit unregelmäßig. Sie führen persönliche Gespräche oder kombinieren unterschiedliche Methoden wie Symptomfragebögen, selbst erstellte Fragebögen, Supervision und Intervision miteinander.

6.1.2 Effekte und Mehrwert durch die Anwendung des SNS

Welche psychologischen Effekte und Mechanismen regt hochfrequentes Feedback an? Angenommen werden: Unterstützung von Motivation und Selbstwirksamkeit, Verbesserung von emotionaler Wahrnehmung, Affektdifferenzierung und Emotionsregulation, Verbesserung von Mentalisierung und Achtsamkeit, Stabilisierung durch regelmäßige Nutzung als Ritual, Verbesserung der therapeutischen Beziehung etc.

Der Einsatz des SNS regt vielfältige psychologische Effekte und Mechanismen an.
--

Die **5 häufigsten wahrgenommenen Effekte** der befragten Therapeutinnen und Therapeuten sind:

- Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit/der Selbstwahrnehmung
- Der Einsatz des SNS liefert neue Erkenntnisse/Themen in unterschiedlichen Bereichen wie zum Beispiel Erkennen von Chancen für Veränderungen, von Ressourcen und Erkennen und Verändern von Fehlwahrnehmungen.
- Verbesserung und Förderung der Selbstreflexion
- Verbesserung der Selbstwirksamkeit
- Steigerung der Motivation

Die zuvor angenommenen und in anderen Studien beschriebenen Effekte, die Therapeutinnen und Therapeuten bei ihren Patientinnen/Patienten wahrnehmen, wurden in dieser Befragung auch von den SNS-Anwender/-innen bestätigt. Es zeigten sich überwiegend *positive* bis *sehr positive* Effekte in Bezug auf:

- die Fähigkeit zur Selbstreflexion
- die Fähigkeit zur Selbstregulation (6 x kein Effekt)
- dem Gewinnen neuer Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge (3 x kein Effekt)
- den Transfer von neuen Erkenntnissen oder Verhaltensweisen in den Alltag der Patientinnen/Patienten (5 x kein Effekt)
- die Fähigkeit zur Fokussierung (4 x kein Effekt)

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion wurde von allen Therapeutinnen und Therapeuten *positiv* und *sehr positiv* beschrieben, während bei allen anderen Fragen auch einige wenige Therapeutinnen/Therapeuten *keinen Effekt* wahrgenommen haben. Niemand benannte *negative* oder *sehr negative* Effekte. Sowohl in den Kommentarfeldern als auch in der Frage, wie und wodurch das SNS die therapeutischen Effekte unterstützt, wurden das regelmäßige bzw. tägliche Ausfüllen

eines Fragebogens, dadurch regelmäßige Beschäftigung mit eigenen Themen und Zielen, die Visualisierung der Veränderungen in den graphischen (Verlaufs-)Darstellungen sowie die regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgespräche benannt.

Die Befragten gaben an, dass die Fähigkeit zur Selbstregulation vor allem durch die Feedbackgespräche vermittelt werde.

Die Diagrammdarstellungen sind u. a. förderlich für die Gewinnung neuer Erkenntnisse über Reaktionsmuster und Problemzusammenhänge. Einige Therapeutinnen/Therapeuten konnten nichts zum Transfer der Erkenntnisse aus dem SNS in den Alltag berichten, da sie keinen Kontakt mehr zu den Patientinnen/Patienten haben. Sie hörten Berichte darüber, dass die Anwendung des SNS den Transfer von Erkenntnissen in den Alltag erleichtert. Von wem, wurde aber im Fragebogen nicht benannt. Andere gaben an, dass das Zusammenspiel von SNS und Feedbackgesprächen den Transfer beeinflusst. In den Feedbackgesprächen ergaben sich beispielsweise inhaltliche Schwerpunkte, welche in den Alltag mitgenommen werden konnten. Der Transfer von Erkenntnissen tritt manchmal verzögert, manchmal sofort ein.

Wodurch eine Fokussierung gefördert wird, wird von den Befragten unterschiedlich beschrieben. Ein/e Anwender/-in äußerte, dass durch die tägliche Selbsteinschätzung die Fokussierung auf die eigene Entwicklung gefördert wird. Die Fähigkeit zur Fokussierung wird ebenfalls beeinflusst und unterstützt durch die Auswahl von Items, die Erstellung individueller Fragebögen und die Auswahl der Inhalte der Feedbackgespräche.

In den Beschreibungen der offenen Antworten wird immer wieder erwähnt, dass die Effekte individuell und personenabhängig sind.

Von den Patienten und Patientinnen benannte Effekte und wahrgenommener Nutzen

Patientinnen und Patienten berichten in der offenen Frage zu wahrgenommenen Effekten und Nutzen, dass sie durch die Arbeit mit dem SNS mehr Informationen über sich und das eigene Erleben, mehr Erkenntnisse über den eigenen Entwicklungsverlauf erhalten haben und dass die Arbeit mit dem SNS das Dranbleiben an der eigenen Veränderung und die Motivation gefördert hat.

7 geschlossene Fragen:

- Für 88,4 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS zu einer **intensiveren Beschäftigung mit den eigenen Themen und Zielen** geführt.
- 73,1 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS geholfen, **Problemzusammenhänge besser zu verstehen**.

- 75 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS geholfen, **neue Perspektiven und Einblicke in das eigene Erleben und Verhalten** ermöglicht.
- 62,5 % der Patientinnen/Patienten hat die Anwendung des SNS geholfen, **Zusammenhänge zwischen ihrem Denken, Fühlen und Verhalten besser zu verstehen**, 25 % gaben an, dass die Anwendung des SNS *ein wenig* geholfen habe.
- 73,1 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Anwendung des SNS sie **motiviert** hat, an sich und ihren Zielen zu arbeiten, für 23,1 % war es ein wenig motivierend und ein/e Patient/-in erlebte durch die SNS-Anwendung keine Auswirkungen auf seine/ihre Motivation.
- 76 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Anwendung des SNS ihnen **neue Einblicke in ihren Veränderungsprozess** ermöglicht hat.
- 80 % der Patientinnen/Patienten gaben an, dass die Anwendung des SNS geholfen hat, **eigene Stärken und Ressourcen zu erkennen**. Die Anwendung des SNS hat den Patientinnen/Patienten auch geholfen, einen Mangel an Ressourcen festzustellen. Durch die Möglichkeit der Nutzung individueller Fragebögen, das tägliche Ausfüllen und die in den Diagrammen abgebildeten Daten unterstützt das SNS die therapeutische Arbeit an Stärken und Ressourcen zusätzlich. Wenn Stärken und Ressourcen schon bekannt waren, dann wurde kein Mehrwert bei deren Erkennung beschrieben. Hier könnte man mit individuellen Items monitoren, ob und wie diese genutzt werden.

Effekte in den Evaluationsgesprächen der Nicht-Anwender/-innen

Die mehrfach genannten Effekte, welche Nicht-Anwender/-innen im Rahmen ihrer Evaluationsgespräche erleben, sind: Klarheit über Ziele/Zielerreichung, Gelerntes und nicht Erreichtes, stärkere Fokussierung und Strukturierung, neue Erkenntnisse, Einsichten, vertieftes Verstehen, positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung, eine Änderung der Symptomatik (Verbesserung) und des Erlebens, mehr Selbstwirksamkeitserleben bei den Patientinnen/Patienten.

6.1.3 Mehrwert und Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten

Die Anwendung des SNS hat einen Mehrwert und Nutzen für die therapeutische Arbeit.

- Über 60 % der Befragten gaben an, durch die Anwendung des SNS eine **Unterstützung in der Gestaltung des Therapieprozesses** zu erhalten. 35 % der Befragten erlebten *teilweise* eine Unterstützung. Nur eine Person gab an, dadurch keine Unterstützung zu erhalten.

SNS bietet eine Gesprächsgrundlage, erleichtert die Vorbereitung auf die Sitzung, den Gesprächseinstieg, andere bzw. mehr Themen kommen zur Sprache und Hypothesen können geprüft werden. Durch die Darstellung der Daten in den Diagrammen (z. B. Komplexitäts-Resonanz-Diagramme) werden Veränderungen bzw. Stagnationen sichtbar, die helfen, die Therapie zum Beispiel konfrontativer oder stabilisierend zu gestalten. Eine Gewichtung von Themen wird möglich, aber auch die Planung nächster Schritte in der Therapie oder eine Modifikation der Therapieziele. Es werden Themen erkennbar, die aktuell nicht veränderbar sind, oder Themen, die mehr Aufmerksamkeit erfordern.

- Über 80 % der Befragten erhalten durch die Anwendung des SNS *deutliche* bis *sehr deutliche Informationen über den Veränderungsprozess* ihrer Patientinnen/Patienten. Niemand gab an, im Rahmen der SNS-Anwendung keine Informationen zu erhalten.

Die Verlaufskurven, Komplexitäts-Resonanz-Diagramme und Korrelationsverläufe geben Informationen über die Entwicklung, gewünschte und nicht gewünschte Veränderungen und Stagnationen. Die Dynamik von Veränderung wird mit hochfrequentem Monitoring lebensnäher und realistischer erfasst. Die Anwendung des SNS ermöglicht es, Hemmnisse für Veränderungen und eine Nichtpassung in der therapeutischen Beziehung zu erkennen sowie (innere oder/und äußere) Faktoren zu identifizieren, die das Erreichen von Zielen blockieren. Zusätzlich erhalten Therapeutinnen/Therapeuten Informationen durch Tagebucheinträge und mündliche Feedbacks. Um relevante Informationen zu erhalten, sei die richtige Auswahl und Formulierung der Fragen wichtig.

- 54 % der Befragten gaben an, dass die Nutzung des SNS die **Arbeit entlang eines „roten Fadens“** in der Therapie *deutlich* bis *sehr deutlich* erleichtert. 44 % erleben teilweise eine Unterstützung, eine Person erlebt durch die Nutzung des SNS keine Erleichterung bei der Arbeit entlang eines „roten Fadens“.

SNS erleichtert die Arbeit entlang eines roten Fadens, wenn individuelle Fragebögen verwendet werden sowie durch eine Kombination von ISM und SNS und regelmäßigen Feedbackgesprächen. Auch durch Fokussierung auf entscheidende Themenbereiche in den SNS-basierten Feedbackgesprächen sei ein roter Faden gegeben.

- 72 % der Befragten gaben an, dass der Einsatz des SNS sie bei der **Individualisierung und Personalisierung der Therapie** *deutlich* bis *sehr deutlich* unterstützt. 24 % der Befragten erleben *teilweise* eine Unterstützung. Eine Person erlebt keine Unterstützung.

Die idiographische Systemmodellierung und die Erstellung individueller Fragebögen sind gute Möglichkeiten zur Individualisierung der Therapie.

- In 37 von 42 Antworten wurde beschrieben, dass **persönliche Fragebögen und ISM** eine Rolle für die Individualisierung und Personalisierung spielen. 2 Personen gaben an, dass ISM und individuelle Fragebögen keine Rolle spielen, 2-mal wurde angegeben, diese nicht zu verwenden, eine Person gab an, keine Erfahrung mit diesen beiden Tools zu haben. Wenn ISM und personalisierte Fragebögen nicht verwendet wurden, wurde als häufigster Grund der hohe Zeitaufwand genannt, einmal wurden technische Schwierigkeiten und einmal „überfordert manchmal Klientinnen/Klienten“ benannt.

Der Einsatz des SNS kann zu einer Verbesserung der therapeutischen Beziehung beitragen.

Die SNS-Anwender/-innen beschreiben durch die Nutzung des SNS eine *positive* bis *sehr positive* Auswirkung auf die Therapiebeziehung. Durch den Einsatz des SNS wird ein konkretes, gemeinsames, auf Augenhöhe stattfindendes Arbeiten ermöglicht. Durch die Anwendung des SNS haben Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten ein „gemeinsames“ Projekt. Die Patientinnen/Patienten erleben sich ernst genommen, erleben den Therapeuten/die Therapeutin engagierter und mit sich verbundener durch ihre Bemühungen, den Verlauf zu monitoren. Beide können konkreter feststellen, ob sie an den gleichen Zielen arbeiten, und durch die gemeinsame Verlaufsreflexion das gemeinsame Verstehen fördern. Sie haben durch die Anwendung des SNS mehr Möglichkeiten, sich mitzuteilen, was Therapeutinnen/Therapeuten mehr Chancen gibt, auf die individuellen Bedürfnisse und Entwicklungen der Patientinnen/Patienten einzugehen (Hellesteth et al., 2023). Einige Therapeutinnen/Therapeuten berichten davon, dass eine positive Auswirkung des SNS auf die Therapiebeziehung auch davon abhängig ist, wie der/die Patient/-in das SNS aufnimmt, ob Patientinnen/Patienten das SNS positiv und wichtig für die Therapie bewerten. Patientinnen/Patienten sehen im SNS auch ein zusätzliches Instrument, was die Therapiebeziehung verbessern kann, da es eine Offenheit für technische Anwendungen vermittelt, und die Therapeutinnen/Therapeuten mehr Informationen von den Patientinnen/Patienten bekommen (Stimmungen, Ereignisse der Woche). Wichtig sei, dass sich der Therapeut/die Therapeutin dem Feedback auch widmet, und es in der Therapie nutzt. Die SNS-bezogenen Therapiegespräche sind auch für manche Therapeutinnen/Therapeuten förderlich für die Therapiebeziehung, da sie durch den gemeinsamen Austausch die Vertrauensbasis stärken können. Einige Patientinnen/Patienten gaben an, dass schon vorher eine gute Therapiebeziehung bestanden habe, welche durch andere Faktoren beeinflusst worden sei.

Der Einsatz des SNS kann die Veränderungsmotivation fördern.

Auswirkungen der Nutzung des SNS auf die Veränderungsmotivation. Sowohl in der offenen als auch in der geschlossenen Frage wurde die Förderung der Veränderungsmotivation als *positiver* bis *sehr positiver* Effekt von der Mehrheit der Therapeutinnen und Therapeuten benannt. Auch mehr als 70 % der Patientinnen und Patienten gaben an, dass sich die Arbeit mit dem SNS *positiv* bis *sehr positiv* auf die Motivation an sich und den eigenen Zielen zu arbeiten ausgewirkt hat. Nur wenige SNS-Anwender/-innen beschreiben keine Auswirkungen auf die Veränderungsmotivation.

Die Motivation wird auf unterschiedliche Art und Weise positiv beeinflusst. Ein Faktor ist die Stärkung des Selbstvertrauens und der Zuversicht, sich weiterentwickeln zu können, durch Sichtbarmachen der Veränderungen in den Diagrammen und Besprechen der Veränderungen in den SNS-basierten Therapiegesprächen. Die stärkere Beteiligung der Patientinnen/Patienten, die Abstimmung auf ihre Ziele und Bedürfnisse und die Beteiligung der Patientinnen/Patienten bei der Besprechung der Kurven förderten das Expertenerleben und damit die Veränderungsmotivation. Die Anwendung des SNS selbst sei schon ein Zeichen für eine bestehende Veränderungsmotivation. Manche Patientinnen/Patienten äußerten, bereits vorher motiviert gewesen zu sein und durch die Anwendung des SNS noch mehr Veränderungsmotivation entwickelt zu haben, insbesondere durch das Sichtbarwerden von Veränderungen, Fortschritten und dem Erreichen von mehr Selbsterkenntnis nach den Kurvendiskussionen. Diese Angaben werden in Studien und Falldarstellungen anderer MFS ebenfalls so berichtet. Einige Therapeutinnen/Therapeuten, welche keine Auswirkungen auf die Veränderungsmotivation benennen, geben im Kommentarfeld an, dass sie dies nicht beurteilen konnten, während andere Therapeutinnen/Therapeuten Reaktionen der Patientinnen/Patienten benennen konnten. Sie erkannten die Motivation bei den Patientinnen/Patienten zum Beispiel an der Nachfrage nach den Verläufen, an Anpassungswünschen bei den Fragen und daran, dass sie äußerten, an einem Thema weiter dranbleiben und die Fortschritte zu diesem Thema erfassen zu wollen. Beeinträchtigt werden kann die Motivation durch Routine, unpassend erlebte Fragen und mangelnde Fortschritte.

Zusammenfassung: Effekte und Mehrwert/Nutzen von hochfrequentem Monitoring und Feedback

Effekte, die Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten gleichermaßen beschreiben	
<ul style="list-style-type: none"> Die Anwendung des SNS liefert Informationen und fördert das Verständnis über den Veränderungsprozess der Patientinnen und Patienten. (<i>offene Frage Th. und Pat., geschlossene Frage Th. und Pat.</i>)* Patientinnen und Patienten erhalten mehr und tw. neue Erkenntnisse über ihre Reaktionsmuster* (Erleben und Verhalten). (<i>geschlossene Frage Th. und Pat., offene Frage Pat. und Th.</i>) Die Anwendung des SNS fördert die Therapie- und Veränderungsmotivation. (<i>geschlossene Frage Th. und Pat., in offener Frage Th. und Pat.</i>) Die Anwendung des SNS unterstützt die therapeutische Kooperation und die Qualität der Therapiebeziehung* (<i>geschlossener Frage Th. und Pat., einige Nennungen auch in der offenen Frage Th.</i>) Die Anwendung des SNS verbessert die Selbstreflexion. (<i>in offener und geschlossener Frage, häufig auch benannt in offener Frage Th.</i>) Patientinnen und Patienten erhalten ein besseres Verständnis von Problemzusammenhängen. (<i>geschlossene Frage Th. und Pat.</i>) 	
Effekte, welche die Patientinnen und Patienten beschreiben:	Effekte, welche Therapeutinnen und Therapeuten bei ihren Patientinnen/Patienten wahrnehmen:
<p>Geschlossene Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> intensivere (regelmäßige) Beschäftigung mit den Themen und Zielen der Therapie, alltagsnah und außerhalb der Sitzungen Unterstützung bei der besseren Allokation von Ressourcen und Stärken besseres Verständnis von Zusammenhängen zwischen meinem Denken, Fühlen und Verhalten <p>Offene Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> Validierung der eigenen Wahrnehmung Achtsamkeit wird gefördert 	<p>Geschlossene Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> unterstützt Selbstregulationsfähigkeit (Gefühls-, Gedanken-, Verhaltenssteuerung) Fähigkeit zur Fokussierung auf wesentliche Aspekte der eigenen Entwicklung der Patientinnen/Patienten wird gefördert erleichtert den Transfer zwischen Therapie und Alltag/Lebenswelt <p>Offene Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit, der Selbstwahrnehmung (differentielle Wahrnehmung von Emotionen, Kognitionen und Verhalten) Verbesserung der Selbstwirksamkeit* neue Erkenntnisse/ Themen* in unterschiedlichen Bereichen, wie zum Beispiel Erkennen von Chancen für Veränderungen, Erkennen von Ressourcen, Erkennen und Verändern von Fehlwahrnehmungen Sichtbarmachen von Veränderung (Stagnationen, Fortschritte, Krisen und Rückfälle) Freude, Neugier und Interesse für die eigene Entwicklung werden geweckt Fokusbildung auf bestimmte Themen wird ermöglicht Verbesserung der Differenzierung (innere und äußere Prozesse, was hängt zusammen, was nicht) Verbesserung der Emotionsregulation Förderung von Stabilität steigende Zuversicht und Hoffnung Förderung der Selbstregulation Erweiterung des Therapiefokus möglich Förderung der Mentalisierungsfähigkeit Förderung der Selbstöffnung und der Kommunikation des Patienten/der Patientin mehr am Patienten/an der Patientin orientiertes arbeiten Förderung von Eigenständigkeit, Autonomie und Selbstbestimmung Einüben einer empathischeren Beziehung zu sich selbst kann ermöglicht werden Aufbau einer Metaposition dem eigenen

	<p>Erleben und Handeln gegenüber</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validierung (Bestätigung) des Fühlens und Handelns • Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung • effektiverer Umgang mit Therapiesitzungen • erhöhte Akzeptanz der eigenen psychologischen Muster und Probleme • Konkretisierung realistischer Verhaltensveränderungen/Haltungsänderungen • Stärkung des Selbstwertgefühls • Unterstützung bei Musterveränderungen, Ordnungs-Ordnungs-Übergängen • Problembereiche können weniger konfrontativ besprochen werden
Mehrwert und Nutzen für Therapeutinnen und Therapeuten	
<ul style="list-style-type: none"> • Faktoren, die den Behandlungsfortschritt behindern, können besser identifiziert werden • Veränderungen, Stagnationen werden in den Daten sichtbar • Chancen für Veränderungen können identifiziert werden • die Daten bieten eine Gesprächsgrundlage für die SNS-basierten Therapiegespräche • die Daten können bei der Gewichtung von Themen helfen und bei der Planung nächster Schritte in der Therapie • das Prüfen von Hypothesen ist möglich • erleichtert die Arbeit entlang eines roten Fadens* • unterstützt Therapeutinnen/Therapeuten in der Gestaltung des Therapieprozesses • unterstützt bei der Individualisierung und Personalisierung des Vorgehens • liefert die Datenbasis für therapeutische Mikroentscheidungen (adaptive Indikation) • Unterstützung bei der Dokumentation des Behandlungsverlaufs • validere Evaluation der Therapie durch tägliche Selbsteinschätzungen • vermittelt einen theoretischen Bezug (Therapie als Selbstorganisationsprozess) • liefert Graphiken und Daten für Berichte, Überweiser und Gutachter • fördert die Rolle von Therapeutinnen/Therapeuten als „scientist practitioner“ • vermittelt Sicherheit im Vorgehen • liefert Informationen für Fallkonzeptionen (Erkennen von Zusammenhängen, KEV-Mustern) • erleichtert auch die Einigung über die Aufgabe und Ziele der Behandlung und fördert einen kollaborativen Prozess • Verbesserung klinischer Fähigkeiten • die Daten liefern eine Gesprächsgrundlage über den Behandlungsverlauf (Fortschritte, Stagnationen etc.) unter den Mitgliedern eines Behandlungsteams, mit externen Mitbehandlerinnen/Mitbehandlern, mit Supervisorinnen/Supervisoren <p>*die mit Sternchen gekennzeichneten Aspekte wurden auch von den Nicht-Anwender/-innen beschrieben.</p>	

Tabelle 80. Zusammenfassung: Effekte und Mehrwert/Nutzen von hochfrequentem Monitoring und Feedback

6.1.4 Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren

- Welche Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren werden beschrieben?

Anfängliche Bedenken. Häufig genannte anfängliche Bedenken waren der (Zeit-) Aufwand und Bedenken bezüglich des Commitments, der Motivation oder einer Überforderung der Patientinnen/Patienten. Weitere Hürden, die genannt wurden, waren eigene Unsicherheit/Überforderung, Skepsis auf Seiten der Therapeutinnen/Therapeuten, technische Schwierigkeiten, Infrastruktur (kein W-Lan), mangelndes Commitment von Kolleginnen/Kollegen,

Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Skepsis wegen der Datensicherheit und Befürchtungen bezüglich Überwachung der therapeutischen Leistungen. Negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung wurden nur von sehr wenigen Therapeutinnen/Therapeuten als anfängliche Hürde benannt.

Die Mehrheit der Patientinnen/Patienten hat hinsichtlich einer Nutzung des SNS nichts skeptisch gestimmt. Skepsis über den Nutzen des SNS wurde geäußert, wenn die Fragen nicht oder nicht mehr zum Thema oder zur Situation passten.

Einige Umsetzungsbarrieren wurden in den offenen Antwortformaten benannt: Alltagsstress, unpassende Fragebögen, kein Gewinn erkennbar.

Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS. Am häufigsten benannte Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS waren für die Therapeutinnen/Therapeuten technische Probleme, gefolgt vom zeitlichen Aufwand, von Rahmenbedingungen (fehlende Ressourcen, fehlende Struktur, Planbarkeit, Praxisabläufe mussten neu strukturiert werden, kein Zugang zu Internet, Tablets, etc.), eigene Unsicherheiten und Zweifel. Wenige Nennungen gab es zu Schwierigkeiten mit der Motivation und Compliance von Therapeutinnen/Therapeuten, mangelnder Vertrautheit mit dem SNS und zu wenig Schulung. Lediglich ein- bis zweimal benannt wurden Skepsis auf Seiten der Patientinnen/Patienten, Kosten, technischer Support und Datenschutz.

Knapp die Hälfte der Therapeutinnen/Therapeuten beantwortete die Frage, was sie aus heutiger Sicht anders machen würden. Die Antworten waren sehr gemischt. Einige Therapeutinnen/Therapeuten würden nichts anders machen, andere würden den Umgang mit SNS-basierten Feedbackgesprächen ändern (mehr Gespräche, 1. Feedbackgespräch schneller durchführen, Diagramme auch schon beim ersten Gespräch anschauen), mehr personalisierte Fragebögen verwenden, das ISM anders nutzen und mehr Struktur und Schulung einfordern.

Entwicklungen und Veränderungen in der Nutzungspraxis. Die häufigsten Angaben zur Weiterentwicklung und Veränderung der Nutzungspraxis waren: mehr Patientinnen/Patienten einbezogen, häufigere SNS-basierte Feedbackgespräche, mehr Auswertungsmethoden und Fragebogenkombinationen verwenden.

Fortbildung vor der Anwendung. SNS-Kurse in Teilen und die Teilnahme am Zertifizierungskurs waren die am häufigsten angegebenen Fortbildungen (23 Befragte). Fortbildung im Rahmen der Ausbildung benannte ein/e Teilnehmer/-in. 5 Therapeutinnen/Therapeuten gaben an, keine Fortbildung vor der ersten Anwendung gemacht zu haben.

22 Therapeutinnen/ Therapeuten nehmen unregelmäßig und 11 regelmäßig an **SNS-Interviews- und Supervisionsgruppen** teil.

Eine Anwendung des SNS würde in Zukunft attraktiver erlebt werden, wenn den Anwender/-innen mehr Informationen zur Verfügung gestellt werden (Bedienungsanleitungen, Auswertungshilfen, zentraler Fragenpool und Tutorial sowie Erklärvideos). Stabile Technik und verlässlicher Support wurden ebenfalls von einigen wenigen Anwender/-innen benannt.

Eine Verbreitung würde die Implementierung in Aus- und Weiterbildung sowie Schulungen mit Praxisbezug/Fallbeispielen und Tagungen unterstützen.

Nicht-Anwender/-innen. Die am meisten benannten Gründe, weshalb Therapeutinnen/Therapeuten bisher kein internet- oder app-basiertes Monitoring nutzen, sind: sie kennen kein app-basiertes Monitoring, Einarbeitung und Anwendung sind zu zeitaufwendig, inkompatibel mit ihrer Haltung oder/und ihrem Beziehungsangebot, die Kosten sind zu hoch und sie befürchten negative Auswirkungen auf die Therapiebeziehung.

Vom Einsatz eines internet- oder app-basiertes Monitorings würden sich die Therapeutinnen/Therapeuten überzeugen lassen, wenn es schnell und leicht zu bedienen, unkompliziert wäre und wenn sie mehr Informationen (Aufwand, Pro- und Contra, Nutzen, Mehrwert) hätten.

Andere MFS	SNS	Nicht-Anwender/-innen
Therapeutinnen/Therapeuten	Therapeutinnen/Therapeuten - <i>vor Implementierung</i>	Therapeutinnen/Therapeuten - <i>vor Implementierung</i>
Fehlendes Wissen		
<ul style="list-style-type: none"> Fehlendes Wissen über die Anwendung von Monitoring: Zeitaufwand, MFS ist überflüssig, bringt keinen Mehrwert, nur Mehrarbeit 		<ul style="list-style-type: none"> Kein Monitoring- und Feedbacksystem kennen
Zeit		
<ul style="list-style-type: none"> (Zeit-) Aufwand zu hoch 	<ul style="list-style-type: none"> (Zeit-) Aufwand zu hoch 	<ul style="list-style-type: none"> (Zeit-) Aufwand zu hoch
Technik		
<ul style="list-style-type: none"> Technische Probleme Technik zu kompliziert 	<ul style="list-style-type: none"> Technische Schwierigkeiten/ Infrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> Zusätzlicher technischer Aufwand
Kosten		
	<ul style="list-style-type: none"> Hohe Kosten 	<ul style="list-style-type: none"> Hohe Kosten
Beteiligte Personen		
<ul style="list-style-type: none"> Mangelnde Motivation bei den Kolleginnen/Kollegen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ein MFS einzusetzen Negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung MFS passt nicht zur eigenen Arbeitsweise/ dem therapeutischen Ansatz 	<ul style="list-style-type: none"> Mangelndes Commitment und Compliance bei den Patientinnen/Patienten Sorge bezüglich der therapeutischen Beziehung Sorge wegen der Datensicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> Negative Auswirkungen auf den Therapieverlauf Negative Auswirkungen auf die Therapiebeziehung Nicht kompatibel mit der eigenen Haltung und/oder dem eigenen Beziehungsangebot

- Einstellung der Organisation/ der Mitarbeiter/-innen/ Kollegen/Kolleginnen gegenüber Feedback
- Zweifel am Nutzen, Relevanz und Validität der Daten, wenn diese auf Selbstberichterstattung der Patientinnen/Patienten, beruhen
- Ängste vor Missbrauch der Daten, externer Kontrolle, Rechenschaftspflicht, neg. Konsequenzen, wenn Patientinnen/Patienten nicht profitieren
- Negative Vorerfahrungen mit einem MFS
- MFS kann Selbstkritik und Zweifel an der eigenen therapeutischen Leistung und Wirksamkeit fördern
- Negative Aussagen von Kolleginnen/Kollegen über MFS
- Skepsis gegenüber standardisierten Messungen (spiegeln nicht die Erfahrungswelt des Patienten/der Patientin wider, Dominanz des Symptommfokus)
- Mangelndes Commitment der Kolleginnen/Kollegen
- Befürchtung, dass SNS zur Diagnostik oder Überwachung genutzt wird, ohne es mit Pat. abzusprechen
- Eingeschränkte Anwendbarkeit bei Patientinnen/Patienten (nur kognitiv fit, nicht schwer erkrankte)
- Eigene Unsicherheit/ Überforderung
- Skepsis gegenüber Digitalisierung
- Kein Nutzen erkennbar

Organisation

- Mangelnde Schulung/ Training
- Mangelnde Unterstützung
- Organisationsklima und Arbeitsbedingungen (Priorisierung von Aufgaben im Stationsalltag und Nutzung während der Arbeitszeit)
- Keine Akzeptanz der Einrichtung

Merkmale des MFS

- MFS ist nicht auf jeweiliges Setting anwendbar
- Fragebögen sind nicht geeignet durch Standardisierung
- Nicht vielfältig, individuell genug, Komplexität kann dadurch nicht besser abgebildet werden

Therapeutinnen/Therapeuten- *im Zuge der Implementierung*

- Rahmenbedingungen (fehlende Ressourcen (personell und zeitlich), fehlende Struktur, Planbarkeit, Praxisabläufe mussten neu strukturiert werden, kein Zugang zu Internet, Tablets, etc.)
- Zeitlicher Aufwand
- Unsicherheiten, Zweifel und Skepsis auf Seiten der Anwender/-innen
- Mangelnde Motivation, Compliance auf Seiten der Patientinnen/Patienten
- Mangelnde Vertrautheit mit den Funktionalitäten und Auswertungsmethoden
- Zu wenig Schulung
- Skepsis gegenüber SNS auf Seiten der Patientinnen/Patienten
- Motivation der Therapeuten/Therapeutinnen
- Sorge wegen Datenschutz
- In Institutionen: Vorbehalte und Skepsis auf Seiten der Leitung oder der Kolleginnen/Kollegen, Mehraufwand, organisatorische Veränderungen (Herausgabe von Tablets an Patientinnen/Patienten)

Patientinnen/Patienten	Patientinnen/Patienten- im Zuge der Anwendung des SNS
<ul style="list-style-type: none"> • Skepsis gegenüber standardisierten Messungen • Skepsis bezüglich der Motive von Dienstleistern • Sorge keine guten Patientinnen/Patienten zu sein, sich mit den Antworten zu schaden, negativ bewertet zu werden, Leistungen gestrichen zu bekommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zweifel am Nutzen, wenn die Fragen nicht passend für Patientinnen/Patienten sind oder nicht mehr zum jeweiligen Thema/ zur jeweiligen Situation passen • Ausfüllcompliance kann beeinträchtigt werden, wenn keine Fortschritte sichtbar sind • Patientinnen/Patienten erleben viel Stress in ihrem Alltag • Feedbackgespräche werden zu oberflächlich erlebt • Zu wenig Erläuterung des theoretischen Hintergrundes

Tabelle 81. Darstellung von Hürden und Barrieren bei der Implementierung und Nutzung eines MFS, unterteilt nach Anwender/-innen linearer MFS, SNS-Anwender/-innen und Nicht-Anwender/-innen

Ergebnisse der explorativen Analysen

Therapeutinnen und Therapeuten mit Schulung vs. ohne Schulung wurden in Bezug auf die Auswirkungen auf die wahrgenommenen Effekte, den Nutzen, die Therapiebeziehung, die Veränderungsmotivation und die Nutzungspraxis (Methodennutzung, Umgang mit den Daten, Anzahl der Feedbackgespräche) verglichen. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Hinsichtlich der Nutzung der Auswertungstools wurde ein Trend sichtbar, dass mehr Schulung zur Nutzung von mehr Auswertungsoptionen führt.

Zwischen den unterschiedlichen Therapieschulen und zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen konnten keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die erfassten therapeutischen Effekte, die Auswirkungen auf die Therapiebeziehung, die Veränderungsmotivation und den Nutzen für die therapeutische Arbeit gefunden werden. Es fanden sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den unterschiedlichen therapeutischen Settings (ambulant vs. (teil-)stationär) in Bezug auf die erfassten therapeutischen Effekte, die Auswirkungen auf die Therapiebeziehung, die Veränderungsmotivation und den Nutzen für die therapeutische Arbeit. Auch ein Vergleich zwischen unterschiedlichen Nutzungsmöglichkeiten des SNS (Verlaufsmessung und Prozessgestaltung) erbrachte in dieser Befragung keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die erfassten therapeutischen Effekte, die Auswirkungen auf die Therapiebeziehung, die Veränderungsmotivation und den Nutzen für die therapeutische Arbeit.

Die Items zu therapeutischen Effekten, Nutzen, Therapiebeziehung und Veränderungsmotivation in der Anwendung des SNS wiesen untereinander durchgängig positive Zusammenhänge auf.

6.2 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Aktueller Stand der Implementierung und Nutzungspraxis

Die an der Befragung teilnehmenden Anwender/-innen und die von den Therapeutinnen und Therapeuten beschriebene Patientinnen-/Patientengruppe sowie der Einsatz des SNS in unterschiedlichen Settings zeigen, dass es keine Einschränkungen hinsichtlich Setting, Therapieverfahren, Diagnosegruppe und Alter gibt. Diese Studie zeigt, dass das SNS sowohl ambulant wie (teil-)stationär bei unterschiedlichsten Patientinnen/Patienten mit diversem Bildungsgrad und beruflichem Hintergrund eingesetzt wird. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, unterschiedlichen Therapieschulen und Settings in Bezug auf therapeutische Effekte, Nutzen, Therapiebeziehung und Veränderungsmotivation. Das SNS ist somit flächendeckend in der Routinepraxis einsetzbar (vgl. auch Schiepek, 2022b).

Die unterschiedlichen **Therapieverfahren** der professionellen SNS-Anwender/-innen zeigen, dass das SNS ein generisches Monitoring- und Feedbacksystem ist, welches schulenübergreifend und integrativ genutzt werden kann. Die SNS-Anwender/-innen bewerten den Einsatz des SNS als sinnvoll und gewinnbringend. Akzeptanz und Nutzerfreundlichkeit des SNS werden von der Mehrheit der Anwender/-innen *gut bis sehr gut* eingeschätzt.

Viele SNS-Anwender/-innen nutzen das SNS ein Jahr und länger, mehrheitlich im ambulanten Setting, aber auch im (teil-)stationären **Setting**. Sie haben somit umfassende Praxiserfahrungen, über die sie Auskunft geben können.

Eine leichte Zunahme der professionellen SNS-Anwender/-innen ist in den letzten 5 Jahren zu verzeichnen (s. h. Abb. 51). Die fortschreitende Digitalisierung im Bereich der Psychotherapie wurde von den Therapeutinnen/Therapeuten als ein Grund für SNS-Anwendung angegeben. In der klinischen Praxis wird das SNS, ebenso wie andere MFS, nach wie vor viel zu wenig genutzt. In bisherigen Überblicksarbeiten (z. B. de Jong et al., 2025) und im Rahmen der Nicht-Anwender/-innen-Befragung wird deutlich, dass die Aufklärung über MFS viele Therapeutinnen und Therapeuten bisher nicht erreicht hat. Es existieren Annahmen über negative Wirkungen, die durch eine gute Aufklärung reduziert werden könnten.

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass die **Nutzung des SNS** im Vergleich zu anderen MFS, über die reine Prozesserfassung, -evaluation und -steuerung hinausgeht und auch zur Gestaltung von Therapieprozessen sowie mit der Intention als Interventionsinstrument eingesetzt wird. Die Nutzung des SNS zu Forschungszwecken ist vermutlich gering, da die meisten Befragten ausschließlich praktisch tätige Klinker/-innen sind.

Die SNS-Anwender/-innen sind an den Entwicklungsverläufen interessiert und waren dadurch motiviert, SNS zu nutzen. Die Patientinnen/Patienten scheinen ein hohes Eigeninteresse an der Nutzung des SNS zu haben, da nur ein kleiner Teil der Patientinnen/Patienten angab, von dem Therapeuten/der Therapeutin motiviert worden zu sein.

Die **Nutzungspraxis** des SNS ist nicht einheitlich, wie bei anderen MFS auch. Die Beschreibungen der SNS-Anwender/-innen zeigen, dass sie unter anderem abhängig ist vom Setting, den strukturellen Bedingungen, den SNS-Anwender/-innen, vom genutzten Fragebogen und vom Prozessverlauf.

In dieser Befragung berichteten die SNS-Anwender/-innen von unterschiedlichen Ausfüllzeiträumen (wenige Wochen bis über ein Jahr). Die langen Ausfülldauern der Fragebögen bestätigen, dass hochfrequentes Monitoring machbar ist. Hochfrequente Datenerfassung führt nach Angaben der Patientinnen und Patienten nicht zu einer zusätzlichen Belastung, sondern wird unkompliziert, hilfreich und unterstützend erlebt.

Die **Motivation** zur Nutzung des SNS und die Ausfüllcompliance werden unter anderem beeinflusst durch außertherapeutische Faktoren, wie den erlebten Stress im Alltag und durch die Gestaltung der Fragebögen. Erweisen sich Fragebögen als nicht sinnvoll für die eigenen Themen, dann sinken Motivation und Ausfüllcompliance bei den Patientinnen und Patienten. Dies geht einher mit den beschriebenen Einschränkungen in der Nutzungspraxis von anderen MFS, wo Kritik im Zusammenhang mit vorgegebenen, größtenteils normierten, Fragebögen die Zufriedenheit und Motivation zur Nutzung minimierte (Börjesson & Boström, 2020; Hovland et al., 2022; Ionita et al., 2016; Solstad et al., 2020) . Der Unterschied zum SNS ist jedoch darin zu sehen, dass andere MFS eine Individualisierung und Personalisierung in der Nutzung erst einmal ermöglichen müssen. Nur dann können sie eine Reduktion beschriebener Einschränkungen erreichen und Motivation, Flexibilität und Nutzen für die Anwender/-innen damit steigern (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022). Das SNS hingegen bietet die Möglichkeit der Individualisierung und Personalisierung. Die Herausforderung besteht hier darin, die Fragebögen zusammen mit den Patientinnen/Patienten passend zu gestalten und zu erkennen, wann diese nicht mehr hilfreich erlebt werden. Der erlebte Stress im Alltag der Patienten/Patientinnen kann auch die Nutzungsbereitschaft reduzieren.

In der Praxis zeigt sich eine Nutzung unterschiedlicher **Fragebogenformate**. Sowohl Outcome- als auch (standardisierte und individuelle) Prozessfragebögen sind für die Therapeutinnen und Therapeuten wichtig und werden mehrheitlich in gemischten Kombinationen genutzt. Die Nutzung von Fragebogenkombinationen bestätigt den Befund von Jensen-Doss et al. (2018), dass

Therapeutinnen/Therapeuten mehrheitlich beide Arten von Messungen bevorzugen. Diese Befragung zeigte darüber hinaus, dass in einem Therapieverlauf auch unterschiedliche Prozessfragebögen (individuell und standardisiert) genutzt werden. Unterschiedliche Gründe für dieses Vorgehen wurden von Befragten angegeben. Die SNS-Anwender/-innen finden die Fragebögen nicht mehr passend und hilfreich, da die Patientinnen/Patienten durch die ersten Selbsteinschätzungen erkannt haben, dass sie andere Variablen relevant finden. Prozessfragebögen werden auch gewechselt oder beendet, da ein Therapieziel erreicht wurde, die Motivation sich verändert hat oder, wenn keine neuen Informationen aus den Daten generiert werden können. Von Abbrüchen eines Prozessmonitorings wurde im Zuge von technischen Schwierigkeiten berichtet, die das Ausfüllen des Fragebogens temporär nicht ermöglichten.

Die **Nutzungsdauer**, d. h. zum Beispiel, ob, wie lange und wie konstant ein Prozessfragebogen ausgefüllt wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Das Setting (ambulant, stationär) kann unter anderem eine Rolle spielen. Wenn es sich um kürzere Klinikaufenthalte oder Kurzzeittherapien handelt, werden die Ausfüllzeiten auch entsprechend kürzer sein. Die geringe Nutzung des SNS vor oder nach dem Klinikaufenthalt kann dadurch bedingt sein, dass meistens kein Kontakt zu den Patientinnen/Patienten besteht. Es gibt die Möglichkeit, das SNS auch vor einem Klinikaufenthalt zu nutzen, um so noch Wartezeit bis zum Beginn der stationären Maßnahme zu überbrücken und schon Informationen über Erlebensmuster zu generieren. Dies wäre beispielsweise mit einem standardisierten Prozessfragebogen realisierbar. In der ambulanten Praxis wäre so ein Vorgehen schwieriger, da man nicht weiß, ob Patientinnen/Patienten nach einer Wartezeit noch einen Psychotherapieplatz in der eigenen Praxis in Anspruch nehmen oder ob sie in einer anderen Praxis einen Therapieplatz erhalten haben.

Den Angaben der Therapeutinnen/Therapeuten zufolge, werden in der Nutzungspraxis offenbar nicht alle zur Verfügung stehenden **Auswertungsmethoden** genutzt. Die Therapeutinnen/Therapeuten nutzen mehrheitlich die implementierten Auswertungsmethoden zur Erkennung von Stabilität und Instabilität. Korrelationsmatrix und Recurrence Plots werden am wenigsten genutzt. Vermutlich sind diese schwieriger für die Therapeutinnen/Therapeuten auswert- und interpretierbar und es bedarf mehr Schulung und Expertise im Umgang mit diesen Datenanalysetools. Möglicherweise reichen die über die aus den anderen Auswertungsmethoden gewonnenen Informationen aber auch für die Prozesserfassung, -gestaltung und Evaluation aus. Dazu wurden in der Befragung keine Angaben gemacht und es wurde nicht explizit erfragt. Um Aussagen über die innere Kohärenz eines Systems und die Synchronisation von Subsystemen als Vorläufer für Veränderungsprozesse machen zu können, ist es jedoch auch erforderlich,

die Korrelationsmatrizen mit in die Datenauswertung einzubeziehen. Mehr Information und Schulung könnten hier hilfreich sein, um die Implementierungspraxis weiter zu verbessern.

Im Umgang mit den Daten (wie oft die Daten angeschaut werden) und der Häufigkeit von Feedbackgesprächen haben Therapeutinnen und Therapeuten ebenfalls unterschiedliche Vorgehensweisen. Unterschiedlichen Faktoren spielen dabei eine Rolle, wie zeitliche Ressourcen, Therapie- und Symptomverlauf, die Intention des Therapeuten/der Therapeutin (auf dem Laufenden bleiben wollen, sich auf die Sitzung vorbereiten, dem Patienten/der Patientin gegenüber Wertschätzung und Interesse ausdrücken wollen, zeitnah reagieren zu können). Auch der Bedarf der Patientinnen und Patienten ist hierbei relevant.

Die Inhalte der **Feedbackgespräche** variieren ebenfalls in Abhängigkeit vom Prozess und den Themen, Bedürfnissen und Interessen der beteiligten Personen.

Auch Studien zu anderen Monitoring- und Feedbacksystemen berichteten von unterschiedlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten im Umgang mit Feedback (Solstad et al., 2020). Einige Patientinnen/Patienten möchten mehr und regelmäßige Gespräche, während andere Patientinnen/Patienten den Schwerpunkt auf andere Themen wie aktuelle Ereignisse legen und Feedback eher weniger wichtig ist und nicht bis ins Detail besprochen werden muss (Solstad et al., 2020). De Jong et al. (2025) beschreiben in ihrer Liste mit acht Empfehlungen für die Kommunikation über Fortschrittsfeedback, dass die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten und Patientinnen berücksichtigt werden sollten (s. h. de Jong et al., 2025, Tabelle 2, S. 215).

In dieser Befragung zeigte sich eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten mit den Feedbackgesprächen, was nicht näher von den Patientinnen und Patienten erläutert wurde. Man könnte aus den Kommentaren anderer Fragen darauf schließen, dass dies an einer stärkeren Individualisierung der Prozesserfassung liegen könnte, an der stärkeren Eingebundenheit in den Prozess durch tägliches Ausfüllen, an einem gelingenden Abstimmen der Feedbackgespräche auf die Themen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Worauf sich Therapeutinnen/Therapeuten in der Besprechung der Daten einstellen müssen, ist, dass die Wirkung der in den grafischen Verlaufsdarstellungen sichtbar werdenden Verläufe auf das Erleben der Patientinnen/Patienten unterschiedlich ist. Manche Patientinnen/Patienten werden angespornt, aktiver zu werden, andere erleben dadurch eine Frustration. Auch diese unterschiedlichen Reaktionen zeigen, dass die Anwendung des SNS auch als Intervention angesehen werden muss, denn sie kann Veränderung anregen, beispielsweise dysfunktionale Reaktionsmuster auslösen, welche dann therapeutisch bearbeitet werden können.

Die Angaben der Therapeutinnen/Therapeuten zu den Feedbackgesprächen sowohl als bedeutsamer Faktor für die Ermöglichung von Effekten, als auch die Häufigkeit und Frequenz der Feedbackgespräche und die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten mit deren Frequenz und Inhalten in dieser Befragung zeigen, dass den Therapeutinnen/Therapeuten die Bedeutsamkeit der regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgespräche bewusst ist und sie dies entsprechend in der Praxis umsetzen.

Für eine gute **Implementierungsqualität** spricht die mündliche Aufklärung der Patientinnen/Patienten vor Nutzung des SNS. Die Hälfte der Patientinnen/Patienten erhielt zusätzlich schriftliche Informationen. Die Aufklärung über die Nutzung des SNS ist ein bedeutsamer Schritt, denn hier werden unter anderem Mehrwert und Nutzen für die Patientinnen und Patienten beschrieben, und dies kann motivationsfördernd und sinnstiftend sein. Unklar geblieben ist, über welche Punkte die Patientinnen und Patienten konkret aufgeklärt wurden.

Für eine gute Implementierungsqualität spricht auch, dass die SNS-Anwender/-innen berichten, dass sie neben den Ergebnisdaten auch qualitative Informationen von Patientinnen/Patienten aus den Tagebucheinträgen und/oder den SNS-basierten Feedbackgesprächen mit einbeziehen, um so über mehrere Informationsquellen die Entwicklungsverläufe und relevante Einflussvariablen zu verstehen. Damit können Fehlschlüsse, die nur aufgrund der Auswertung des Ergebnisfeedbacks entstehen können, minimiert werden (Desmet et al., 2021).

Die unterschiedliche Nutzung des SNS sowie der unterschiedliche Umgang mit den Daten und der Gestaltung von Häufigkeit und Inhalten der SNS basierten Feedbackgespräche zeigen, dass Therapeutinnen und Therapeuten sich flexibel auf Patientinnen/Patienten und ihre Bedürfnisse einstellen. Sie berücksichtigen in der Anwendung des SNS Notwendigkeit, Nützlichkeit und Machbarkeit. Die Anwendung des SNS in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten und die Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens an ihrem aktuellen Entwicklungsstand sprechen für eine gute Implementierungsqualität.

Förderliche Faktoren für die Implementierung und Nutzung des SNS

Wie andere Studien zeigt auch diese Online-Befragung, dass es Unterschiede in der Verwendung von Feedback gibt (Boswell et al., 2015; de Jong et al., 2021). Auch das SNS ist nicht für jeden Patienten/jede Patientin in gleicher Weise geeignet. Ob die Nutzung des SNS von den Anwender/-innen als hilfreich und gewinnbringend empfunden wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Unterschiede in der Anwendung des SNS scheinen offenbar auch eine wichtige Bedingung darzustellen, um psychologische Effekte und einen Nutzen durch den Einsatz des SNS zu erzielen. Das entspricht den Erkenntnissen in der Anwendung anderer MFS, die

beschreiben, dass die Wirkung eines MFS von der Anpassung an den Kontext und die Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten und Therapeutinnen/Therapeuten sowie der Art und Weise, wie beide zusammenarbeiten, abhängt (McAleavey & Moltu, 2021; Solstad et al., 2020). Auch Wampold (2015), van Doorn und de Jong (2022) äußerten, dass es nicht um die Frage geht, ob, sondern wie ein MFS in der Praxis genutzt wird.

Relevant für den erlebten **Nutzen und Mehrwert** des SNS in Therapie- und Entwicklungsprozessen sind die Einschätzungen von SNS-Anwender/-innen in Bezug auf Notwendigkeit, Nützlichkeit und Machbarkeit. Das SNS muss in mindestens einem Punkt als hilfreich und unterstützend erlebt werden. Wenn das SNS Informationen über den Therapieverlauf ermöglicht, bei der Gestaltung des therapeutischen Prozesses unterstützt und die Therapeutinnen und Therapeuten damit den Patientinnen/Patienten mehr Interesse an ihrem Entwicklungsverlauf signalisieren können, dann fördert dies die Nutzung. Auch die Expertise im Umgang mit dem SNS, einschließlich seiner Funktionalitäten und Frequenz sowie Gestaltung der Feedbackgespräche beeinflussen den wahrgenommenen Nutzen, die Effekte und somit die Qualität der Nutzungspraxis. Auch diese Befunde deuten, wie in anderen Studien, darauf hin, dass Schulung und Expertise im Umgang mit dem SNS auch die Nutzungsqualität beeinflusst. Mit zunehmender Expertise nutzen die Therapeutinnen und Therapeuten mehr Funktionalitäten, mehr personalisierte Fragebögen und führen mehr Feedbackgespräche durch.

Zusammenfassung: Förderliche und hilfreiche Faktoren für die Implementierung und Nutzungspraxis des SNS

Strukturelle Bedingungen:

- Zeitliche Ressourcen
- Technische Voraussetzungen (Internet, Endgeräte)
- Ausreichend Schulungs- und Unterstützungsangebote
- Informationsmaterial/ Tutorials/Erklärvideos
- Verlässlicher Support
- Mehr Hilfestellung des Systems bei den Diagrammauswertungen (Anzeigen von Auffälligkeiten, Ordnungsübergängen etc.)
- Regelmäßige Informationen erhalten über Veränderungen/Weiterentwicklungen

SNS:

- Gute Handhabbarkeit und Nutzerfreundlichkeit des SNS
- Stabile Funktionsfähigkeit

- Die Möglichkeit der Anpassung des SNS an unterschiedliche Kontexte/Settings und Anwender/-innengruppen.
- Viele Gestaltungsmöglichkeiten für individuelle therapiebezogene Anpassungen bieten (Nutzung unterschiedlicher Fragebogenformate, Erstellung individueller Fragebögen)

Beteiligte Personen:

- Gute therapeutische Beziehung
- Veränderungsmotivation auf Seiten der Patientinnen und Patienten
- Überzeugung und Engagement/Motivation auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten
- Wahrgenommene Expertise und Kompetenz der Therapeutinnen/Therapeuten im Umgang mit dem SNS
- Gute Vermittlung der Nutzungsmöglichkeiten und des Mehrwertes, der Anforderungen an die Mitarbeit der Patientinnen/Patienten und Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen in der Anwendung des SNS sowie den Umgang damit.
- Expertise in der Erstellung individueller Fragebögen
- Abstimmung von Frequenz und Inhalten der Feedbackgespräche am aktuellen Entwicklungsstand und den Anliegen und Bedürfnissen der Patienten/Patientinnen

6.2.2 Effekte und Mehrwert durch die Anwendung des SNS

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass durch die Anwendung des SNS vielfältige psychologische Effekte und Mechanismen angeregt bzw. unterstützt werden. Damit kann das SNS auch als klinisches Werkzeug genutzt und gezielt zur Förderung therapeutischer Wirkfaktoren und Veränderungsprozesse eingesetzt werden. Die Anwendung des SNS schafft im Sinne der Synergetik Anregungsbedingungen für Musterwechsel und das auf unterschiedliche Art und Weise, wie zum Beispiel durch die täglichen Selbsteinschätzungen und die SNS-basierten Feedbackgespräche. Die beschriebenen psychologischen Effekte zeigen den vielfältigen Mehrwert des SNS sowohl für Patientinnen/Patienten als auch für Therapeutinnen/Therapeuten auf (s. h. Tabelle 80). Der in dieser Befragung beschriebene Mehrwert und Nutzen sowie die therapeutischen Effekte korrespondieren mit den Ergebnissen von Miachelis et al. (2022) und mit den beschriebenen Effekten in anderen Monitoring- und Feedbackstudien (Kapitel 2.3). Die Ergebnisse dieser Befragung betätigen, dass die psychologischen Effekte, wie bei anderen MFS auch, nicht nur durch das MFS selbst und seine Nutzung, sondern durch unterschiedliche Variablen und ihr Zusammenspiel ermöglicht werden. Sie konstituieren sich auch aus den

Charakteristika und der Zusammenarbeit der beteiligten Personen (Therapeut/-in und Patient/-in), den Lebensbedingungen der Patientinnen/Patienten, dem therapeutischen Setting, der Nutzung des SNS im Therapieprozess sowie der Gestaltung und Häufigkeit der Feedbackgespräche. In den Kommentarfeldern und auch in der Frage danach, wodurch diese therapeutischen Effekte erzeugt werden, benennen die SNS-Anwender/-innen das Zusammenspiel von täglichem Ausfüllen, grafischen (Verlaufs-)Darstellungen und regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgesprächen (Häufigkeit und Inhalte). Ebenfalls relevant sind Patientinnen- und Patientenvariablen (z. B. ihr Störungsbild, ihre mentalen Fähigkeiten, ihre Motivation), Therapeutinnen-/Therapeutenvariablen und der Stellenwert, den sie dem SNS in der Therapie geben. Außerdem ist es relevant, wie oft sie sich die Daten anschauen und das Setting (zum Beispiel kann der Transfer in den Alltag nach einer stationären Behandlung nicht erfasst werden, wenn keine Post-Messung vorgesehen ist).

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass manche Effekte von vielen SNS-Anwenderinnen/SNS-Anwendern beschrieben werden, während andere seltener benannt wurden. Diese werden ebenfalls als bedeutsam angesehen und in den Überblick zu Effekten und Nutzen (Tabelle 80) aufgenommen, da sie für einen bestimmten Patienten/eine bestimmte Patientin eine große Bedeutung im eigenen Entwicklungsprozess haben können.

Am Beispiel des Umgangs mit den Daten zeigt sich, wie die unterschiedlichen Variablen untereinander zusammenhängen. Der Umgang mit den Daten ist abhängig vom Anwender-/Anwenderinnenstatus (Beginner oder fortgeschrittene SNS-Anwender/-innen), vom wahrgenommenen und kommunizierten Bedarf der Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten. Zudem spielen der, in den Daten sichtbare, aktuelle Entwicklungsverlauf, das Setting (wie oft werden Patientinnen/Patienten gesehen) sowie die jeweiligen aktuellen zeitlichen Ressourcen der Therapeutinnen/Therapeuten eine Rolle.

Die folgenden Ausführungen machen deutlich, wie der Einsatz des SNS unterschiedliche Reflexions- und Feedbackschleifen anregen kann, für die Patientinnen/Patienten selbst, für die Therapeutinnen/Therapeuten selbst und im Rahmen der SNS-basierten Feedbackgespräche (Schiepek, 2009). Die therapeutischen Effekte können aber auch das Ergebnis der Messung selbst sein, im Sinne einer reaktiven Messung. In dem Fall würde durch die Messung selbst schon die Veränderung angestoßen werden (Schiepek et al., 2013).

Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten beschreiben, dass durch das regelmäßige Ausfüllen Erkenntnisprozesse angeregt und durch die gewonnenen Daten, Zusammenhänge besser erkannt werden können. Das tägliche Reflektieren fördert die Kenntnis über das Vorhandensein der eigenen Gefühle und Gedanken zu bestimmten Lebensumständen/-

ereignissen. Durch das tägliche Beantworten der Fragen denken die Patientinnen/Patienten mehr über sich und ihre Situation nach und erkennen, welche Themen aktuell sind. Sie sind sich bewusster, ob es ihnen in manchen Bereichen gut oder schlecht geht und wo Veränderung stattfinden soll. Sie können dadurch leichter gewisse Handlungen unterlassen, die krisenhafte Zustände fördern.

Patientinnen/Patienten berichten, durch die Kurvenverläufe und ihre Besprechungen in den SNS-basierten Feedbackgesprächen neue Einblicke in ihren Veränderungsprozess zu erhalten. Sie entwickeln durch die Diagramme und Reflexionsgespräche ein differenziertes Bild vom eigenen Erleben und ein differenziertes Selbstbild. Auch positive Aspekte des Tages rücken mehr in den Fokus, Verzerrungen werden durch die Rückschau reduziert, eindimensionales Denken wird minimiert, Muster werden erkennbar und Schwächen in der Selbstreflexion werden schneller deutlich. Das Betrachten der Kurven macht bewusster, wie sich der Umgang mit Symptomen verändert, Wahrnehmungsverzerrungen werden deutlich, können kritisch hinterfragt werden und damit kann eine veränderte Sicht auf vergangene Krisen erreicht werden. Die SNS-Anwender/-innen beschreiben, dass sie in der Zusammenschau der verschiedenen Items, dem Übereinanderlegen von Kurven, Zusammenhänge und neue Möglichkeiten der Problembewältigung entdecken können. Hypothesen können bei der Betrachtung der Kurven geprüft und bestätigt werden, sie können aber auch nicht bestätigt werden und damit neue Erkenntnisse liefern. Verbesserungen werden sichtbar durch das Monitoring. Es kann sich auch zeigen, was nicht läuft, und darüber können neue Informationen über Reaktionsmuster gewonnen werden. Es wird sichtbar, wo Erlebens- und Reaktionsmuster mal ganz anders sind, was zum Beispiel helfen kann, fatalistische Blickwinkel oder eine negative Sicht auf die eigenen Kompetenzen zu relativieren. Regelmäßige SNS-basierte Feedbackgespräche auf Basis der Prozessdaten sind notwendig und sinnvoll, um das SNS gewinnbringend in Therapien zu nutzen. Dass Datenfeedback allein nicht ausreicht, sondern der Einbezug der Patientinnen/Patienten relevant und wichtig ist, wurde auch in anderen Studien beschrieben. Diese Schilderungen unterstreichen, wie auch beim Einsatz anderer MFS, das Potenzial und die Bedeutung des Zusammenspiels von regelmäßigen Selbsteinschätzungen, Visualisierung der Daten in Diagrammen und Feedbackgesprächen.

Im Vergleich zu anderen MFS kann beim Einsatz des SNS die Therapie von Anfang an individueller auf die Patientinnen/Patienten abgestimmt werden. Schon bei der Erstellung individueller Fragebögen beginnt der Einbezug der Patientinnen/Patienten, das Arbeiten auf „Augenhöhe“ und der kollaborative Prozess, während die Patientinnen/Patienten bei der Nutzung anderer MFS keinen Gestaltungsspielraum bei den genutzten Fragebögen haben. Individuelle

Erlebens- und Reaktionsmuster können so besser erfasst werden. Die Vielfalt der Ergebnismaße und Auswertungsmethoden, welche die nichtlinearen Eigenschaften abbilden, können den individuellen Entwicklungsverlauf sichtbar machen.

Die Ergebnisse zeigen, dass durch den Einsatz des SNS therapeutische Wirkfaktoren und deren Zusammenspiel unterstützt werden können (Schiepek & Cremers, 2003). Die Patientinnen/Patienten erleben sich durch das tägliche Ausfüllen stärker in den Therapieprozess einbezogen, womit die Aufnahmebereitschaft für therapeutische Angebote erhöht werden kann. Sie beschreiben eine Aktivierung von Emotionen, ein besseres Erkennen von Ressourcen und von Veränderungen sowie einer Steigerung des Kongruenzerlebens, wenn das Erleben validiert und/oder besser verstanden wird. Außerdem berichten sie von einer verbesserten Selbstwirksamkeit durch die Betrachtung der eigenen Verläufe und die Auswertung in den Feedbackgesprächen sowie einen positiven Einfluss auf die Veränderungsmotivation und auch auf die therapeutische Beziehung. Alle diese Variablen und/oder ihre Wechselwirkungen können Kontrollparameter sein, welche Selbstorganisationsprozesse anregen und damit Musterveränderungen (Schiepek et al., 2013).

Während andere MFS den Schwerpunkt darauf legen, Patientinnen/Patienten zu identifizieren, die nicht von der Therapie profitieren (Schiepek et al., 2020a; Lutz et al., 2019; Lambert et al., 2001), liegt ein wesentlicher Mehrwert und Nutzen des SNS auch darin, dass nicht nur Hindernisse identifiziert werden, die einen Therapiefortschritt negativ beeinflussen können, sondern auch Faktoren, die Therapie-/Entwicklungsfortschritte fördern. Im Therapieprozessbogen werden unter anderen Variablen wie Motivation, Selbstwirksamkeit, erlebten Fortschritt etc. erfasst, welche zu Therapie-/Entwicklungsfortschritten von Patienten/Patientinnen beitragen (Schiepek et al., 2022b). In der Arbeit mit dem SNS können positive Affekte zum Beispiel durch Sichtbarwerden von Fortschritten, mehr Selbstvertrauen und Zuversicht angeregt werden, die infolge wiederum Selbstorganisationsprozesse anstoßen können.

Es gab bei fast allen Effekten einen kleinen Teil von Patientinnen/Patienten, die nicht vom Einsatz des SNS profitierten. Dafür kann es sehr unterschiedliche Gründe geben. Möglicherweise waren andere psychologische Effekte für diesen Patienten/diese Patientin relevanter, die nicht erfasst worden sind, oder sie hatten schon ausreichend Kenntnisse zum Beispiel zum Zusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln und konnten dadurch in diesem Bereich keine neuen Erkenntnisse gewinnen. Es kann auch sein, dass der Fragebogen nicht dem Bedarf des Patienten/der Patientin entsprach etc. Selten aber benannt wurden auch negative Wirkungen und Effekte, wenn zum Beispiel Informationen aus vielen Kurven von

Therapeutinnen/Therapeuten verarbeitet werden mussten und diese sich noch nicht so sicher in der Datenauswertung einschätzten oder wenn keine Veränderungen in den Kurven für Patientinnen/Patienten sichtbar waren. Negative Effekte wurden auch beschrieben, wenn sich die Therapeutinnen/Therapeuten in ihrer Organisation nicht mit einbezogen und zu wenig geschult und begleitet in der SNS-Anwendung fühlten. Dies sind auch Faktoren, welche in anderen Studien beschrieben werden, da sie negative Auswirkungen auf die Implementierung, den erlebten Nutzen und die Wirksamkeit von MFS haben können.

Der Vergleich aller 3 Stichprobengruppen zeigt, dass es Effekte in Therapiefeedbackgesprächen gibt, die offenbar unabhängig vom Einsatz eines MFS beschrieben werden. Therapiefeedbackgespräche sind generell bedeutsam für die Gestaltung des Therapieprozesses und zur Stärkung der Therapeut/-in-Patient/-in-Beziehung. Sowohl von den SNS-Anwenderinnen/SNS-Anwendern als auch von den Nicht-Anwenderinnen/Nicht-Anwendern wird beschrieben, dass Therapiefeedbackgespräche Klarheit über Erreichtes, Gelerntes und Nicht-Erreichtes ermöglichen und neue Erkenntnisse, Einsichten und ein vertieftes Verstehen fördern. Die Therapeutinnen und Therapeuten erleben eine Stärkung der Therapiebeziehung und beschreiben eine verbesserte Wahrnehmung von Änderungen der Symptomatik und des Erlebens der Patientinnen und Patienten. Auch beschreiben Therapeutinnen und Therapeuten, dass sie durch Feedbackgespräche positivere Auswirkungen auf die Strukturierung und das Einhalten eines roten Fadens erleben sowie eine Stärkung des Selbstwerterlebens der Patientinnen/Patienten. Die Effekte in den Feedbackgesprächen korrespondieren mit den Effekten, welche beim Einsatz des SNS und anderer MFS beschrieben wurden. Dies bestätigt, dass der Einsatz eines Monitoring- und Feedbacksystems nicht per se wirkt, sondern von verschiedenen Variablen und essenziell von den Feedbackgesprächen beeinflusst wird.

Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen darüber hinaus, dass durch den Einsatz eines hochfrequenten und nichtlinearen MFS wie dem SNS deutlich mehr Nutzen und vielfältigere Effekte für Therapieprozesse erzielt werden können als in den Evaluationsgesprächen der Nicht-Anwender/-innen. Zudem haben die SNS-Anwender/-innen eine Datenbasis für die Feedbackgespräche, welche zur Evaluation des Therapieprozesses genutzt werden kann. Diese steht permanent auf Höhe der Entwicklung zur Verfügung und muss nicht retrospektiv erschlossen werden. Dadurch ist jederzeit eine validere Evaluation des Prozesses möglich. Auch beim Einsatz eines hochfrequenten Monitorings werden additive Effekte berichtet (de Jong et al., 2021; Lutz et al., 2021). Zum Beispiel kann bei einer bestehenden Veränderungsmotivation diese noch durch den Einsatz des SNS gesteigert werden.

Durch das Zusammenspiel der verschiedenen Komponenten bestätigt sich auch im Rahmen dieser Befragung, wie die therapeutische Praxis durch die Anwendung des SNS zu einem selbstlernenden System wird (Schiepek, 2022b; Schiepek et al., 2016b).

Das beschriebene Vorgehen in der Anwendung des SNS und der Gestaltung der Feedbackgespräche zeigt, dass die Therapeutinnen/Therapeuten die Eigendynamik der individuellen Entwicklung von Patientinnen/Patienten ernst nehmen und berücksichtigen. Die von den Patientinnen/Patienten beschriebene stärkere Eingebundenheit in den Prozess bestätigt, dass sie sich mehr als Gestalter ihres eigenen Entwicklungsprozesses erleben.

Therapeutische Beziehung. Konsistent zu beschriebenen Befunden in anderen (Fall-)Studien und Befragungen (z. B. Boswell et al., 2013; Demir et al., 2022; Gomez et al., 2022; Hellesteth et al., 2023; Kronberger, 2015; Lutz et al., 2011; Tilden & Witthaker, 2022; Tzur-Bitan et al., 2020; Youn et al., 2012) hat der Einsatz des SNS überwiegend positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. Dadurch, dass die Therapeutinnen/Therapeuten mehr über das Erleben ihrer Patientinnen und Patienten im Therapieverlauf mitbekommen, können Rupturen in der Therapiebeziehung frühzeitig erkannt und thematisiert werden (Kotte et al., 2016, Lutz et al., 2011; Tilden & Whittaker, 2022). Die Zusammenarbeit wird durch die Anwendung des SNS gefördert und Patientinnen/Patienten werden stärker in die Therapie einbezogen. Durch den Einsatz des SNS kann also die Therapiebeziehung als wichtige Wirkvariable für Veränderungsprozesse gefördert werden. In anderen Studien wurden auch Befürchtungen über negative Auswirkungen auf die Therapiebeziehung benannt (Boswell et al., 2013; Tasca et al., 2015). Es wurde aber nicht konkret benannt, welche genau. Die Therapeutinnen/Therapeuten dieser Befragung gaben an, dass die Nutzung des SNS die Therapiebeziehung belasten kann, wenn Patientinnen/Patienten sich zur Anwendung gezwungen fühlen oder befürchten, dass die Informationen zu ihrem Nachteil verwendet werden könnten. Das würde aber vermutlich auch bei anderen Interventionen zu einer Belastung der Therapiebeziehung führen, da hier keine vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich wäre und kein gemeinsamer, kollaborativer Prozess mehr vorliegen würde.

Veränderungsmotivation. Die Anwendung des SNS fördert auf unterschiedliche Art und Weise, wie andere MFS auch, die Veränderungsmotivation. Diese kann schon vorher vorhanden sein und noch einmal durch zum Beispiel die Sichtbarkeit der Fortschritte verstärkt werden. Sie kann weiterhin durch den stärkeren Einbezug der Patientinnen/Patienten mit ihren individuellen Zielen und Bedürfnissen in personalisierten Fragebögen sowie durch die gemeinsame Reflexion des Entwicklungsverlaufs gezielt gefördert werden.

6.2.3 Mehrwert und Nutzen des SNS für die therapeutische Arbeit aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten

Der Einsatz des SNS schafft für die Therapeutinnen/Therapeuten einen Mehrwert und Nutzen für die therapeutische Arbeit.

Die Therapeutinnen/Therapeuten profitieren vom Einsatz des SNS in Therapieprozessen, und dies auf eine unterschiedliche Art und Weise. Die Anwendung des SNS liefert mehr Informationen über den Therapieprozess, hilft bei der Arbeit entlang eines „roten Fadens“ und unterstützt auf unterschiedliche Art und Weise bei der Gestaltung des Therapieprozesses. Einige Therapeutinnen/Therapeuten beschreiben eine bessere Gesprächsgrundlage. Sie können Hypothesen prüfen und nehmen Modifikationen ihres Vorgehens und/oder der Therapieziele vor. Die Daten geben Therapeutinnen/Therapeuten somit über die klinische Einschätzung hinaus, Informationen über das Erleben des Patienten/der Patientin und ihre Entwicklungsdynamiken. Damit zeigt sich, dass die Anwendung des SNS, Daten liefert, die das therapeutische Vorgehen zusätzlich unterstützen, da therapeutische Entscheidungen auf den aktuellen Entwicklungsstand/Systemzustand abgestimmt werden können. Therapeutinnen/Therapeuten können auf Basis dieser Informationen das therapeutische Vorgehen dadurch besser auf den Patienten/die Patientin abstimmen. Der beschriebene Nutzen wurde auch in der Nutzungspraxis anderer MFS beschrieben (z. B. Barkham et al., 2023; Demir et al., 2022; Schaffrath et al., 2022).

Die Möglichkeit zur Individualisierung und Personalisierung der Therapie wird von den Therapeutinnen/Therapeuten unterschiedlich genutzt. Idiografische Systemmodellierung und personalisierte Fragebögen spielen dabei für viele Therapeutinnen/Therapeuten dieser Befragung eine wichtige und zentrale Rolle, andere halten eins von beiden oder beide Komponenten nicht für zwingend und notwendig, um das SNS einzusetzen.

Die Therapieprozesse werden durch die täglichen Selbsteinschätzungen valider evaluiert und nutzen sowohl Therapeutinnen/Therapeuten als auch Patienten/Patientinnen für eine bessere Einschätzung des Entwicklungsverlaufs.

6.2.4 Umsetzungs- bzw. Anwendungsbarrieren

Die **Implementierung des SNS erfolgt schrittweise und individuell unterschiedlich**, wie auch bei anderen MFS. Bei der Implementierung des SNS ist mit mehr Skepsis und Bedenken auf Seiten der Therapeutinnen/Therapeuten wie der Patientinnen/Patienten zu rechnen. Patientinnen und Patienten stehen dem Einsatz des SNS eher offen und interessiert gegenüber und äußern nur vereinzelt Bedenken (z. B. Schiepek, 2022a; Michaelis et al., 2021; Lutz et al., 2011; Castonguay et al., 2013). Dies bestätigt Befunde anderer Studien, wo die Bedenken der

Therapeutinnen/ Therapeuten größer waren als die der Patientinnen/Patienten. Dies sollte auch mit Nicht-Anwenderinnen/-Anwendern und Beginnern kommuniziert werden, um anfängliche Bedenken von Therapeutinnen/Therapeuten hinsichtlich Commitment, Interesse und Überforderung der Patientinnen/Patienten abzubauen. Zu Nutzungsbeginn des SNS bestand seitens der Patientinnen und Patienten mehrheitlich keine Skepsis gegenüber der Anwendung des SNS. Wenn Patientinnen und Patienten Angaben zu Hindernissen gemacht haben, dann waren es folgende: ein To-do mehr am Tag, Bedenken wegen des Datenschutzes und technische Probleme. Professionelle SNS-Anwender/-innen, Nicht-Anwender/-innen und professionelle Anwender/-innen anderer MFS beschreiben als anfängliche Bedenken den zeitlichen Aufwand und Sorgen hinsichtlich eines geringen Commitments, einer möglichen Überforderung und mangelnder Motivation der Patientinnen und Patienten. Sie befürchten zu hohe Kosten sowie Inkompatibilität mit der eigenen Haltung und dem Beziehungsangebot und negative Auswirkungen auf die Therapiebeziehung.

Wie in anderen Studien auch zeigte sich in der Befragung der Nicht-Anwender/-innen, dass sie kein MFS nutzen, da sie noch nichts davon gehört haben. Die Angst, mit der Technik nicht zurechtzukommen, bestätigte sich nicht. Fragen der Technikakzeptanz und Technikkompetenz scheinen keine relevanten Hindernisse zu sein. Die Äußerungen der Nicht-Anwender/-innen unterstützen die Annahme, dass fehlendes Wissen über MFS und den Nutzen eine wesentliche Implementierungsbarriere darstellt (Ionita et al., 2016; Tasca et al., 2015).

Einige der anfänglich geäußerten Bedenken haben sich im Zuge der Einführung des SNS als unbegründet erwiesen. Die Implementierung in der Praxis wird von den SNS-Anwendern/SNS-Anwenderinnen dieser Befragung zu Beginn als (zeit-)aufwendiger Prozess, aber nicht über die Maßen anstrengend beschrieben. Dies unterscheidet sich nicht unbedingt vom Aufwand, der beim Erlernen neuer Technologien oder neuer Therapiemethoden der Fall ist. Ist Routine aufgebaut, wird der Einsatz des SNS überwiegend als zeitlich angemessen eingeschätzt und der Nutzen wird deutlicher wahrnehmbar.

Insgesamt haben sich Bedenken hinsichtlich des Commitments, der Motivation oder einer Überforderung der Patientinnen und Patienten bei der Einführung des SNS nicht bestätigt. Einige wenige Therapeutinnen/Therapeuten gaben an, dass das regelmäßige Ausfüllen und kein erkennbarer Nutzen Hürden auf Seiten der Patientinnen/Patienten sein können. Patientinnen/Patienten benannten selbst auch den nicht erkennbaren Nutzen als Implementierungshindernis sowie mangelnde Sinnhaftigkeit und mangelnde Motivation. Am häufigsten benannte Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS waren für die Therapeutinnen/Therapeuten vor

allem technische Probleme, gefolgt von fehlenden zeitlichen Ressourcen, ungünstigen Rahmenbedingungen (fehlende Ressourcen, fehlende Struktur, Planbarkeit, Praxisabläufe mussten neu strukturiert werden, kein Zugang zu Internet, Tablets etc.) und Unsicherheiten und Zweifeln bei den Therapeutinnen/Therapeuten. Kosten und Datenschutz wurden von den SNS-Anwender/-innen zwar benannt, stellten aber keine wesentlichen Hindernisse dar.

Im Vergleich zu anderen MFS äußerten die Patientinnen/Patienten in dieser Befragung keine Skepsis hinsichtlich der Fähigkeit des SNS, die Komplexität ihrer Gesundheit oder ihres Lebens zu erfassen, oder zur Verwendung der Daten. Limitierungen, welche in den Charakteristika des MFS selbst liegen, wie zum Beispiel den implementierten Fragebögen (Ionita et al., 2016; Rye et al., 2019; Solstad et al., 2020), werden in dieser Befragung so nicht beschrieben. Im Norse Feedback System wurde eine Individualisierung durch Ausblenden und Hinzunehmen von Items realisiert. Es werden dabei aber immer noch Antwortformate vorgegeben (McAleavey et al., 2021). Die Patientinnen/Patienten äußerten sich weiterhin kritisch in der Anwendung des Norse Feedback Systems, da sich zeigte, dass einige Fragen fehlten, andere nicht relevant waren und auch die vorgegebenen Antwortformate schwierig in Bezug auf die Beschreibung des eigenen Erlebens empfunden wurden (Hovland et al., 2020). Das SNS bietet, wie auch Aafjes-van Doorn & de Jong (2022) empfehlen, maximale Freiheit für Therapeutinnen/Therapeuten und Patientinnen/Patienten in der Gestaltung eines individuellen Monitorings. Unpassend formulierte Items, zu lange Fragebögen und nicht mehr zum aktuellen Entwicklungsstand passende Fragebögen können aber auch bei der Nutzung individueller Fragebögen die Motivation zur Nutzung beeinträchtigen. Die Therapeutinnen/Therapeuten benötigen Schulungen in der Gestaltung von individuellen Fragebögen und der Formulierung von Items und Antwortskalen, damit sie gemeinsam mit den Patientinnen/Patienten Items so formulieren, dass Daten generiert werden, die auch sinnvoll in der Therapie genutzt werden können. Die SNS-Anwender/-innen berichteten nicht, wie bei anderen MFS, über Einschränkungen bezüglich kultureller Anpassungen (Koslofsky & Rodríguez, 2017). Unklar ist, ob es daran liegt, dass das SNS diesbezüglich maximale Freiheit bietet, oder ob dies nicht erwähnt wurde, da wir dies nicht erfragt haben. Limitierungen bestehen durch die Rahmenbedingungen und die Anwender/-innen selbst. Wenn Therapeutinnen/Therapeuten und/oder Patientinnen/Patienten nicht mit einem MFS arbeiten möchten, keinen Sinn und Nutzen darin erkennen oder von einer Einrichtung gezwungen werden, es einzusetzen, oder sie es nicht wie vorgesehen einsetzen, dann beeinträchtigt dies die Nutzung. Diese Bedingungen stellen auch bei der Nutzung des SNS ein Hindernis dar. Da bei der Implementierung (Zeit-)Aufwand investiert werden muss, stellen hohes Arbeitsaufkommen

und unklare Priorisierung von Arbeitsabläufen und -aufgaben sowie fehlende Struktur auch bei der Implementierung des SNS Barrieren dar.

Unterschiedliche Settings und die Länge therapeutischer Prozesse stellten für die SNS-Anwender/-innen keine wesentlichen Barrieren dar, denn die implementierten Fragebögen und die Möglichkeit der Erstellung individueller Fragebögen ermöglichen eine gute Anpassung an unterschiedliche Settings. Eine Barriere war die Implementierung im Gefängnis, wo die Patientinnen/Patienten keinen Zugang zu entsprechenden Endgeräten haben und kein Internetzugang verfügbar ist.

Die an dieser Befragung teilnehmenden professionellen SNS-Anwender/-innen äußerten nicht, dass das SNS nicht zu ihrer Arbeitsweise bzw. ihrem therapeutischen Ansatz passt, wie bei anderen MFS (Lucock et al., 2015; Unsworth et al., 2012). Damit bestätigt sich, dass das SNS als generisches System unabhängig vom Therapieansatz einsetzbar ist.

Weder von den Nicht-Anwenderinnen und Nicht-Anwendern noch von den SNS-Anwenderinnen und SNS-Anwendern wurde Skepsis an der Aufrichtigkeit der selbstberichteten Ergebnisse benannt (wie bei Prescott et al., 2017), noch Skepsis an der Messung selbst, wie bei standardisierten MFS. Die Mehrheit sieht eine zusätzliche Unterstützung in der Gestaltung der Psychotherapie und positive Effekte für den Veränderungsprozess der Patientinnen und Patienten.

Das SNS lässt sich nach den vorliegenden Daten gut in der Praxis implementieren. Es bietet den Anwender/-innen durch seine unterschiedlichen Funktionalitäten Flexibilität in der Anwendung und Möglichkeiten der individualisierten Erfassung und Steuerung von Therapieprozessen. Die meisten Therapeutinnen/Therapeuten setzen die empfohlenen Kriterien einer erfolgreichen Implementierung um (Aafjes-van Doorn & de Jong, 2022). Sie informieren sich über das SNS und das dahinterliegende Paradigma, haben Kontakt zu Personen, die es auch in der Praxis nutzen, haben Kontakt zu den Entwicklern. Sie schauen die Daten regelmäßig an und verwenden sie im therapeutischen Prozess für Entscheidungen im therapeutischen Vorgehen, und sie führen regelmäßig Feedbackgespräche durch.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Online-Befragung ist festzustellen, dass das SNS die Richtlinien für die Evaluation im Bereich ambulanter Psychotherapie erfüllt (Schiepek et al., 2018, S. 359). Es fokussiert sowohl den Therapieprozess als auch die Ergebnisqualität, kann einrichtungsbezogen eingesetzt werden, kann an den Patienten/Patientinnen orientiert werden und liefert quantitative und qualitative Informationen zum subjektiven Erleben der Patienten/Patientinnen, kann verfahrens- und diagnoseübergreifend eingesetzt werden, ermöglicht die Erfassung individueller Therapieziele und dokumentiert den Therapieverlauf.

Auch in dieser Befragung wird deutlich, dass Therapeutinnen und Therapeuten eine bedeutsame Rolle spielen, wenn es um die Wirksamkeit von Feedback geht. Zudem erfordert der Einsatz des SNS vielfältige klinische Fertigkeiten und Fähigkeiten. Die Bedeutung der Therapeutinnen und Therapeuten für die Qualität der Implementierung, Nutzungspraxis und damit auch der Wirkung eines MFS zur Unterstützung von Veränderungsprozessen wurde in anderen Studien mehrfach betont (de Jong et al., 2025; de Jong et al., 2012; de Jong & de Goede, 2015; Lutz et al., 2015). Auch in dieser Befragung berichteten die Therapeutinnen/Therapeuten, dass die Anwendung des SNS im Therapieprozess auch von eigenen Ressourcen und Kompetenzen abhängig ist. Kompetenzen, welche Therapeutinnen und Therapeuten in der Anwendung des SNS benötigen, sind unter anderem:

- ein Verständnis des Paradigmas komplexer, nichtlinearer, dynamischer Systeme und Gestaltung des Therapieprozesses im Rahmen eines synergetischen Prozessmanagements
- Kennen und Anwenden der im SNS implementierten Funktionalitäten
- Erstellung individueller Fragebögen
- Datenauswertung und -interpretation
- Besprechung von Entwicklungsverläufen mit Patientinnen und Patienten in den SNS-basierten Therapiesgesprächen
- Aufklärung und Motivierung zur Nutzung des SNS
- Erkennen von Problemen in der Motivation zur Nutzung
- Umgang mit den Reaktionen von Patientinnen und Patienten auf das Feedback
- Umgang mit Non-Respondern und Abbrüchen

Mangelnde Kompetenzen und Ressourcen können die Qualität der Nutzungspraxis und damit die therapeutische Wirkung des SNS einschränken. Dies bekräftigt die Notwendigkeit von Schulungen, Supervision und Intervision, um die klinischen Fähigkeiten der SNS-Anwender/-innen zu fördern und damit den Nutzen und Mehrwert zu erhöhen sowie therapeutische Effekte zu fördern.

Von den Anwender/-innen werden gewünscht: die Bereitstellung von mehr Infomaterial, Erklärvideos, Bedienungsanleitungen, Fragen- und Antwortenpool, Handbücher und Austausch, eine stabile Technik und ein verlässlicher Support. SNS-Anwender/-innen wünschten sich eine einfachere Änderung von Fragen/Items und Patientinnen und Patienten wünschten sich mehr Zugriffsmöglichkeiten, um selbst die Daten anschauen zu können. In der Nicht-Anwendergruppe wurde ein Interesse deutlich, mehr Informationen zu Aufwand, Nutzen, Mehrwert und Pro und Contra zu hören.

6.3 Limitationen

6.3.1 Methode: Online-Befragung

Die Methode der Online-Befragung selbst kann als ein limitierender Faktor gesehen werden. Online-Befragungen werden mittlerweile in vielen Lebensbereichen sehr häufig durchgeführt, was zu Ermüdungseffekten führt und damit zu mangelnder Beteiligung, wodurch die Repräsentativität eingeschränkt wird (Döring & Bortz, 2016, S. 415).

6.3.2 Selektive und kleine Stichprobe

Durch die Erhebungsmethode einer Online-Befragung und die Kontaktierung der Anwender/-innen per Mail entsteht eine Selbstselektion, da vermutlich überwiegend interessierte, zufriedene und motivierte Teilnehmer/-innen geantwortet haben. Zudem konnten nur Personen erreicht werden, von denen eine Kontakt-E-Mail vorlag. Die Selbstselektion und höhere Ausfallquoten wurden im Vorfeld in Kauf genommen, da Datenschutz und Schweigepflicht als wichtiger erachtet wurden. Die Repräsentativität der Ergebnisse ist daher eingeschränkt.

Die Anwendung des SNS erfolgt bisher bei unterschiedlichen Nutzergruppen, überwiegend in Einzeltherapien von Erwachsenen. In der Paartherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie in Gruppentherapien wird das SNS ebenfalls, aber weniger eingesetzt. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten und Paar- und Familientherapeuten sind in dieser Befragung unterrepräsentiert, wodurch eine Verzerrung hinsichtlich der Nutzungspraxis im KJP-Bereich und für Paare und Familien vorliegt. Auch bisherige Veröffentlichungen von anderen MFS beschreiben eine geringe Nutzung von Monitoring- und Feedbacksystemen in Therapien von Kindern und Jugendlichen, Familien und Paaren.

6.3.3 Nicht erfasste Rücklaufquote bei den SNS-Anwender/-innen

Die nicht erfasste Rücklaufquote stellt ebenfalls eine Einschränkung dieser Befragung dar. Eine verzerrte Anwenderstichprobe könnte in dieser Befragung vorliegen und damit zu Ergebnisverzerrungen und einer Beeinträchtigung der Datenqualität führen.

6.3.4 Messinstrument

Mehrere Faktoren können die Aussagekraft und Qualität der in dieser Befragung gewonnenen Daten einschränken:

- Bei Online-Befragungen werden die Frageninhalte nicht erklärt. Dadurch bieten die verwendeten Begriffe unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten und es kann nicht

sichergestellt werden, dass jeder Befragte die gleiche Auffassung zu den in dieser Befragung verwendeten Begriffen teilt.

- Die Fragen können so formuliert sein, dass sie missverstanden werden. Durch die fehlende Möglichkeit zur Klärung von Fragen konnten Unklarheiten nicht besprochen werden. Teilnehmer/-innen haben deshalb möglicherweise relevante Informationen nicht geteilt oder konnten ihre Antworten nicht erläutern. Auch unverständliche Antworten konnten nicht vom Untersucher geklärt werden und beeinträchtigen damit die Datenqualität (ungenau, unvollständig). In den Antworten der Befragten zeigte sich, dass manche Antworten nicht zur Frage passten. Zum Beispiel bei der Frage zur Therapierichtung gaben einige Befragte ihr Berufsfeld an. Eine Vorgabe von Kategorien wäre hier sinnvoll gewesen.
- Es ist zudem davon auszugehen, dass unterschiedliche Auffassungen und Interpretationen der im Fragebogen verwendeten Fachbegriffe wie zum Beispiel Selbstreflexion und Selbstregulation bestehen. Für zukünftige Befragungen wäre eine Operationalisierung der erfragten Begriffe hilfreich, zum Beispiel durch das Beschreiben des Begriffs und eines Beispiels. So könnten die Befragten besser prüfen, ob sie z. B. diesen Effekt in der SNS-Anwendung wahrnehmen. Qualitative Pretests: Auch könnten mehrere Fachkollegen/Fachkolleginnen oder Patientinnen/Patienten im Vorfeld gebeten werden, die Items nach Unstimmigkeiten, Verständnisschwierigkeiten und fehlenden Inhalten anzuschauen, um die Inhaltsvalidität zu verbessern (Döring & Bortz, 2016). Die Befragung der Patientinnen/Patienten wurde nicht vorher getestet, um Verständnisprobleme zu identifizieren, was die Qualität der Daten einschränken könnte.
- Wenn Fragen nicht präzise formuliert werden, kann dies zu ungenauen und missverständlichen Antworten führen. Die Frage „*Wo fand Ihre Therapie statt?*“ war zu unkonkret. Sie konnte zudem durch Mehrfachnennungen beantwortet werden. Dadurch ist nicht eindeutig identifizierbar, in welchem Setting das SNS eingesetzt wurde. Es ist aufgrund meiner Erfahrung und meines Kenntnisstandes davon auszugehen, dass das SNS nur (teil-)stationär oder nur ambulant genutzt wurde. In zukünftigen Befragungen sollte man explizit danach fragen, in welchem therapeutischen Setting das SNS angewendet wurde.
- Die Fragebögen für professionelle Anwender/-innen und Patientinnen/Patienten führen durch einen Wechsel der Fragearten und Skalierungen zu einer hohen kognitiven Beanspruchung, was möglicherweise die Datenqualität eingeschränkt hat (Döring & Bortz, 2016).
- Die offenen Fragen sind herausfordernd für die Teilnehmer/-innen, da sie sich erinnern müssen, und dadurch können sie Erinnerungsverzerrungen unterliegen.

- Verzerrungen durch Teilnehmer/-innen könnten ebenfalls vorliegen, wenn diese bewusst oder unbewusst ungenaue oder unehrliche Antworten gegeben haben, um soziale Erwünschtheit zu zeigen oder um die Umfrage schnell zu beenden. Die Ergebnisse können dadurch ungenau und unvollständig sein und damit keine umfassenderen Einblicke in das Erleben und die Meinung der Teilnehmer/-innen geben.
- Die Befragung ist eine reaktive Methode. Die Befragten wissen, dass sie an einer wissenschaftlichen Erhebung teilnehmen, weshalb die Ergebnisse auch dadurch beeinflusst sein können.
- Die dargestellten Daten sind durch die Auswahl der jeweiligen Fragen entstanden und bilden daher auch nur diese Bereiche ab.

6.3.5 Keine gewissenhaften Antworten

Unklar ist, inwieweit die Teilnehmer/-innen selbst den Fragebogen ausgefüllt haben, sich Zeit genommen haben und wie der Antwortprozess stattgefunden hat (beispielsweise allein und ungestört oder in Anwesenheit unter Austausch mit anderen Personen). Das könnte die Gültigkeit der Daten beeinträchtigen.

6.3.6 Länge der Fragebögen

Die Fragebögen für die SNS-Anwender/-innen waren sehr umfangreich, was die Ausfüllcompliance beeinträchtigte. Vermutlich sind Ermüdungseffekte bei den Befragten aufgetreten oder sie haben erst gar nicht an der Online-Befragung teilgenommen. Einige Teilnehmer/-innen füllten den Fragebogen auch nicht bis zum Ende aus, wodurch Daten fehlen.

6.3.7 Auswertungskritik

Die Bildung der Kategorien führte zu einer Trennung von Begriffen, die ggf. auch einer anderen Kategorie zugeordnet werden könnten.

Unterschiedliche Skalenformate in den geschlossenen Fragebögen ermöglichten kaum inferenzstatistische Auswertungsmethoden.

6.3.8 Fehlende Barrierefreiheit

Ein weiterer limitierender Faktor des SNS und dieser Online-Befragung ist die fehlende Barrierefreiheit, welche die Teilnahme von Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigungen oder Analphabeten ausschloss. Auch Kinder konnten nicht an der Befragung teilnehmen.

6.4 Zukünftige Forschung

Diese Online-Befragung zeigte, dass eine einmalige Befragung keine große Anwender/-innen-gruppe erreicht. Ein Zeitraum von 1,5 Jahren erwies sich in dieser Befragung als nicht ausreichend für die Gewinnung einer umfangreichen Stichprobe. Für zukünftige Forschungen sollte überlegt werden, kontinuierlich SNS-Anwender/-innen zu befragen, um Daten einer umfangreicheren Stichprobe zu erhalten. Denkbar wäre, im System einen Fragebogen einzustellen, der immer verfügbar ist und der SNS-Anwender/-innen die Möglichkeit bietet, Auskunft über Nutzen und Effekte, Schwierigkeiten etc. zu geben. Ebenfalls könnte ein Fragebogen (Mehrwert, problematische Aspekte etc.) entwickelt werden, der am Ende als Reflexionshilfe zum Einsatz des SNS in der jeweiligen Therapie von Patientinnen/Patienten und Therapeutinnen/Therapeuten genutzt werden kann. Diese Daten dienen dann der Reflexion im Abschlussprozess der Therapie und könnten für eine weitere Implementierungs- und Evaluationsstudie gesammelt werden. Aufgrund der Anonymisierung war in dieser Befragung eine Zuordnung der Antworten von Therapeutinnen/Therapeuten und Antworten der von ihnen therapierten und in dieser Studie befragten Patientinnen/Patienten nicht möglich. Die zukünftige Forschung könnte sich näher anschauen, ob beide Anwender/-innen therapeutische Effekte, Auswirkungen auf die Therapiebeziehung, auf die Veränderungsmotivation, Nutzerfreundlichkeit etc. ähnlich beschreiben oder nicht.

Zukünftige Studien könnten sich mehr mit den unterrepräsentierten Anwender/-innengruppen wie Kindern, Paaren, Familien, Menschen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund und Menschen mit Beeinträchtigungen in Bezug auf die Anwendung und Nutzung des SNS befassen. Sie könnten vergleichen, ob es bei diesen Anwender/-innen unterschiedliche Faktoren gibt, die eine erfolgreiche Implementierung fördern oder behindern, und ob es für diese Gruppen spezieller Anpassungen der einzelnen Komponenten (Fragebögen, Feedbackgespräche etc.) bedarf.

Befragungen von Non-Respondern und Abbrechern könnten Hinweise auf Faktoren liefern, welche eine gewinnbringende Implementierung und Nutzungspraxis behindern. In dieser Befragung wurde auch die Relevanz der Feedbackgespräche deutlich. Interessant wäre, mehr darüber zu erfahren, wie diese genau durchgeführt werden, wie Inhalte besprochen werden, wie sich das auf die Gestaltung der Therapie auswirkt und ob sich unterschiedliche Auswirkungen auf therapeutische Effekte, wahrgenommenen Nutzen und die Qualität der Nutzungspraxis zeigen.

Wenn das SNS mehr in den Ausbildungs- und Weiterbildungskontext implementiert werden sollte, wäre es interessant zu erfahren, wie dies von den betreffenden Kolleginnen und Kollegen umgesetzt und erlebt wird. Wieviel Schulung ist nötig, wie werden die Informationen in der Supervision genutzt, welche Lernfortschritte können erreicht werden und welche hinderlichen, schwierigen Faktoren werden beschrieben? Weitere Forschung ist erforderlich, um zu untersuchen, inwieweit Fortbildungen und Schulungen die Nutzungspraxis verbessern können und welchen Einfluss sie auf wahrgenommene Effekte und Nutzen haben.

7 Conclusio

Diese Online-Befragung hatte zum Ziel, mehr über die aktuelle Nutzungspraxis, psychologische Effekte, den therapeutischen Mehrwert und Nutzen sowie über Implementierungserfordernisse und -barrieren des Synergetischen Navigationssystems in der klinischen Praxis zu erfahren. Die Informationen stammen von SNS-Anwenderinnen und SNS-Anwendern unterschiedlichen Alters, verschiedener therapeutischer Fachrichtungen und Berufsgruppen (professionelle SNS-Anwender/-innen) sowie unterschiedlicher Berufsgruppen (Patientinnen/Patienten), wenn auch unter der Einschränkung einer vermutlich motivierten und überzeugten SNS-Anwender/-innengruppe. Die Nutzungspraxis zeigt, dass das SNS sowohl ambulant als auch (teil-)stationär bei unterschiedlichsten Patientinnen/Patienten mit diversem Bildungsgrad und beruflichem Hintergrund sowie einem breiten Spektrum an Diagnosen eingesetzt werden kann. Der Mehrwert des SNS als hochfrequentes Monitoring- und Feedbacksystem, basierend auf dem Paradigma nichtlinearer, komplexer Systeme, im Vergleich zu anderen MFS konnte aufgezeigt werden. Förderliche Faktoren für eine gewinnbringende Nutzung des SNS, wie beispielsweise stabile Funktionsfähigkeit des SNS, Überzeugung und Engagement auf Seiten der Therapeutinnen/Therapeuten, Expertise in der Erstellung individueller Fragebögen konnten identifiziert werden. Die Implementierungsbarrieren des SNS stimmen teilweise mit den bei anderen MFS beschriebenen Implementierungsbarrieren überein (beispielsweise fehlendes Wissen, (zeitliche) Ressourcen, technische Probleme, Skepsis der Anwender/-innen etc.). Unterschiede zu anderen MFS zeigen sich in den vielfältigen individuellen Nutzungsmöglichkeiten und den Funktionalitäten des SNS. Im Vergleich zu normativen MFS ist eine Erfassung vielfältiger Ergebnismaße (Symptome, Funktionalitäten, Ressourcen, Bedürfnisse, Fähigkeiten) und prozessualer Muster möglich. Das SNS bietet die aktuell umfassendste Möglichkeit zur individualisierten Prozesserfassung und –gestaltung. Die Anwendung zeigt, dass es als transdiagnostisches Instrument vielfältige Informationen über den aktuellen Entwicklungsprozess von

Patientinnen und Patienten liefert und damit die Gestaltung therapeutischer Prozesse unterstützt. Implementierungshindernisse wie nicht auf die individuelle Problematik bezogene Fragebögen, unpassende Antwortformate und einseitiger Symptommfokus wurden von den SNS-Anwender/-innen nicht beschrieben. Das SNS ermöglicht nicht nur die Identifizierung von Verschlechterungen, sondern auch von Verbesserungen und damit im Zusammenhang stehenden Risiko- und Resilienzfaktoren. Das SNS liefert den Therapeutinnen/Therapeuten nicht nur Ergebnisdaten über den individuellen Entwicklungsverlauf, sondern auch qualitative Daten über die Tagebuchfunktion und die SNS-basierten Feedbackgespräche und fördert damit eine validere Evaluation des therapeutischen Verlaufs.

Die SNS-Anwender/-innen beschreiben keine einheitliche Nutzung des SNS, sondern diese ist von diversen Faktoren abhängig, wie dem Setting (Klinik/Praxis), den strukturellen Bedingungen (Vorgaben einer Institution, materielle Gegebenheiten, Arbeitsaufkommen etc.), dem Therapiefokus, den Anwender/-innen (Therapeutinnen/Therapeuten mit ihrer Expertise, Einstellung zum SNS, ihren (zeitlichen) Ressourcen etc.), den Patient/-innen (Einstellung zum SNS, Motivation, ihren (zeitlichen) Ressourcen etc.), den Informationen über die aktuelle Entwicklung des Patienten/der Patientin, dem wahrgenommenen Nutzen, der Anwenderfreundlichkeit, der technischen Stabilität und von Schulungen. Die Ergebnisse dieser Befragung bestätigen, dass das SNS ein generisches System ist und im Vergleich zu anderen MFS eine individuelle Anpassung an verschiedene Settings, Vorgehensweisen und Bedürfnisse der Anwender/-innen ermöglicht.

Die von den professionellen SNS-Anwender/-innen beschriebenen psychologischen Effekte sind sehr vielfältig. Es gibt Effekte, die häufig und von beiden Anwender/-innengruppen beschrieben werden, und Effekte, die eher selten und individuell erlebt werden. Auch die psychologischen Effekte konstituieren sich aus dem Zusammenspiel der beteiligten Personen (Therapeut/-in und Patient/-in), aus ihrem individuellen Therapieprozess sowie der Nutzung des SNS und den SNS-basierten Feedbackgesprächen. Durch den Einsatz des SNS selbst und der an den Patientinnen/Patienten orientierten Nutzung werden die Voraussetzungen für Selbstorganisationsprozesse geschaffen und die Individualität menschlicher Veränderungsprozesse wird berücksichtigt. Therapeutische Wirkfaktoren, welche mit einem guten Therapieoutcome assoziiert sind, werden gefördert (Therapiebeziehung, Motivation etc.). Die Fähigkeiten der Kliniker/-innen können durch die Anwendung des SNS verbessert werden. Denn verzerrte Einschätzungen über den Therapieverlauf können korrigiert werden und eine stärker am Entwicklungsprozess der Patientinnen und Patienten orientierte Prozessgestaltung wird gefördert. Die Ergebnisse dieser Befragung bestätigen, dass die Anwendung des SNS somit auch zur Verbesserung

der Versorgungsqualität beitragen kann. Weitere Forschung ist notwendig, um herauszufinden, inwieweit Schulung und Fortbildung zu einer besseren Nutzungspraxis und zu besseren Effekten und Nutzen beitragen können. Zukünftige Untersuchungen könnten sich auf andere Patientengruppen konzentrieren, wie zum Beispiel Abbrecher oder Non-Responder, um daraus neue und/oder andere Vorgehensweisen und Anwendungsmöglichkeiten abzuleiten. Es wäre auch interessant herauszufinden, wie man den Einsatz des SNS in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien, bei Paaren, Familien, in Gruppentherapien, bei Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen, Menschen mit Beeinträchtigungen und im Aus- und Weiterbildungskontext mehr fördern kann, und welche psychologischen Effekte, welchen Mehrwert und Nutzen, welche Hindernisse und Barrieren diese SNS-Anwender/-innengruppen beschreiben.

Literaturverzeichnis

A

- Aafjes-van Doorn, K., & de Jong, K. (2022). How to make the most of routine outcome monitoring (ROM): A multitude of clinical decisions and nuances to consider. *Journal of Clinical Psychology*, 78(10), 2054–2065. <https://doi.org/10.1002/jclp.23438>
- Aafjes-van Doorn, K., & Meisel, J. (2022). Implementing routine outcome monitoring in a psychodynamic training clinic: It's complicated. *Counselling Psychology Quarterly*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2110451>
- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., ... Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341–382. <https://doi.org/10.1177/0011000005285875>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Anker, M. G., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: a randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704. <https://doi.org/10.1037/a0016062>
- an der Heiden, U. (1992). Chaos in health and disease: Phenomenology and theory. In W. Tschacher, G. Schiepek, & E. J. Brunner (Eds.), *Self-Organization and Clinical Psychology* (pp. 55–87). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-77534-5_3

B

- Babins-Wagner, R. (2017). Feedback-informed treatment in agency and clinic settings. In D. S. Prescott, C. L. Maeschalck, & S. D. Miller (Eds.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 167–185). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000039-009>
- Bantjes, J., Hunt, X., Tomlinson, M., & Smit, A. (2018). A case study of lessons learnt from implementing a routine outcome monitoring system for psychotherapy in a South African community clinic. *South African Journal of Psychology*, 48(2), 193–205. <https://doi.org/10.1177/0081246317720853>
- Bargmann, S. (2017). Achieving excellence through feedback-informed supervision. In D. S. Prescott, C. L. Maeschalck, & S. D. Miller (Eds.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 79–100). American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chs647.8>
- Bargmann, S. (2017). FIT-implementering i teori og praksis. In S. Bargmann (Ed.), *Feedback informed treatment: En grundbog* [Feedback informed treatment: An introduction] (pp. 189–207). Akademisk Forlag.

- Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Eds., pp. 258–297). Wiley.
- Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J., & Lutz, W. (2023). Routine outcome monitoring (ROM) and feedback: research review and recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841–855. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2181114>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Başar-Eroglu, C., Strüber, D., Kruse, P., Başar, E., & Stadler, M. (1996). Frontal gamma-band enhancement during multistable visual perception. *International Journal of Psychophysiology*, 24(1-2), 113–125. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(96\)00055-4](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(96)00055-4)
- Bech, P., Lindberg, L., & Moeller, S. B. (2018). The Reliable Change Index (RCI) of the WHO-5 in primary prevention of mental disorders. A measurement-based pilot study in positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(6), 404–408. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1463393>
- Benecke, C. (2022). *Stellungnahme zum IQTIG-Bericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“*. FB01 – Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie. <https://www.uni-kassel.de/fb01/institute/institut-fuer-psychologie/fachgebiete/klinische-psychologie-i/prof-dr-cord-benecke>
- Bergman, H., Kornør, H., Nikolakopoulou, A., Hanssen-Bauer, K., Soares-Weiser, K., Tollefsen, T. K., & Bjørndal, A. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD011729. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011729.pub2>
- Berking, M., Orth, U., & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 21–29. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.1.21>
- Bickman, L., Douglas, S. R., De Andrade, A. R., Tomlinson, M., Gleacher, A., Olin, S., & Hoagwood, K. (2016). Implementing a measurement feedback system: A tale of two sites. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(3), 410–425. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0647-8>
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: results of a randomized trial. *Psychiatric Services*, 62(12), 1423–1429. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.002052011>
- Bickman L. (2008). A measurement feedback system (MFS) is necessary to improve mental health outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1114–1119. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181825af8>
- Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M. S., Summerfelt, W. T., Noser, K., Wilson, S. J., & Karver, M. S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client

- progress and outcomes? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 70–74. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.31.1.70>
- Bohanske, R. T., & Franczak, M. (2010). Transforming public behavioral health care: A case example of consumer-directed services, recovery, and the common factors. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2nd Eds., pp. 299–322). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-010>
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Eds., pp. 219–257). John Wiley & Sons.
- Borntrager, C., & Lyon, A. R. (2015). Monitoring client progress and feedback in school-based mental health. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 74–86. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.03.007>
- Bos, F. M., Snippe, E., Bruggeman, R., Wichers, M., & van der Krieke, L. (2019). Insights of patients and clinicians on the promise of the experience sampling method for psychiatric care. *Psychiatric Services*, 70(11), 983–991. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900050>
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D., & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>
- Bovendeerd, B., de Jong, K., de Groot, E., Moerbeek, M., Hafkenscheid, A., & de Keijser, J. (2023). The effect of therapist characteristics on the use and outcome of systematic client feedback in outpatient mental healthcare. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1146–1157. <https://doi.org/10.1002/cpp.2873>
- Bovendeerd, B., de Jong, K., de Groot, E., Moerbeek, M., & de Keijser, J. (2021). Enhancing the effect of psychotherapy through systematic client feedback in outpatient mental healthcare: A cluster randomized trial. *Psychotherapy Research*, 32(6), 710–722. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2015637>
- Bovendeerd, B., de Jong, K., Colijn, S., de Groot, E., Hafkenscheid, A., Moerbeek, M., & de Keijser, J. (2019). Systematic client feedback to brief therapy in basic mental healthcare: Study protocol for a four-centre clinical trial. *BMJ Open*, 9(5), e025701. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025701>
- Börjesson, S., & Boström, P. K. (2020). “I want to know what it is used for”: Clients’ perspectives on completing a routine outcome measure (ROM) while undergoing psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(3), 337–347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1630780>
- Boyce, M. B., Browne, J. P., & Greenhalgh, J. (2014). The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research. *BMJ Quality & Safety*, 23(6), 508–518. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002524>
- Brakemeier, E.-L., & Herpertz, S. C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: Auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1125–1134. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00808-9>

- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M., Ryum, T., Wampold, B., Lara-Cabrera, M. L., & Iversen, V. C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (ROM) on therapy outcomes in the course of an implementation process: A randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 641–652. <https://doi.org/10.1037/cou0000286>
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Klöckner, C. A., Lara-Cabrera, M. L., Miller, S. D., Wampold, B., Ryum, T., & Iversen, V. C. (2019). Does the working alliance mediate the effect of routine outcome monitoring (ROM) and alliance feedback on psychotherapy outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 66(2), 234–246. <https://doi.org/10.1037/cou0000320>
- Bühning, P. (2011). Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der Psychotherapie“: Die Diskussion beginnt erst. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 10(7), 293.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: a broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 37(1), 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.04.002>
- Byrne, S. L., Hooke, G. R., Newnham, E. A., & Page, A. C. (2012). The effects of progress monitoring on subsequent readmission to psychiatric care: a six-month follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 113–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.005>

C

- Callaly, T., & Hallebone, A. P. (2001). Introducing the routine use of outcomes measurement to mental health services. *Australian Health Review*, 24(1), 43–50. <https://doi.org/10.1071/AH010043>.
- Callaly, T., Hyland, M., Coombs, T., & Trauer, T. (2006). Routine outcome measurement in public mental health: results of a clinician survey. *Australian Health Review*, 30(2), 164–173. <https://doi.org/10.1071/ah060164>
- Carlier, I. V., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J., & 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x>
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavy, A. (2013). Practice oriented research: Approaches and applications. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th Eds., pp. 85–133). Wiley.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: an introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.966348>
- Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., Muran, J. C., & Barber, J. P. (2015). Building clinicians-researchers partnerships: lessons from diverse natural settings and practice-oriented

initiatives. *Psychotherapy Research*, 25(1), 166–184.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.973923>

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>

Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>

Collyer, H., Eisler, I., & Woolgar, M. (2020). Systematic literature review and meta-analysis of the relationship between adherence, competence and outcome in psychotherapy for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 417–431.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1265-2>

Cooper, L. D., Murphy, H. G., Delk, L. A., Fraire, M. G., Van Kirk, N., Sullivan, C. P., Waldron, J. C., Halliburton, A. E., Schiefelbein, F., & Gatto, A. (2021). Implementing routine outcome monitoring in a psychology training clinic: A case study of a process model. *Training and Education in Professional Psychology*, 15(2), 87–96.
<https://doi.org/10.1037/tep0000298>

D

Davidson, K., Perry, A., & Bell, L. (2015). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology and Psychotherapy*, 88(1), 21–37.
<https://doi.org/10.1111/papt.12032>

Davidson, A. H., Poulsen, S., Lindschou, J., Winkel, P., Tróndarson, M. F., Waadegaard, M., & Lau, M. (2017). Feedback in group psychotherapy for eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 484–494.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000173>

de Felice, G., & Andreassi, S. (2014). How is the shape of change in the psychotherapeutic complex system? *Chaos and Complexity Letters*, 8(2/3), 109.

de Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019a). The misleading dodo bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology*, 54, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.01.006>

de Felice, G., Orsucci, F. F., Scozzari, A., Gelo, O., Serafini, G., Andreassi, S., Vegni, N., Paoloni, G., Lagetto, G., Mergenthaler, E., & Giuliani, A. (2019b). What differentiates poor and good outcome psychotherapy? A statistical-mechanics-inspired approach to psychotherapy research. *Systems*, 7(2), 22. <https://doi.org/10.3390/systems7020022>

de Felice, G., Giuliani, A., Pincus, D., Scozzari, A., Berardi, V., Kratzer, L., Aichhorn, W., Schöller, H., Viol, K., & Schiepek, G. (2022). Stability and flexibility in psychotherapy process predict outcome. *Acta Psychologica*, 227, 103604.
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103604>

- de Jong, K. (2016). Deriving implementation strategies for outcome monitoring feedback from theory, research and practice. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(3), 292–296. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0589-6>
- de Jong, K., Douglas, S., Wolpert, M., Delgadillo, J., Aas, B., Bovendeerd, B., Carlier, I., Compare, A., Edbrooke-Childs, J., Janse, P., Lutz, W., Moltu, C., Nordberg, S., Poulsen, S., Rubel, J. A., Schiepek, G., Schilling, V. N. L. S., van Sonsbeek, M., & Barkham, M. (2025). Using progress feedback to enhance treatment outcomes: A narrative review. *Administration and Policy in Mental Health*, 52(1), 210–222. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01381-3>
- de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, Article 102002. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>
- de Jong, K., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2023). *Routine outcome monitoring and feedback in psychological therapies*. Open University Press.
- de Jong, K., Douglas, S., Wolpert, M., Delgadillo, J., Aas, B., Bovendeerd, ... & Barkham, M. (2025). Using Progress Feedback to Enhance Treatment Outcomes: A Narrative Review. *Administration and Policy in Mental Health*, 52(1), 210–222. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01381-3>
- de Jong, K., & de Goede, M. (2015). Why do some therapists not deal with outcome monitoring feedback? A feasibility study on the effect of regulatory focus and person-organization fit on attitude and outcome. *Psychotherapy Research*, 25(6), 661–668. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076198>
- de Jong, K., Segaar, J., Ingenhoven, T., van Busschbach, J., & Timman, R. (2018). Adverse effects of outcome monitoring feedback in patients with personality disorders: A randomized controlled trial in day treatment and inpatient settings. *Journal of Personality Disorders*, 32(3), 393–413. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_297
- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22(4), 464–474. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.673023>
- Delgadillo, J., Deisenhofer, A. K., Probst, T., Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Kleinstäuber, M. (2022). Progress feedback narrows the gap between more and less effective therapists: A therapist effects meta-analysis of clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(7), 559–567. <https://doi.org/10.1037/ccp0000747>
- Delgadillo, J., McMillan, D., Gilbody, S., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J., Aguirre, E., & Ali, S. (2021). Cost-effectiveness of feedback-informed psychological treatment: Evidence from the IAPT-FIT trial. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103873. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103873>
- Delgadillo, J., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J., Gilbody, S., Ali, S., Aguirre, E., Appleton, M., Nevin, J., O'Hayon, H., Patel, U., Sainty, A., Spencer, P., & McMillan, D. (2018). Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression

- and anxiety: A multisite, open-label, cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 564–572. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30162-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30162-7)
- Delgadillo, J., Overend, K., Lucock, M., Groom, M., Kirby, N., McMillan, D., Gilbody, S., Lutz, W., Rubel, J. A., & de Jong, K. (2017). Improving the efficiency of psychological treatment using outcome feedback technology. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.011>
- Demir, S., Schwarz, F., & Kaiser, T. (2022). Therapy from my point of view: A case illustration of routine outcome monitoring and feedback in psychotherapeutic interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 78(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1002/jclp.23408>
- Desmet, M., Van Nieuwenhove, K., De Smet, M., Meganck, R., Deeren, B., Van Huele, I., Decock, E., Raemdonck, E., Cornelis, S., Truijens, F., Zeuthen, K., & Schiepek, G. (2021). What too strict a method obscures about the validity of outcome measures. *Psychotherapy Research*, 31(7), 882–894. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1865584>
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. (2021). *Psychotherapie aktuell* (13. Jahrgang, Sonderausgabe). DPtV.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., & Salvatore, G. (2020). *Metacognitive interpersonal therapy: Body, imagery and change*. Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780429350894>
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5., vollständig überarb., aktualisierte und erw. Aufl.). Springer.
- Douglas, S., Button, S., & Casey, S. E. (2016). Implementing for sustainability: Promoting use of a measurement feedback system for innovation and quality improvement. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 286–291. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0607-8>
- Duong, M. T., Lyon, A. R., Ludwig, K. A., Wasse, J. K., & McCauley, E. A. (2016). Student perceptions of the acceptability and utility of standardized and idiographic assessment in school mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 18(1), 49–63. <https://doi.org/10.1080/14623730.2015.1079429>
- Drapeau, M. (2012). 10 tools for progress monitoring in psychotherapy. *Integrating Science and Practice*, 2(2).
- Dresenkamp, A., & Mauler, B. (2018). Therapieevaluation – Wie geht es Ihnen heute? In S. Fliegel, W. Jänicke, S. Münstermann, G. Ruggaber, A. Veith & U. Willutzki (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Was sie kann und wie es geht – Ein Lehrbuch* (S. 789–810). DGVT-Verlag.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2007). *The Group Session Rating Scale*. Author.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2008). *The Outcome and Session Rating Scales: The revised administration and scoring manual, including the Child Outcome Rating Scale*. Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Duncan, E. A., & Murray, J. (2012). The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 12, 96. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-96>

Dyer, K., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2014a). Effects of providing domain specific progress monitoring and feedback to therapists and patients on outcome. *Psychotherapy Research*, 26(3), 297–306. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.983207>

Dyer, K., Hooke, G., & Page, A. C. (2014b). Development and psychometrics of the five item daily index in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 409–415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.003>

E

Eckmann, J.P., Kamphorst, S., & Ruelle, D. (1987) Recurrence plots of dynamical systems. *Europhysics Letters*, 4, 973-977. <http://dx.doi.org/10.1209/0295-5075/4/9/004>

Errázuriz, P., & Zilcha-Mano, S. (2018). In psychotherapy with severe patients discouraging news may be worse than no news: The impact of providing feedback to therapists on psychotherapy outcome, session attendance, and the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 125–139. <https://doi.org/10.1037/ccp0000277>

F

Falkenström, F., Josefsson, A., Berggren, T., & Holmqvist, R. (2016). How much therapy is enough? Comparing dose-effect and good-enough models in two different settings. *Psychotherapy*, 53(1), 130–139. <https://doi.org/10.1037/pst0000039>

Fartacek, C., Plöderl, M., & Schiepek, G. (2015). Idiographisches Systemmonitoring in der Suizidprävention. In I. Sammet, G. Dammann, & G. Schiepek (Hrsg.), *Der psychotherapeutische Prozess: Forschung für die Praxis* (S. 82–94). Kohlhammer.

Firth, N., Saxon, D., Stiles, W. B., & Barkham, M. (2020). Therapist effects vary significantly across psychological treatment care sectors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(5), 770–778. <https://doi.org/10.1002/cpp.2461>

Fornells-Ambrojo, M., Johns, L., Onwumere, J., Garety, P., Milosh, C., Iredale, C., Peters, E., Webster, A., & Jolley, S. (2017). Experiences of outcome monitoring in service users with psychosis: Findings from an Improving Access to Psychological Therapies for people with Severe Mental Illness (IAPT-SMI) demonstration site. *The British Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 253–272. <https://doi.org/10.1111/bjc.12136>

G

Gelo, O. C., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 379–395. <https://doi.org/10.1037/cou0000150>

Geissner, E., & Koch, S. (2021). Von A wie Angst bis Z wie Zwang: Störungsspezifische Messinstrumente zur Evaluation von Psychotherapie (Erwachsene). *Psychotherapeutenjournal*, 20(4), 312–322.

Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia [Routine outcome monitoring and feedback in psychotherapy]. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174–182. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>

Gleacher, A. A., Olin, S. S., Nadeem, E., Pollock, M., Ringle, V., Bickman, L., Douglas, S., & Hoagwood, K. (2015). Implementing a measurement feedback system in community mental

- health clinics: A case study of multilevel barriers and facilitators. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(3), 426–440. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0642-0>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(3), 325–343. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0710-5>
- Gómez, B., Fernández-Álvarez, J., & García, F. (2022). Implementing routine outcome monitoring in the treatment of a patient with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 78(10), 2002–2015. <https://doi.org/10.1002/jclp.23418>
- Greenhalgh, J., Gooding, K., Gibbons, E., Dalkin, S., Wright, J., Valderas, J., & Black, N. (2018). How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2, 42. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0061-6>
- Grossl, A. B., Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Hopkins, N. B. (2014). Client feedback data in supervision: Effects on supervision and outcome. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(3), 182–188. <https://doi.org/10.1037/tep0000025>
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.1.19>
- Gual-Montolio, P., Martínez-Borba, V., Bretón-López, J. M., Osma, J., & Suso-Ribera, C. (2020). How are information and communication technologies supporting routine outcome monitoring and measurement-based care in psychotherapy? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3170. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093170>
- Gumz, A., Bauer, K., & Brähler, E. (2012). Corresponding instability of patient and therapist process ratings in psychodynamic psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 22(1), 26–39. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.622313>
- Guthrie, D., McIntosh, M., Callaly, T., Trauer, T., & Coombs, T. (2008). Consumer attitudes towards the use of routine outcome measures in a public mental health service: A consumer-driven study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 92–97. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00516.x>

H

- Haken, H., & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie: Selbstorganisation verstehen und gestalten* (2., korr. Aufl.). Hogrefe.
- Håland, Å. T., & Tilden, T. (2017). Lessons learned from the implementation of a feedback system in couple and family therapy. In T. Tilden & B. E. Wampold (Eds.), *Routine outcome monitoring in couple and family therapy: The empirically informed therapist* (pp. 211–224). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-50675-3_12
- Halfon, S., Cavdar, A., Paoloni, G., Andreassi, S., Giuliani, A., Orsucci, F. F., & de Felice, G. (2019). Monitoring nonlinear dynamics of change in a single case of psychodynamic play therapy. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 23(1), 113–135.

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hansen, T. B. (2017). Implementering af FIT - beretninger fra praksis. In S. Bargmann (Eds.), *Feedback informed Treatment. En grundbog* [English: Feedback informed treatment. An introduction] (pp. 207–225). Copenhagen: Akademisk Forlag.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Happell B. (2008). Meaningful information or a bureaucratic exercise? Exploring the value of routine outcome measurement in mental health. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(10), 1098–1114. <https://doi.org/10.1080/01612840802319852>
- Hartmann, A., Orlinsky, D. E., Geller, J. D., & Zeeck, A. (2003). Der Inter-Session-Fragebogen (ISF): Ein Instrument zur Erfassung von psychotherapierelevanten Prozessen zwischen Sitzungen. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 53*(11), 464–468. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43391>
- Harmon, C., Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Slade, K., & Whipple, J. S. (2005). Improving outcomes for poorly responding clients: the use of clinical support tools and feedback to clients. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 175–185. <https://doi.org/10.1002/jclp.20109>
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(1), 25–32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2007). Why some clinicians use outcome measures and others do not. *Administration and Policy in Mental Health, 34*(3), 283–291. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0110-y>
- Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The current climate of outcome measures use in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(5), 485–491. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.485>
- Hayes, A. M., & Andrews, L. A. (2020). A complex systems approach to the study of change in psychotherapy. *BMC Medicine, 18*(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01662-2>
- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007a). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 409–421. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.409>
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007b). Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*(6), 715–723. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: an application to cognitive therapy for depression. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 939–947. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.66.6.939>
- Hayes, A. M., & Yasinski, C. (2015). Pattern destabilization and emotional processing in cognitive therapy for personality disorders. *Frontiers in Psychology*, 6, 107. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00107>
- Heath, R. A. (2014). *Nonlinear dynamics: Techniques and applications in psychology*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410605702>
- Hegland, P. A., McAleavey, A., Aasprang, A., Moltu, C., Kolotkin, R. L., & Andersen, J. R. (2022). The Norse Feedback in a population of patients undergoing bariatric surgery-Psychometric properties of a digital computer-adaptive questionnaire assessing mental health. *Clinical Obesity*, 12(1), e12491. <https://doi.org/10.1111/cob.12491>
- Heinzel, S., Tominschek, I., & Schiepek, G. (2014). Dynamic patterns in psychotherapy--discontinuous changes and critical instabilities during the treatment of obsessive compulsive disorder. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 18(2), 155–176.
- Hellesteth, M. M., McAleavey, A. A., & Moltu, C. (2023). Case report: A dual case study of how clinical feedback can be a communication aide and influence therapeutic work. *Frontiers in Psychology*, 14, 1199431. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1199431>
- Helmich, M. A., Wichers, M., Olthof, M., Strunk, G., Aas, B., Aichhorn, W., ... Schiepek, G. (2020). Sudden gains in day-to-day change: Revealing nonlinear patterns of individual improvement in depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(2), 119–127. <https://doi.org/10.1037/ccp0000469>
- Hetrick, S., Delloso, M., Simmons, M., & Phillips, L. (2015). Development and pilot testing of an online monitoring tool of depression symptoms and side effects for young people being treated for depression. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1) 66–69. <https://doi.org/10.1111/eip.12127>
- Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 255–263. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9142-4>
- Hooke, G. R., Savani, P., Stewart, B., Araujo, S., & Page, A. C. (2022). Illustrating routine outcomes monitoring at different points in a patient's journey: Inpatient then daypatient treatment of a patient with depressive and borderline symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 78(10), 2041–2053. <https://doi.org/10.1002/jclp.23426>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hovland, R. T., Ytrehus, S., Mellor-Clark, J., & Moltu, C. (2020). How patients and clinicians experience the utility of a personalized clinical feedback system in routine practice. *Journal of Clinical Psychology*, 79(3), 711–728. <https://doi.org/10.1002/jclp.22992>
- Hovland, R.T., & Moltu, C. (2019). Making way for a clinical feedback system in the narrow space between sessions: navigating competing demands in complex healthcare settings.

International Journal of Mental Health Systems, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0324-5>

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *The American Psychologist*, 51(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.51.10.1059>

I

Institute of Medicine (US) Committee on Crossing the Quality Chasm: Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. (2006). *Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions: Quality Chasm Series*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11470>

Ionita, G., Fitzpatrick, M., Tomaro, J., Chen, V. V., & Overington, L. (2016). Challenges of using progress monitoring measures: Insights from practicing clinicians. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 173–182. <https://doi.org/10.1037/cou0000122>

Ionita, G., & Fitzpatrick, M. (2014). Bringing science to clinical practice: A Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Canadian Psychology*, 55(3), 187–196. <https://doi.org/10.1037/a0037355>

J

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>

Janse, P. D., De Jong, K., Van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. J. P. M. (2016). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 5(5), 525–538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1152408>

Janse, P. D., de Jong, K., Veerkamp, C., van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. J. P. M. (2020). The effect of feedback-informed cognitive behavioral therapy on treatment outcome: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 818–828. <https://doi.org/10.1037/ccp0000549>

Janse, P. D., Veerkamp, C., de Jong, K., van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. J. P. M. (2023). Exploring therapist characteristics as potential moderators of the effects of client feedback on treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 690–701. <https://doi.org/10.1002/cpp.2828>

Janssen, M., Bovendeerd, B., & Christenhusz, L. (2021). The effect of systematic feedback on drop-out and no-show in forensic psychiatry: A pilot study. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 47(2), 50.

Jensen-Doss, A., Smith, A. M., Becker-Haimes, E. M., Mora Ringle, V., Walsh, L. M., Nanda, M., Walsh, S. L., Maxwell, C. A., & Lyon, A. R. (2018). Individualized progress measures are more acceptable to clinicians than standardized measures: results of a national survey. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(3), 392–403. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0833-y>

Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. <https://doi.org/10.1037/bul0000015>

Joint Commission. (2011). *Comprehensive accreditation manual for behavioral health care*. Joint Commission Resources.

K

Kaiser, T., Schmutzhart, L., & Laireiter, A. R. (2018). Attitudes of austrian psychotherapists towards process and outcome monitoring. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(5), 765–779. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0862-1>

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *The American Psychologist*, 63(3), 146–159. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>

Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., Bhattacharya, A., Gimson, A., Brütt, A. L., de Jong, K., & Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD011119. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011119.pub2>

Kleinstäuber, M., Lambert, M. J., & Hiller, W. (2017). Early response in cognitive-behavior therapy for syndromes of medically unexplained symptoms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1351-x>

Klostermann, K., Papagni, E., Henninger, M. W., (2020). Routine outcome monitoring in psychotherapy: Clinical and cost implications. *Journal of Addiction*, Volume 5, Issue 1, 5-7.

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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.2.254>

Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195(1), 15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>

Kordy, H., Hannover, W., & Richard, M. (2001). Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy: the Stuttgart-Heidelberg model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 173–183. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.69.2.173>

Kordy, H., & Senf, W. (1985). Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 35(8), 207–212.

Koslofsky, S., & Rodríguez, M. M. D. (2017). Cultural adaptations to psychotherapy: Real-world applications. *Clinical Case Studies*, 16(1), 3–8. <https://doi.org/10.1177/1534650116668273>

Kotte, A., Hill, K. A., Mah, A. C., Korathu-Larson, P. A., Au, J. R., Izmirian, S., Keir, S. S., Nakamura, B. J., & Higa-McMillan, C. K. (2016). Facilitators and barriers of implementing

a measurement feedback system in public youth mental health. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(6), 861–878. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0729-2>

Kratzer, L., Heinz, P., Pfitzer, F., Schennach, R., Aichhorn, W., Aas, B., & Schiepek, G. (2018). Real-Time Monitoring in der Behandlung komplexer PTBS: Ein Fallbericht. *Verhaltenstherapie*, 28(2), 93–99. <https://doi.org/10.1159/000481802>

Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267–276. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.563249>

Kraus, D. R., Seligman, D. A., & Jordan, J. R. (2005). Validation of a behavioral health treatment outcome and assessment tool designed for naturalistic settings: The Treatment Outcome Package. *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 285–314. <https://doi.org/10.1002/jclp.20084>

Köck, K. & Lutz, W. (2012). Therapieverlaufs- und Ergebnismessung im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung. *PiD-Psychotherapie im Dialog*, 13(1), 10–16. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298924>

Kronberger, H. (2014). Therapeutische Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie: Veränderungsprozesse in Fallvignetten. In I. Sammet, G. Dammann, & G. Schiepek (Hrsg.), *Der psychotherapeutische Prozess* (S. 67–81). Kohlhammer.

L

Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 31–41. <https://doi.org/10.1037/a0031294>

Lambert M.J., (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Eds., pp. 169-218)*. New York, NY: John Wiley.

Lambert M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>

Lambert M. J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2), 80–89. <https://doi.org/10.1159/000455170>

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. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>

Lambert, M. J., & Harmon, K. L. (2018). The merits of implementing routine outcome monitoring in clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12268. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12268>

Lambert, M. J., & Hawkins, E. J. (2001). Using information about patient progress in supervision: Are outcomes enhanced? *Australian Psychologist*, 36(2), 131–138. <https://doi.org/10.1080/00050060108259645>

- Lambert, M.J., Ogles, M.D. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert, M.J. (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th Eds., pp. 139-193) New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288–301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- 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. <https://doi.org/10.1080/713663852>.
- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A. P., Minami, T., & Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 31–41. <https://doi.org/10.1037/a0031294>
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (dynamic interpersonal therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry*, 74(1), 41–48. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.41>
- Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., Simon, G., & Kroenke, K. (2019). Implementing measurement-based care in behavioral health: A review. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 324–335. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3329>
- Lichtwarck-Aschoff, A., Hasselman, F., Cox, R., Pepler, D., & Granic, I. (2012). A characteristic destabilization profile in parent-child interactions associated with treatment efficacy for aggressive children. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 16(3), 353–379.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Orimoto, T. E., & Kolko, D. J. (2016). A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: A preliminary report and call for more studies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), 165–176. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12153>
- Lucock, M., Halstead, J., Leach, C., Barkham, M., Tucker, S., Randal, C., Middleton, J., Khan, W., Catlow, H., Waters, E., & Saxon, D. (2015). A mixed-method investigation of patient monitoring and enhanced feedback in routine practice: Barriers and facilitators. *Psychotherapy Research*, 25(6), 633–646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051163>
- Lutz, W., Böhnke, J. R., & Köck, K. (2011). Lending an ear to feedback systems: Evaluation of recovery and non-response in psychotherapy in a German outpatient setting. *Community Mental Health Journal*, 47(3), 311–317. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9307-3>

- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. A. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25(6), 625–632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Lutz, W., De Jong, K., Rubel, J. A., & Delgadillo, J. (2021). Measuring, predicting, and tracking change in psychotherapy. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7th Eds., pp. 89–133). Wiley.
- Lutz, W., Deisenhofer, A. K., Rubel, J. A., Bennemann, B., Giesemann, J., Poster, K., & Schwartz, B. (2022). Prospective evaluation of a clinical decision support system in psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(1), 90–106. <https://doi.org/10.1037/ccp0000642>
- Lutz, W., Clausen, S. A., & Deisenhofer, A.-K. (2019). Perspektiven einer evidenzbasierten und personalisierten Psychotherapie: Der Trierer Therapie Navigator (TTN). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000518>
- Lutz, W., Neu, R., & Rubel, J. A. (2019). *Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie*. Hogrefe.
- 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. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000125>
- Lutz, W., de Jong, K., Rubel, J. A., & Delgadillo, J. (2021). Measuring, predicting, and tracking change in psychotherapy. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: 50th anniversary edition* (7th Eds., pp. 89–133). John Wiley & Sons, Inc.
- Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A. K., Zimmermann, D., Böhnke, J. R., & Wittmann, W. W. (2015). Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research*, 25(6), 647–660. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1053553>

M

- Mackrill, T., & Sørensen, K. M. (2019). Implementing routine outcome measurement in psychosocial interventions – a systematic review. *European Journal of Social Work*, 23(5), 790–808. <https://doi.org/10.1080/13691457.2019.1602029>
- Madon, T., Hofman, K. J., Kupfer, L., & Glass, R. I. (2007). Public health: Implementation science. *Science*, 318(5857), 1728–1729. <https://doi.org/10.1126/science.1150009>
- Helleseth, M. M., McAleavey, A. A., & Moltu, C. (2023). Case report: A dual case study of how clinical feedback can be a communication aide and influence therapeutic work. *Frontiers in Psychology*, 14, 1199431. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1199431>
- McAleavey, A. A., Nordberg, S. S., & Moltu, C. (2021). Initial quantitative development of the Norse Feedback system: A novel clinical feedback system for routine mental healthcare. *Quality of Life Research*, 30(11), 3097–3115. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02825-1>

- McAleavey, A. A., & Moltu, C. (2021). Understanding routine outcome monitoring and clinical feedback in context: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 31(2), 142–144. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1866786>
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115–128. <https://doi.org/10.1177/0020764004040959>
- McClintock, A. S., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., Anderson, T., & Himawan, L. (2017). Enhancing psychotherapy process with common factors feedback: A randomized, clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 247–260. <https://doi.org/10.1037/cou0000188>
- Meehan, T., McCombes, S., Hatzipetrou, L., & Catchpoole, R. (2006). Introduction of routine outcome measures: staff reactions and issues for consideration. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 581–587. <https://doi.org/10.1111/j.1365-8502.2006.00985.x>
- Mellor-Clark, J., Cross, S., Macdonald, J., & Skjulsvik, T. (2016). Leading horses to water: Lessons from a decade of helping psychological therapy services use routine outcome measurement to improve practice. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(3), 279–285. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0587-8>
- Meyer, F., & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1), 53–61. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.31.1.53>
- Michaelis, R., Edelhäuser, F., Hülsner, Y., Trinka, E., Viol, K., & Schiepek, G. (2021). High-frequency monitoring of personalized psychological variables during outpatient psychotherapy in people with seizures: An uncontrolled feasibility study. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 122, 108119. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108119>
- Michaelis, R., Schöller, H., Popkirov, S., Edelhäuser, F., Kolenik, T., Trinka, E., & Schiepek, G. (2024). Psychological precursors of epileptic seizures. *Epilepsia*, 65(3), e35–e40. <https://doi.org/10.1111/epi.17865>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Chow, D. (2020). *Better results: Using deliberate practice to improve therapeutic effectiveness*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000191-000>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D., & Seidel, J. (2015). Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy*, 52(4), 449–457. <https://doi.org/10.1037/pst0000031>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91–100.
- Minieri, A. M., Reese, R. J., Miserocchi, K. M., & Pascale-Hague, D. (2015). Using client feedback in training of future counseling psychologists: An evidence-based and social justice practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 28(3), 305–323. <https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1055236>

- Muir, H. J., Coyne, A. E., Morrison, N. R., Boswell, J. F., & Constantino, M. J. (2019). Ethical implications of routine outcomes monitoring for patients, psychotherapists, and mental health care systems. *Psychotherapy, 56*(4), 459–469. <https://doi.org/10.1037/pst0000246>
- Moessner, M., Gallas, C., Haug, S., & Kordy, H. (2011). The clinical psychological diagnostic system (KPD-38): sensitivity to change and validity of a self-report instrument for outcome monitoring and quality assurance. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(4), 331–338. <https://doi.org/10.1002/cpp.717>
- Molenaar, P. C. M., & Campbell, C. G. (2009). The new person-specific paradigm in psychology. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 112–117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01619.x>
- Molenaar, P. C. M., Sinclair, K. O., Rovine, M. J., Ram, N., & Corneal, S. E. (2009). Analyzing developmental processes on an individual level using nonstationary time series modeling. *Developmental Psychology, 45*(1), 260–271. <https://doi.org/10.1037/a0014170>
- Moss, R. K., & Mousavizadeh, V. (2017). Implementing feedback-informed treatment: Challenges and solutions. In D. S. Prescott, C. L. Maeschalck, & S. D. Miller (Eds.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 101–121). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000039-006>

N

- Newnham, E. A., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2010). Monitoring treatment response and outcomes using the World Health Organization's Wellbeing Index in psychiatric care. *Journal of Affective Disorders, 122*(1-2), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.005>
- Nissen-Lie, H. A., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Falkenström, F., Holmqvist, R., Nielsen, S. L., & Wampold, B. E. (2016). Are therapists uniformly effective across patient outcome domains? A study on therapist effectiveness in two different treatment contexts. *Journal of Counseling Psychology, 63*(4), 367–378. <https://doi.org/10.1037/cou0000151>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3rd Eds.). Oxford University Press.

O

- Ogles, B. M., Goates-Jones, M. K., & Erekson, D. M. (2022). Treatment success or failure? Using a narrative interview to supplement ROM. *Journal of Clinical Psychology, 78*(10), 1986–2001. <https://doi.org/10.1002/jclp.23345>
- O'Donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist, 46*(2), 101–112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1157–1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., Aas, B., Schiepek, G., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2019a). Destabilization in self-ratings of the psychotherapeutic process is associated with

better treatment outcome in patients with mood disorders. *Psychotherapy Research*, 30(4), 520–531. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1633484>

Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., van Rooij, M., Aas, B., Helmich, M. A., Schiepek, G., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2019b). Critical fluctuations as an early-warning signal for sudden gains and losses in patients receiving psychotherapy for mood disorders. *Clinical Psychology Science*. <https://doi.org/10.1177/2167702619865969>

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Collaborative Research Network of the Society for Psychotherapy Research. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>

Østergård, O. K., Randa, H., & Hougaard, E. (2020). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy-A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(2), 195–212. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949>

P

Pejtersen, J. H., Viinholt, B. C. A., & Hansen, H. (2020). Feedback-informed treatment: A systematic review and meta-analysis of the Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6), 723–735. <https://doi.org/10.1037/cou0000420>

Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M., & Kordy, H. (2005). Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem (KPD-38): Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. *Diagnostica*, 51(3), 134–144.

Peterson, A. P., & Fagan, C. (2017). Training the next generation in routine outcome monitoring: Current practices in psychology training clinics. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 182–189. <https://doi.org/10.1037/tep0000148>

Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., & Inchausti, F. (2017). En busca de nuestra mejor versión: Pericia y excelencia en psicología clínica [Searching for our best version: Expertise and excellence in clinical psychology]. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.06.001>

Prescott, D. S. (2017). Feedback-informed treatment: An overview of the basics and core competencies. In D. S. Prescott, C. L. Maeschalck, & S. D. Miller (Eds.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 37–52). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000039-003>

Psychotherapie aktuell, 13. Jahrgang, Sonderausgabe 2021, Verlag und Hrsg. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Berlin

Probst, T., Kleinstäuber, M., Lambert, M. J., Tritt, K., Pieh, C., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., & Delgadillo, J. (2020). Why are some cases not on track? An item analysis of the Assessment for Signal Cases during inpatient psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 559–566. <https://doi.org/10.1002/cpp.2441>

Probst, T., Lambert, M. J., Dahlbender, R. W., Loew, T. H., & Tritt, K. (2014). Providing patient progress feedback and clinical support tools to therapists: is the therapeutic process of patients on-track to recovery enhanced in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice? *Journal of Psychosomatic Research*, 76(6), 477–484. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.010>

R

Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy*, 46(4), 418–431. <https://doi.org/10.1037/a0017901>

Rensing, L., an der Heiden, U., & Mackey, M. C. (1987). *Temporal disorder in human oscillatory systems*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-72637-8>

Rogauch, A., Gutscher, G., & Gschwind, A. (2017). Feedback-informierte Therapie. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168(3), 73–77. <https://doi.org/10.4414/sanp.2017.00479>

Rognstad, K., Wentzel-Larsen, T., Neumer, P.-S., & Kjøbli, J. (2022). A systematic review and meta-analysis of measurement feedback systems in treatment for common mental health disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(2), 269–282. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01236-9>

Rubel, J., Ehrlich, T., & Lutz, W. (2015). Feedback-Ansätze zur Reduktion des Misserfolgsrisikos und zur Optimierung von Psychotherapie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 16(4), 30–34. <https://doi.org/10.1055/s-0041-105247>

Rubel, J. A., Zimmermann, D., Deisenhofer, A.-K., Müller, V., & Lutz, W. (2017). Nutzung von psychometrischem Feedback als empirische Unterstützung des Supervisionsprozesses bei Ausbildungstherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 46(2), 83–95. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000413>

Rufer, M. (2012). *Erfasse komplex, handle einfach: Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation – ein Lernbuch*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Rye, M., Rognmo, K., Aarons, G. A., & Skre, I. (2019). Attitudes towards the use of routine outcome monitoring of psychological therapies among mental health providers: The EBPAS-ROM. *Administration and Policy in Mental Health*, 46(6), 833–846. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00968-5>

S

Sachse, R. (2022). *Komplexität in der Psychotherapie: Psychotherapie klientengerecht und nachhaltig gestalten*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/03127-000>

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: A feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 512–531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.512>

- Sales, C. M. D., & Alves, P. C. G. (2016). Patient-centered assessment in psychotherapy: A review of individualized tools. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(3), 265–283. <https://doi.org/10.1037/h0101737>
- Sales, C. M. D. & Alves, P. C. G. (2012). Individualized patient-progress systems: Why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology*, 53(2), 115–121. <https://doi.org/10.1037/a0028053>
- Sales, C. M., Neves, I. T., Alves, P. G., & Ashworth, M. (2018). Capturing and missing the patient's story through outcome measures: A thematic comparison of patient-generated items in PSYCHLOPS with CORE-OM and PHQ-9. *Health Expectations*, 21(3), 615–619. <https://doi.org/10.1111/hex.12652>
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 145–153. <https://doi.org/10.1002/jclp.20107>
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). "Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk": Correction to Saxon and Barkham (2012). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 546. <https://doi.org/10.1037/a0029257>
- Schaffrath, J., Weinmann-Lutz, B., & Lutz, W. (2022). The Trier Treatment Navigator (TTN) in action: Clinical case study on data-informed psychological therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(10), 2016–2028. <https://doi.org/10.1002/jclp.23362>
- Scheffer, M., Bascompte, J., Brock, W. A., Brovkin, V., Carpenter, S. R., Dakos, V., Held, H., van Nes, E. H., Rietkerk, M., & Sugihara, G. (2009). Early-warning signals for critical transitions. *Nature*, 461(7260), 53–59. <https://doi.org/10.1038/nature08227>
- Scheffer, M., Carpenter, S. R., Lenton, T. M., Bascompte, J., Brock, W., Dakos, V., van de Koppel, J., van de Leemput, I. A., Levin, S. A., van Nes, E. H., Pascual, M., & Vandermeer, J. (2012). Anticipating critical transitions. *Science*, 338(6105), 344–348. <https://doi.org/10.1126/science.1225244>
- Schiepek, G. (2022a). Prozessfeedback und Prozesssteuerung in der Psychotherapie. *Psychopraxis. Neuopraxis*, 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. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-51>
- Schiepek, G. (2020). Depression – ein komplexes dynamisches System. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(2), 49–58. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-49>
- Schiepek, G. (2009). Autonomie und Eigendynamik von Patienten und deren Entwicklungsprozesse. *Psychotherapie im Dialog*, 10(4), 296–301. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223382>
- Schiepek, G. (2008). Psychotherapie als evidenzbasiertes Prozessmanagement. *Nervenheilkunde*, 27, 1138 - 1146.
- Schiepek, G., & Aichhorn, W. (2013). Real-time monitoring in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63(1), 39–47. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327593>

- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E., & Aas, B. (2016a). Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: Concept and compliance. *Frontiers in Psychology*, 7, 604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00604>
- Schiepek, G., Aichhorn, W., & Schöller, H. (2018). Monitoring change dynamics: A nonlinear approach to psychotherapy feedback. *Chaos and Complexity Letters: International Journal of Dynamical Systems Research*, 11(3), 355–375. http://ccsys.de/wp-content/uploads/2017/11/Chaos-Complexity-Letters-2018-Schiepek-et-al.-1556-3995_11_3_6.pdf
- Schiepek, G., & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Eds.), *Ressourcen: Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 147–193). dgvt-Verlag.
- Schiepek, G., de Felice, G., Desmet, M., Aichhorn, W., & Sammet, I. (2022a). How to measure outcome? A perspective from the dynamic complex systems approach. *Counselling & Psychotherapy Research*, 22(4), 937–945. <https://doi.org/10.1002/capr.12521>
- Schiepek, G., Eckert, H., & Kravanja, B. (2013). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung* (Bd. 1, Systemische Praxis). Hogrefe.
- Schiepek, G., Gelo, O., Viol, K., Kratzer, L., Orsucci, F., de Felice, G., Stöger-Schmidinger, B., Sammet, I., Aichhorn, W., & Schöller, H. (2020a). Complex individual pathways or standard tracks? A data-based discussion on the trajectories of change in psychotherapy. *Counselling & Psychotherapy Research*, 20(4), 689–702. <https://doi.org/10.1002/capr.12300>
- Schiepek, G., Heinzl, S., Karch, S., Aas, B., & Strunk, G. (2014). Chaos and self-organization in psychotherapy. *Chaos and Complexity Letters*, 8(2/3), 231–256.
- Schiepek, G., Kratzer, L., Hülsner, Y., & Bachler, E. (2019). Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Anspruch und Nutzen. *Psychotherapeutenjournal*, 18(4), 357–364.
- Schiepek, G. & Oelkers-Ax, R. (2022). Evaluation 2.0. Evaluation und Wirksamkeit von Psychotherapie neu denken. *Familiendynamik*, 47(4), 294–307. <https://doi.org/10.21706/fd-47-4-294>
- Schiepek, G., Schöller, H., Aichhorn, W., Kratzer, L., Goditsch, H., & Viol, K. (2022b). Prozessmonitoring in der Psychotherapie: Der Therapie-Prozessbogen und seine psychometrischen Eigenschaften. *Familiendynamik*, 47(3), 210–224. <https://doi.org/10.21706/fd-47-3-210>
- Schiepek, G., Schöller, H., de Felice, G., Steffensen, S. V., Bloch, M. S., Fartacek, C., Aichhorn, W., & Viol, K. (2020b). Convergent validation of methods for the identification of psychotherapeutic phase transitions in time series of empirical and model systems. *Frontiers in Psychology*, 11, 1970. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01970>
- Schiepek, G., Siebert-Blaesing, B., & Hausner, M. B. (Hrsg.). (2025). *Systemische Fallkonzeption: Idiographische Systemmodellierung und personalisierte Prozessgestaltung*. Hogrefe.
- Schiepek, G. K., Stöger-Schmidinger, B., Aichhorn, W., Schöller, H., & Aas, B. (2016b). Systemic case formulation, individualized process monitoring, and state dynamics in a case of dissociative identity disorder. *Frontiers in Psychology*, 7, 1545. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01545>

- Schiepek, G., & Strunk, G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series: A method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102, 197–207. <https://doi.org/10.1007/s00422-009-0362-1>
- Schiepek, G., & Strunk, G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series: A method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102, 197–207. <https://doi.org/10.1007/s00422-009-0362-1>
- Schiepek, G. K., Tominschek, I., & Heinzl, S. (2014). Self-organization in psychotherapy: testing the synergetic model of change processes. *Frontiers in Psychology*, 5, 1089. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01089>
- Schiepek, G., Tominschek, I., Karch, S., Lutz, J., Mulert, C., Meindl, T., & Pogarell, O. (2009). A controlled single case study with repeated fMRI measurements during the treatment of a patient with obsessive-compulsive disorder: testing the nonlinear dynamics approach to psychotherapy. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(4 Pt 2), 658–668. <https://doi.org/10.1080/15622970802311829>
- Schiepek, G., Viol, K., Aas, B., Kastinger, A., Kronbichler, M., Schöller, H., Reiter, E. M., Said-Yürekli, S., Kronbichler, L., Kravanja-Spannberger, B., Stöger-Schmidinger, B., Aichhorn, W., Battaglia, D., & Jirsa, V. (2021). Pathologically reduced neural flexibility recovers during psychotherapy of OCD patients. *NeuroImage: Clinical*, 32, 102844. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102844>
- Schiepek, G., Walterskirchen, G., & Oelkers-Ax, R. (2025). Die Erfassung interpersoneller Prozessmuster mit dem Synergetischen Navigationssystem (SNS). *Familiendynamik*, 50(2), 156–167.
- Schiepek, G., Zellweger, A., Kronberger, H., Aichhorn, W., & Leeb, W. (2011). Psychotherapie. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (2., völlig überarb. & erw. Aufl., S. 567–592). Schattauer.
- Schilling, V. N. L. S., Zimmermann, D., Rubel, J. A., Boyle, K. S., & Lutz, W. (2021). Why do patients go off track? Examining potential influencing factors for being at risk of psychotherapy treatment failure. *Quality of Life Research*, 30(11), 3287–3298. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02664-6>
- Schuster, H. G. (1989). *Deterministic Chaos. An Introduction*. VCH.
- Seizer, L., Huber, E., Schirmer, M., Hilbert, S., Wiest, E.-M., & Schubert, C. (2023). Personalized therapy in rheumatoid arthritis (PETRA): A protocol for a randomized controlled trial to test the effect of a psychological intervention in rheumatoid arthritis. *Trials*, 24(1), Article 743. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07707-0>
- Seizer, L., Schiepek, G., Cornelissen, G., & Löchner, J. (2024). A primer on sampling rates of ambulatory assessments. *Psychological Methods*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/met0000656>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy

- quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638–647. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.698918>
- Simon, W., Lambert, M. J., Busath, G., Vazquez, A., Berkeljon, A., Hyer, K., Granley, M., & Berrett, M. (2013). Effects of providing patient progress feedback and clinical support tools to psychotherapists in an inpatient eating disorders treatment program: a randomized controlled study. *Psychotherapy Research*, 23(3), 287–300. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.787497>
- Singer, W., & Gray, C. M. (1995). Visual feature integration and the temporal correlation hypothesis. *Annual Review of Neuroscience*, 18, 555–586. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.18.030195.003011>
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(5), 287–303. <https://doi.org/10.1002/cpp.594>
- Solstad, S. M., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2019). Patients' experiences with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychotherapy Research*, 29(2), 157–170. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1326645>
- Solstad, S. M., Kleiven, G. S., Castonguay, L. G., & Moltu, C. (2020). Clinical dilemmas of routine outcome monitoring and clinical feedback: A qualitative study of patient experiences. *Psychotherapy Research*, 31(2), 200–210. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1788741>
- Sparks, J. A., Kisler, T. S., Adams, J. F., & Blumen, D. G. (2011). Teaching accountability: using client feedback to train effective family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 452–467. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00224.x>
- Stavemann, H. H. (2014). *Integrative KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen* (5. Aufl.). Beltz.
- Steinfeld, B., Franklin, A., Mercer, B., Fraynt, R., & Simon, G. (2016). Progress monitoring in an integrated health care system: Tracking behavioral health vital signs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 369–378. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0648-7>
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M., & Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 14–21. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.1.14>
- Strunk, G., & Schiepek, G. (2006). *Systemische Psychologie: Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens*. Spektrum Akademischer Verlag.

- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2008). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 864–874. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.864>
- Sundet, R. (2014). Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit. *Journal of Family Therapy, 36*(2), 195–216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00613.x>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Rousmaniere, T. G., Whipple, J. L., Dexter, K., & Wrape, E. R. (2015). Using client outcome monitoring as a tool for supervision. *Psychotherapy, 52*(2), 180–184. <https://doi.org/10.1037/a0037659>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M., & Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 14–21.

T

- Tam, H. E., & Ronan, K. (2017). The application of a feedback-informed approach in psychological service with youth: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 55*, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.005>
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 894–904. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.6.894>
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., Francis, K., Gandhi, J., Huehn, L., Hunsley, J., Joyce, A. S., Kinley, J., Koszycki, D., Leszcz, M., Lybanon-Daigle, V., Mercer, D., Ogrodniczuk, J. S., Presniak, M., Ravitz, P., Ritchie, K., ... Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy, 52*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0038252>
- Thew, G. R., Fountain, L., & Salkovskis, P. M. (2015). Service user and clinician perspectives on the use of outcome measures in psychological therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist, 8* (E23). <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000598>
- Tilden, T., & Whittaker, K. J. (2022). Using ROM in family therapy. *Journal of Clinical Psychology, 78*(10), 1973–1985. <https://doi.org/10.1002/jclp.23398>
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Temple University Press.
- Tzur Bitan, D., Kivity, Y., Ganor, O., Biran, L., Grossman-Giron, A., & Bloch, Y. (2020). The effect of process and outcome feedback in highly distressed outpatients: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 30*(3), 325–336. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1627014>

Tzur Bitan, D., Ganor, O., Biran, L., & Bloch, Y. (2018). Implementing routine outcome monitoring in public mental health services in Israel: Shared and unique challenges. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(2), 323–330. <https://doi.org/10.1111/jep.12839>

U

Unsworth, G., Cowie, H., & Green, A. (2012). Therapists' and clients' perceptions of routine outcome measurement in the NHS: A qualitative study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 12(1), 71–80. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.565125>

V

van de Leemput, I. A., Wichers, M., Cramer, A. O., Borsboom, D., Tuerlinckx, F., Kuppens, P., van Nes, E. H., Viechtbauer, W., Giltay, E. J., Aggen, S. H., Derom, C., Jacobs, N., Kendler, K. S., van der Maas, H. L., Neale, M. C., Peeters, F., Thiery, E., Zachar, P., & Scheffer, M. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(1), 87–92. <https://doi.org/10.1073/pnas.1312114110>

van Oenen, F. J., Schipper, S., Van, R., Schoevers, R., Visch, I., Peen, J., & Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry; a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 110. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0811-z>

van Wert, M. J., Malik, M., Memel, B., Moore, R., Buccino, D., Hackerman, F., Kumari, S., Everett, A., & Narrow, W. (2021). Provider perceived barriers and facilitators to integrating routine outcome monitoring into practice in an urban community psychiatry clinic: A mixed-methods quality improvement project. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 767–775. <https://doi.org/10.1111/jep.13457>

Viol, K., Schöller, H., Kaiser, A., Fartacek, C., Aichhorn, W., & Schiepek, G. (2022). Detecting pattern transitions in psychological time series: A validation study on the Pattern Transition Detection Algorithm (PTDA). *PLOS ONE*, 17(3), e0265335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265335>

Vogel, H., & Meng, K. (2007). Beurteilerübereinstimmung von Psychotherapie-Gutachtern bei Anträgen auf ambulante analytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen. *Psychotherapeut*, 52(1), 35–40.

W

Waldron, S. M., Loades, M. E., & Rogers, L. (2018). Routine outcome monitoring in CAMHS: How can we enable implementation in practice?. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 328–333. <https://doi.org/10.1111/camh.12260>

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. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>

Walterskirchen, G. (2025). Idiographische Systemmodellierung in der Paartherapie. In G. Schiepek, B. Siebert-Blaesing, & M. B. Hausner (Hrsg.), *Systemische Fallkonzeption: Idiographische Systemmodellierung und personalisierte Prozessbegleitung* (S. 128–147). Hogrefe.

- Wampold, B. E. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age—with the usual developmental challenges. *Psychotherapy*, 52(4), 458–462. <https://doi.org/10.1037/pst0000037>
- Wampold, B. E., Imel, Z., & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht* [German adaptation of *The Great Psychotherapy Debate*]. Hogrefe.
- Wampold, B.E., Flueckiger, C., del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T., Goldberg, S.B., Miller, S.D., Baardseth, T.P., Laska, K.M., & Hilsenroth, M.J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd Eds.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Wampold, B. E., & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude, and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th Eds., pp. 297–326). John Wiley & Sons.
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Webber, C. L., Jr., & Marwan, N. (2015). *Recurrence quantification analysis: Theory and best practices*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-07155-8>
- Weisz, J. R., Ugueto, A. M., Herren, J., Afienko, S. R., & Rutt, C. (2011). Kernels vs. ears, and other questions for a science of treatment dissemination. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(1), 41–46. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01233.x>
- Westermeyer, H. (1984). Diagnostik und therapeutische Entscheidung: Begründungsprobleme. In G. Jüttemann (Eds.), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (pp. 77–101). Hogrefe.
- White, M. M., Lambert, M. J., Ogles, B. M., McLaughlin, S. B., Bailey, R. J., & Tingey, K. M. (2015). Using the Assessment for Signal Clients as a feedback tool for reducing treatment failure. *Psychotherapy Research*, 25(6), 724–734. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1009862>
- Whipple, J. L., & Lambert, M. J. (2011). Outcome measures for practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 87–111. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-040510-143938>
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C., Böhnke, J. R., Köck, K., Bittermann, A., & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Techniker Krankenkasse. <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/342002/Dattei/60650/TK-Abschlussbericht2011-Qualitaetsmonitoring-in-der-Psychotherapie.pdf>
- Wolpert M. (2014). Uses and abuses of patient reported outcome measures (PROMs): potential iatrogenic impact of PROMs implementation and how it can be mitigated. *Administration and policy in mental health*, 41(2), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0509-1>
- Wolpert, M., Curtis-Tyler, K., & Edbrooke-Childs, J. (2016). A Qualitative Exploration of Patient and clinician views on patient reported outcome measures in child mental health and

diabetes services. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(3), 309–315. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0586-9>

Worthen, V. E., & Lambert, M. J. (2007). Outcome oriented supervision: Advantages of adding systematic client tracking to supportive consultations. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(1), 48–53. <https://doi.org/10.1080/14733140601140873>

Y

Youn, S. J., Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2012). The treatment outcome package: Facilitating practice and clinically relevant research. *Psychotherapy*, 49(2), 115–122. <https://doi.org/10.1037/a0027932>

Z

Zimmer, B., & Moessner, M. (2012). Therapieevaluation in der stationären Psychotherapie mit Web-AKQUASI. *Psychotherapie im Dialog*, 13(1), 68–71. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1298936>

Digitale Quellen:

- Bundespsychotherapeutenkammer. (2022). Muster-Berufsordnung der Psychotherapeutinnen in der Fassung des Beschlusses des 24. Deutschen Psychotherapeutentages am 17. Mai 2014, zuletzt geändert auf dem 40. Deutschen Psychotherapeutentag am 14. Mai 2022*. <https://www.bptk.de/rechtliches/muster-berufsordnung>:
https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html#:~:text=%283%29%20Ist%20gegen%20die%20antragstellende%20Person%20wegen%20des,Approbation%20ausgesetzt%20werden%2C%20bis%20das%20Strafverfahren%20beendet%20ist
- Psychotherapeutengesetz:
https://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/anlage_2.html
- CORE IMS: <https://www.coreims.co.uk>
- OQ-Analyst © : <https://www.oqmeasures.com>
- Software ASMO: <https://www2.asmo.online/asmo>
- CelestHealth Solutions™: <https://www.celesthealth.com>
- Outcome Referrals-Tool-Suite: <https://www.outcomereferrals.com>
- eBASIS: <https://www.ebasis.org>
- PSYCHLOPS: <http://www.psychlops.org.uk>
- Greifswalder Psychotherapie-Navigations-System: Webseite Uni Greifswald: <https://psychologie.uni-greifswald.de/43051/lehrstuehle-ii/klinische-psychologie-und-psychotherapie/gpns-information-1>

- Norse Feedback (NF): <https://www.norsefeedback.no/en>
- Digitalisierung im Gesundheitswesen: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>
- Benecke, Prof. Dr. Cord (2022). Stellungnahme zum IQTIG-Bericht „Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“. Institut für Psychologie Universität Kassel: FB01 - Prof. Dr. Cord Benecke (Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie)

Anhang

A: Co-Rating

Vor der Überprüfung der gebildeten Kategorien durch einen Co-Rater wurden die Antworten der SNS-Anwender/-innen und Nicht-Anwender/-innen in einer Tabelle aufgelistet. Auf dieser Grundlage wurden die Kategorien gebildet und durchnummeriert. Der Co-Rater sollte anschließend die Antworten der Befragten den jeweiligen Kategorien zuordnen. Für das Co-Rating wurde eine Auswahl an Fragen verwendet.

Co-Rating: Befragung professioneller SNS-Anwender/-innen

Welche therapeutischen Effekte nehmen Sie im Rahmen des SNS-Einsatzes bei den Klient*innen wahr?

Rating-Nummer	Kategorie	Wie oft wurde dieser Effekt benannt?
1	Verbesserung und Förderung der Selbstreflexion	15
2	Verbesserung der Selbstwirksamkeit	13
3	Steigerung der Motivation (Steigerung der Therapiemotivation, Veränderungsmotivation)	10
4	Verbesserung der Introspektionsfähigkeit (genauere Wahrnehmung von inneren Prozessen im Verlauf, von internen emotionalen Prozessen, von Auslösern und Ressourcen)	5
5	Erkennen von Zusammenhängen (KEV-Muster)	6
6	Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit, der Selbstwahrnehmung	17
7	Förderung neuer Erkenntnisse/ Themen (Verbessertes Erkennen von Chancen für Veränderungen, sichtbar werden von Ressourcen, Erkennen dysfunktionaler Schemata, Korrektur von Fehlwahrnehmungen, Realitätscheck, Einsichten)	17
8	Förderung des Verständnisses für den eigenen Veränderungsprozess/ für therapeutische Prozesse (externe Variablen besser im Blick)	8
9	Förderung der Therapeutischen Beziehung (sich ernster genommen fühlen, mehr Interesse an der eigenen Person erleben, Arbeit auf Augenhöhe)	5
10	Fokusbildung auf bestimmte Themen wird ermöglicht	4
11	Sichtbarmachung von Veränderung (Stagnationen, Veränderungen, Fortschritte, frühzeitigeres Erkennen und Bearbeiten von Krisen und Rückfällen)	4
12	Förderung der Emotionssteuerung, -regulation, des emot. Ausdrucks	3
13	steigende Zuversicht/ Hoffnung	3
14	Förderung der Selbststeuerung, -regulation	2
15	Erweiterung des Therapiefokus, breitere Perspektive wird möglich	2
16	Förderung der Mentalisierungsfähigkeit	2
17	Verbesserung der Differenzierung (innere und äußere Prozesse, was hängt zusammen, was nicht)	4
18	Freude-Neugier-Interesse	5

19	Förderung von Stabilität (Regelmäßiges Ausfüllen gibt Struktur & Sicherheit)	3
20	Förderung der Selbstöffnung, der Kommunikation durch den Patienten/ die Patientin	2
Einmal benannt:		
21	Problemgebiete können weniger konfrontativ besprochen	
22	Intensivere Beschäftigung mit relevanten Themen	
23	Mehr am Klienten orientiertes Arbeiten (Beteiligung der KL und Ausrichtung an deren Anliegen)	
24	Unterstützung von Musterveränderungen, Ordnungs-Ordnungs-Übergängen	
25	Verbesserung der Behandlungserfolge	
26	Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung	
27	Selbstermächtigung des Klienten	
28	Einüben einer empathischen Selbstbeziehung	
29	Kontakt zu Beratern wird gestärkt	
30	Mehr Information für den Therapeuten	
31	längerfristige Befähigung zu gesteigerter Eigenständigkeit	
32	Verlaufsfeedback	
33	Aufbau von Metaposition dem eigenen Erleben und Handeln gegenüber	
34	Perspektivwechsel	
35	effektiverer Umgang mit Therapiesitzungen	
36	Erhöhte Akzeptanz der eigenen psychologischen Muster und Probleme	
37	Konkretisierung realistischer Verhaltensveränderungen/Haltungsänderungen	
38	Transferhilfe/ Umsetzung in den Alltag	2
39	Stärkung des Selbstwertgefühls	
40	Krisenbewältigung (Reframing von emotional volatilen Phasen)	
41	Psychoedukation	
42	Reflexion	
43	Mehr Selbstbezug	
44	Bestätigung (Validierung) seines Fühlens und Denkens	
45	Intensivierung der Beziehung der Pat. zu sich selbst (Quasi 2. Person Perspektive)	
46	ein positiver persönlicher Wertebezug	

159 Aussagen, bei 23 Aussagen keine Übereinstimmung in der Zuordnung der Kategorien, 85,5 % Übereinstimmung

	G	Y
erhöhte Selbstreflektion	1	1
effektiverer Umgang mit Therapiesitzungen	35	35
bessere Selbstwirksamkeit	2	2
Wahrnehmung einzelner Aspekte in der Therapie, genauere Wahrnehmung von inneren Prozessen im Verlauf	4	4
Erhöhte Akzeptanz der eigenen psychologischen Muster und Probleme	36	36
Verbessertes Erkennen von Chancen für Veränderungen und	8	7
Konkretisierung realistischer Verhaltensveränderungen/ Haltungsänderungen	37	37
Erhöhte Motivation zur Verbesserung der Selbstfürsorge und Bewältigung	3	3
Verbesserung der Introspektionsfähigkeit	4	4
Verbesserung der Behandlungserfolge	25	25

Verbesserung der Wahrnehmung von Auslösern, von Ressourcen.	4	4
Erhöhung des Verständnisses für Prozesse im Therapieverlauf und Ordnungsüber- gänge.	5	8
Stärkung der Therapiemotivation.	3	3
Stärkung des Selbstwertgefühls	39	39
Stärkung der Veränderungsmotivation	3	3
Wissen, wo sie stehen und wo Entwicklung passiert bzw. stagniert	11	11
Reflektion	42	42
Auseinandersetzung mit neuen Themen	7	7
Prozesse wahrnehmen und sich diesen bewusst werden	7	6
mehr Klarheit den Verlauf der Psychotherapie betreffend	8	8
Überraschung des Klienten, wie sich sein Gesundheitszustand in einer Verlaufskurve widerspiegelt	44	7
in der Folge meist Bestätigung seines Fühlens und Denkens	44	44
meist auch steigende Zuversicht	13	13
neue Themen tauchen immer wieder während der SNS-Gespräche mit den Patientin- nen/Patienten auf	7	7
Kaum welche. Allenfalls hin und wieder eine Veränderung bei Fragen zur Emotionali- tät in Richtung "mehr Stabilität".	19	19
Aufbau von Metaposition dem eigenen Erleben und Handeln gegenüber	33	33
Perspektivwechsel	34	34
Krisenbewältigung (Reframing von emotional volatilen Phasen manchmal im Rahmen von Kairosfenstern)	40	40
Selbstwahrnehmung verbessern	6	6
Affektregulation	12	12
Therapietagebuch-Förderung der Therapeutischen Beziehung	9	9
Verlaufsfeedback	32	32
Klärung, Erkenntnisse über das eigene Funktionieren	8	4
Erkenntnisse über Fortschritte in der Therapie, über minimale Verbesserungen oder Verschlechterungen	11	11
höhere Bewusstheit für die internen, emotionalen Prozesse	4	4
Intensivierung der Beziehung der Pat. zu sich selbst (Quasi 2. Person Perspektive)	45	45
eigene Reflexion zu Veränderung und Verlauf der Symptomatik durch die Zeit weckt Interesse	18	18
Weckt Motivation	3	3
Weckt Neugierde der Pat.	18	18
Bewusstwerdung von Zusammenhängen (Konditionierungen (Kopplungen) und Unter- schieden (was nicht zusammengehört (Differenzierung) bzgl. verschiedener Bereiche, wie z.B. früher-heute (Zeit), Realisierung, Personifikation	17	17
Synthese (z.B. alle bedeutsamen Phänomene einer Situation in Bezug zueinander zu setzen	17	17
Veränderungen werden sichtbarer	11	11
Steigerung der Reflexionsfähigkeit	1	1
Intensivere Beschäftigung mit relevanten Themen (u.a. auch verstärkt durch individu- elle Fragebogengestaltung)	22	22
längerfristige Befähigung zu gesteigerter Eigenständigkeit	31	31
Es führt zum Einblicke, breitere Perspektiven,	15	15
Einblicke in Verbindungen zwischen Verhalten und Emotionen usw.	5	5
Mostly to inform the therapist and	30	30
to motivate the client	3	3
Förderung von Selbstreflexion	1	1
Förderung von Selbstbeobachtung	6	6

Einsichten	7	7
Erkennen von Zusammenhängen	17	17
Selbstreflexionskompetenzen werden gestärkt	1	1
Selbstwirksamkeit der Klient*innen wird gestützt	2	2
Einordnung von verschiedenen Bereichen (KEV) wird unterstützt	5	5
Erkenntnisgewinne können gefördert werden	7	7
Beteiligung der Klient*innen und Ausrichtung an deren Anliegen wird gefördert	23	23
Kontakt zu Beratenden wird gestärkt	29	29
Externe Variablen sind besser im Blick (was passiert drum herum)	8	8
verbesserte Selbstwahrnehmung	4	6
Erleben von ernst genommen werden und Interesse	9	9
v.a. Induzierung von Hoffnung	13	13
Selbstreflexion von KEV-Mustern	1	1
(Förderung des Interesses an der Arbeit mit inneren Anteilen)	4	18
Selbstwirksamkeitserfahrung	2	2
Psychoedukation	41	41
Pat. erleben mehr Selbstwirksamkeit	2	2
lernen sich und die psychischen Prozesse besser einzuschätzen wahrzunehmen	6	6
und in Beziehung zu setzen	5	17
Erhöhung von Therapie-Motivation	3	3
verbesserte Reflexionsfähigkeit	42	1
Selbstwirksamkeit	2	2
Erhöhung des Selbstreflexionsvermögens	1	1
Erhöhung Selbstwirksamkeitserleben	2	2
Steigerung der Selbstreflexion	1	1
Steigerung der Veränderungsmotivation (Wecken von Neugierde / Entdecken des eigenen Erlebens)	3	3
Tieferes Verständnis die bio-psycho- sozialen Krankheitsmodells	5	7
Erkennen von dysfunktionalen Denkschemata	7	7
Arbeit mehr auf Augenhöhe	9	9
Lenkung des Fokus möglich: Auf Ausnahmen vom Problem / auf positive Ereignisse (Auch erkennen, dass kein Gefühl / kein Problem 24 Stunden da ist)	10	10
Vertiefung der therapeutischen Beziehung	9	9
Erhalten von Informationen, die ich sonst nicht erhalten hätte. Dabei sind es manchmal die kleinen Dinge, die große Auswirkungen haben.	30	7
Patientinnen/Patienten fühlen sich gesehen	9	9
unterschiedlich; Fokussierung und	10	10
genauere Wahrnehmung auf gewünschte Veränderungsprozesse	11	6
Selbstreflektion	1	1
Verstärkung der Selbstwirksamkeit	2	2
Es kommen Themen zum Vorschein über welche wir ohne SNS vermutlich nicht gesprochen hätten.	7	7
Wünsche der Klienten werden uns zum Teil deutlicher mitgeteilt,	30	20
wir können im persönlichen Gespräch auf konkrete "Aussagen" der Klienten in der SNS-App eingehen	32	20
Steigerung der Selbstreflexion	1	1
Steigerung der Selbstwahrnehmung	6	6
Steigerung der Selbststeuerung	14	14
Verstehen der eigenen Muster, sozialen Dynamiken und Trigger, die diese auslösen und reproduzieren	5	4
Unterstützung von Musterveränderungen, Ordnungs-Ordnungs-Übergängen	24	24
Krisen und Rückfälle frühzeitig erkennen und entschärfen	11	11

Selbstwirksamkeitserfahrung	2	2
Die Klienten fangen an sich mit dem Thema zu beschäftigen und auf einmal werden Sie offen, es kommen Mögliche Faktoren zum Vorschein die man bis lange nicht vermutet hätte.	20	7
mehr Reflexion Auseinandersetzung mit eigenen Schwierigkeiten	1	1
Verbesserung der Selbstwahrnehmung	6	6
Einsichten	7	7
Realitätscheck	7	7
Stabilisierung	19	19
Bei Paaren Motivationssteigerung an dem gemeinsamen Paarentwicklungsprozess zu arbeiten	3	3
oft auch eine Korrektur von false memory, d.h. beim gemeinsamen Betrachten der Kurven, kommt oft die Rückmeldung, dass Mann/Frau nicht gedacht hätten, dass es doch so viel positives gibt, weil eben die negativen Erlebnisse zu Beginn der Therapie oft überrepräsentiert waren	7	7
Freude die eigene Entwicklung zu betrachten	18	18
erhöhtes Selbstwirksamkeitserleben	2	2
differenzierteres Betrachten von inneren und äußeren Prozessen	17	4
Steigerung der Mentalisierungsfähigkeit im Sinne von weg vom Äquivalenzmodus hin zum reflexiven Modus.	16	16
Verbesserte Reflektionsfähigkeit	1	1
Selbstregulation und des emotionalen Ausdrucks	12	14
Verbesserung des emotionalen Ausdrucks	12	12
außerdem Erkenntnisgewinn	7	7
positive Zukunftsperspektiven	13	13
sowie ein positiver persönlicher Wertebezug	46	46
Bessere bewusste Wahrnehmung	6	6
Fokus auf Ziele und Veränderungen	15	10
Besserung der Introspektion für Ereignisse die einige Tage zurück liegen.	4	4
Verbesserung der Selbstreflexion durch die Bearbeitung des TPB-Kids.	1	1
Durch die SNS-basierten Feedbackgespräche können Problembereiche weniger konfrontativ besprochen werden.	21	21
Regelmäßiges Ausfüllen strukturiert und gibt Sicherheit	19	19
Differentielle Wahrnehmung von Emotion, Kognition und Verhalten	4	5
Fördert Emotionsregulation	12	12
Fördert die Mentalisierung	16	16
Messbare Fortschritte Symptomatik (Prä-Post)	11	11
- Erhöhung der Eigenbeobachtung	45	6
Erhöhung des Gefühls der Selbstreflektion	1	1
bessere Durchschaubarkeit von Zusammenhängen	17	17
Erkennbarkeit von Selbstwirksamkeit	2	2
Förderung der Reflexionsfähigkeit	1	1
Verbesserung der Wahrnehmung,	6	6
Verbesserung der Affektwahrnehmung	4	6
Verbesserung der Affektsteuerung	12	12
Steigerung der Therapiemotivation	3	3
Förderung der Selbstwirksamkeit	2	2
Verständniserweiterung	8	8
Steigerung der Selbstwirksamkeit	2	2
Selbstermächtigung der Klienten	27	27
Transferhilfe der Lern/Coachingziele in den (beruflichen) Alltag	38	38
Stärkung der Orientiertheit im eigenen Therapieprozess	8	8

Fokussierung auf wesentliche Variablen, die Veränderung im Netzwerk versprechen.	10	10
Ritualisiertes Einüben einer emphatischen Selbstbeziehung.	28	28
Stärkung von Selbstwirksamkeitserleben	2	2
Verbesserte Selbstwahrnehmung	6	6
Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung	26	26
Sichtbarmachung von Veränderung über einen bestimmten Zeitraum.	11	11
Selbstreflexion verändert sich.	1	1
Möglich über Fragen nachzudenken, die man sich im Alltag nicht stellt	15	15
Gesteigerte Motivation	3	3
Erhöhte Selbstreflexion	1	1
Interesse an sichtbaren Veränderungen vs. den empfundenen Veränderungen	7	18
SNS erhöht die Wahrnehmungsfähigkeit der Patienten	6	6
Die Selbstwahrnehmung wird gestärkt.	6	6
Es entsteht ein Bewusstsein für Veränderungsprozesse.	7	8
Die Patienten werden dabei unterstützt alte Verhaltens- und Kognitionsmuster zu erkennen und zu verändern.	24	5
bessere Umsetzungen	38	38
mehr Selbstbezug	43	43
Insbesondere motivationale Effekte, es spornt zusätzlich an, auf Erfolge zu schauen und dann neues anzugehen.	3	3

Wie und wodurch unterstützt die Anwendung des SNS diese therapeutischen Effekte bei den Klientinnen und Klienten?

Rating-Nummer	Kategorie	Wie oft wurde dieser Effekt benannt?
1	die graphischen (Verlaufs-)Darstellungen	23
2	das regelmäßige bzw. tägliche Ausfüllen eines Fragebogens/ Monitoring, dadurch regelmäßige Beschäftigung mit eignen Themen und Zielen	22
3	die regelmäßigen SNS-basierten Feedbackgespräche	17
4	die Tagebuchfunktion	9
5	die Möglichkeit der individuellen Erstellung der Fragebögen, angepasst an die Ziele und Themen der Patient*innen	8
6	APP Anwendung	2
7	mehr Informationen über den Veränderungsprozess (Widerstand, Abwehr, Umstellungsfähigkeit, neue Hypothesen, Wahrnehmung von Unterschieden, Verdeutlichung von Mustern bzw. Hypothesen, Prozessevaluation)	9
8	Erleichterung und Verbesserung der Selbstreflexion	6
9	Erhöhung Motivation und Commitment	5
10	Achtsamkeit für eigenes Erleben wird gefördert	3
11	Selbstregulationsfähigkeit zu steigern	11
12	Selbstwirksamkeit	2
	Einmal benannt:	
13	automatische Aktualisieren der Daten	
14	Als Therapeut komme ich schon vorbereiteter in die Sitzung und kann direkt an Themen anknüpfen.	
15	Dokumentation des eigenen Entwicklungsprozesses	
16	Nichts falsch machen können	
17	Ist mir noch unklar.	
18	Aufbau von nicht-linearen Perspektiven	

19	Affektdifferenzierung und Mentalisierung durch die Fragebögen fördern	
20	- die Existenz des SNS	
21	dass Therapeut*innen das SNS als Angebot erhalten	
22	dass SNS auch außerhalb der Sitzung Nähe, Bezug zur Therapeut*in, dass SNS auch außerhalb der Sitzung Nähe, Bezug zur Therapiethematik, -zielen bietet	
23	fühlen sich in einen "Rahmen" eingebunden, fühlen sich beim Anschauen und Bedienen des SNS gesehen,	
24	Es streicht bestimmte Themen und Probleme heraus, -	
25	Möglichkeit die Komplexität der Informationen zu strukturieren	
26	nachträgliche Reflexion,	8
27	Einladung zur Thematisierung der therapeutischen Beziehung / niedrigschwelliger	
28	Klient wird stärker	
29	eine andere Form der Beschäftigung mit der eigenen Problematik	
30	Sie konzentrieren sich auf das, was sie erreichen wollen	
31	Erleichterung des Transfers von der Therapie zum Alltag	
32	ISM	
33	Durch die Augenhöhebeziehung während der Ausarbeitung der Fallkonzeption und der darauf bezogenen auf Achtsamkeit und Veränderung ausgerichteten Fragen.	
34	Vertrauen in den therapeutischen Prozess	

127 Antworten, 15 x keine Übereinstimmung, 88,2 % Übereinstimmung

	G	Y
Pat. ist sich der therapeutischen Ziele bewusster, nicht nur am Tag der Sitzung.	2	2
Als Therapeut komme ich schon vorbereiteter in die Sitzung und kann direkt an Themen anknüpfen.	14	14
individuelle Anpassung an die Therapieziele	5	5
Erkennen von Widerständen	7	7
Verstehen von Abwehrprozessen und Neuausrichtung	7	7
Aspekte der Veränderungsmotivation	9	9
Erleichterung der täglichen Selbstreflexion	8	8
Dokumentation des eigenen Entwicklungsprozesses	15	15
Verbessertes Verstehen der eigenen psychologischen Muster und Probleme	7	8
Regelmäßige, tägliche Reflexion	8	2
positiv, anerkennend und progressiv/zukunftsgerichtet formulierte Fragestellungen	5	5
regelmäßige, gemeinsame Auswertung der Kurven	2	3
Fokussierung der individuell erstellten Fragen	5	5
Anerkennung in den Reflexionsgespräche	3	3
Tägliche Eingabe arbeitet gegen das Vergessen	2	2
Kommentarfunktion hält Besonderes fest	4	4
Monitoring	2	2
Verlaufsdarstellung	1	1
Regelmäßige Gespräche und Begleitung	3	3
Nichts falsch machen können	16	16
durch das Betrachten der Verlaufskurven im	1	1
Zuge von SNS-Reflexionsgesprächen	3	3
Ist mir noch unklar.	17	17

Aufbau neuer Hypothesen durch Nutzung von Korrelationsmatrizen und Verlaufs- vergleichen unterschiedlicher Themen.	7	7
Verbesserung der Selbstreflexion	8	8
Aufbau von nicht-linearen Perspektiven	18	18
Regelmäßigkeit	2	2
Affektdifferenzierung und Mentalisierung durch die Fragebögen fördern	19	19
Es hilft, die Veränderungsprozesse sichtbar zu machen und.	1	1
die Selbstregulationsfähigkeit in den relevanten Variablen zu steigern	11	11
die Existenz des SNS	20	20
dass Therapeut*innen das SNS als Angebot erhalten	21	21
dass SNS auf dem Mobilphone ständig dabei sein kann, als APP erscheinend, leicht aufrufbar, wenn Funktion gut erklärt	6	6
dass SNS auch außerhalb der Sitzung Nähe, Bezug zur Therapeut*in, zur Thera- piethematik, -zielen bietet	22	22
einige Pat. finden die Graphen und Kurven sehr ansprechend,	1	1
fühlen sich in einen "Rahmen" eingebunden, fühlen sich beim Anschauen und Be- dienen des SNS gesehen,	23	23
das Verlangen Erfolg wird bei vielen Pat. dadurch erhöht und	9	9
führt oft zu mehr Anstrengung bei z.B. Durchführung von Skills	9	9
erhöht Therapiemotivation	9	9
tägliche Fragebögen, dadurch tägliche Auseinandersetzung mit den Themen	2	2
andere Zugangsmöglichkeiten für Mitarbeiter im Vergleich zum Alltagskontakt durch SNS-Reflexionsgespräche	3	3
Es streicht bestimmte Themen und Problemen heraus, -	24	24
gibt ein Einblick in die Dynamik (Hoh- und Tiefpunkte) den Emotionen und Ver- halten, usw.	1	1
für den Therapeut als ein nützliches Werkzeug, dass mehr Informationen anbietet	7	7
und für den Klient als ein extra Spiegel von seiner Tagesgefühle und Dynamik	3	7
By feedback on their process for the client, and by informing me as a therapist	3	2
Tagebuch als Anregung zur Selbstreflexion/ Selbstbeobachtung	4	4
Sichtbarmachen von Fluktuation/ Unterschieden	1	1
Grafische Darstellung und Aufbereitung der Daten	1	1
Möglichkeit individuelle Fragen zu generieren	5	5
Möglichkeit der individuellen Anpassung an Klient*innen	5	5
Automatische Aktualisierung der Daten	13	13
Möglichkeit die Komplexität der Informationen zu strukturieren	25	25
App-Anwendung ermöglicht Zugang	6	6
Unterstützung der Selbstreflexionsfähigkeit in hilfreicher Weise (z.B. hilfreiche Form der Refokussierung von Aufmerksamkeit durch gemeinsame Erstellung der Items eines individuellen Fragebogens mit gewünschter Ausrichtung durch Veran- kerung der Antwortitems)	8	5
Wahrnehmung von Unterschieden	7	7
achtsamerer Umgang mit Veränderungsprozessen (Neugier und Interesse z.B. für den Verlauf von Krisen statt Hilflosigkeit und Verzweiflung)	10	10
Sichtbarmachen eigener Prozesse zum besseren Verständnis	1	1
Durch das gemeinsame Betrachten der Zeitreihen etc. der Visualisierung von Zu- sammenhängen	1	1
nachträgliche Reflexion	26	26
vermehrte Achtsamkeit	10	10
Bestätigung durch Feedback-Gespräche	3	3
Durch die Erhöhung des Selbstreflexionsvermögens und	8	8

Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens	12	12
wird eine bewusstere Selbst-Regulation möglich	11	11
Tägliche Reflexionsfragen, sonst sind die Reflexionsfragen nur auf die therapeutische Sitzung beschränkt	2	2
Entwicklung eigener Fragebögen	5	5
Übereinanderlegen von Kurven +	1	1
Tagebucheinträgen	4	4
Möglichkeit der Hypothesenüberprüfung - Gegenbeweis in den Kurven finden	1	1
Patientinnen/Patienten werden zu Expertinnen/Experten für sich selbst beim gemeinsamen Betrachten der Ergebnisse	12	3
Die Kurven zeigen auch die guten Zeiten und Zeiten, in denen es anders ist, an.	1	1
Einladung zur Reflexion	3	3
Einladung zur Thematisierung der therapeutischen Beziehung / niedrigschwelliger	27	27
Es werden durch das tägliche Ausfüllen mehr Aspekte, ganzheitlich aus dem Leben der Patientinnen/Patienten erfasst	2	2
Selbstbeobachtung und -befragung stärkt die Selbstreflexion und	8	8
Achtsamkeit wird gestärkt	10	10
Verdeutlichung von Mustern bzw. Hypothesen	7	7
Abgleich von Rückblickender Wahrnehmung mit konkreten Einschätzungen eines Tages	7	8
Verdeutlichung von Eigenwahrnehmung durch graphische Darstellung	1	1
Klient wird stärker	28	28
sie setzen sich täglich mit den gleichen Themen auseinander da sie im Fragebogen auftauchen	2	2
Sie reflektieren jeden Tag bestimmte Themen (z.B. Fragen/ Aussagen zu Familienbeziehungen, Fragen zum Schulalltag)	2	2
Die Stimmung der Klienten wird täglich erfasst, auch wenn uns im Angebot tagsüber evtl., etwas nicht aufgefallen ist, kann es durch die Anwendung von SNS "aufgefangen" werden und am Tag oder in der Woche danach mit uns besprochen werden	2	2
Tägliche Reflexion beim Ausfüllen des Fragebogens	2	2
Verläufe, Korrelationen, Dynamiken/Muster, signifikante kritische Fluktuationen (Kaskaden von kritischen Fluktuationen werden auf einen Blick sichtbar), können gemeinsam reflektiert und den Interventionen zugrunde gelegt werden.	7	1
Prozessevaluation	7	7
Durch das regelmäßige ausfüllen und	2	2
die Gespräche wird der Umdenkungsprozess angestoßen	3	3
eine andere Form der Beschäftigung mit der eigenen Problematik	29	29
Unterstützung der täglichen Selbstreflexion	8	2
Visualisierung längerer Verläufe, Visualisierung von Schwankungen	1	1
Durch die Reflexionsgespräche und die wertschätzende Teilnahme und Begleitung des Therapeuten. Nicht ich der Therapeut interpretiert, sondern die Klientinnen/Klienten erschließen sich neue Wahrnehmungsräume und Wahrnehmungsperspektiven anhand der eigenen zurückliegenden Einschätzung verschiedener Aspekte.	3	3
Durch anschauliche Reflektionsgespräche	3	3
Graphische Prozessverläufe	1	1
Sie konzentrieren sich auf das, was sie erreichen wollen	30	30
Rückschau auf die Rohdaten im Gespräch	3	1
mit Tagebucheinträgen	4	4
Das gemeinsame Interpretieren der Zeitreihen werden subjektive Überzeugungen oft relativiert bzw. korrigiert. Stabilitätsbedingungen (z.B. Therapeut*innen -	3	3

Patient*innen-Beziehung) sind Indikatoren für nächste mögliche Interventionen, welche auch Irritationen auslösen können.		
Visualisierung längerer Verläufe, Visualisierung von Schwankungen	1	1
Der klinische Eindruck wird über das SNS (KRD) im besten Falle bestätigt.	7	1
Regelmäßige Beschäftigung mit Themen der Therapie	2	2
Erleichterung des Transfers von der Therapie zum Alltag	31	31
Expressives Schreiben elektronischer Tagebücher unterstützt Selbstregulation	11	4
Durch die Ergebnisdiagramme	1	1
Durch das tägliche Ausfüllen des Fragebogens werden die Patient*innen dazu angehalten, sich selbst zu beobachten und ihr Verhalten zu reflektieren.	2	2
Die Visualisierung der Prozesse ist für die Patient*innen oft hilfreich Verläufe und auch Zusammenhänge zu erkennen.	1	1
Durch das Ausfüllen des Tagebuchs wird häufig deutlich, dann welche Reaktionen oder welches Verhalten erfolgt bzw. durch welches Verhalten dieses verändert werden kann.	4	4
regelmäßiges Ausfüllen der Fragebogen	2	2
regelmäßige Feedbackgespräche	3	3
ISM	32	32
Möglichkeit zur (werk)täglichen oder wöchentlichen Reflexion,	3	2
Tagebuchfunktion	4	4
und die Feedbackgespräche zu den Verlaufsdaten während der Coachings	3	3
Durch die Augenhöhebeziehung während der Ausarbeitung der Fallkonzeption und der darauf bezogenen auf Achtsamkeit und Veränderung ausgerichteten Fragen.	33	33
Durch Ritualisierung der Selbstbefragung	5	2
auch schon durch die Tagebuchfunktion stark unterstützt)	4	4
unmittelbare Sichtbarkeit von Veränderungstendenzen und Musterveränderungen	1	1
Aha-Effekte bei Feedbackgesprächen über Kurvenverläufe und	3	3
Analysen im Zusammenhang mit dem Tagebuch...	4	4
tägliche Reflexion	2	2
gemeinsames Betrachten von Zusammenhängen und Bilden von Hypothesen	7	3
Fragen konnten mitgestaltet werden	5	5
Routine wird eingeführt zu einer bestimmten Zeit über den Tag nachzudenken	2	2
Begleitung durch eine Fachkraft zur gestützten Reflexion	3	3
Graphische Verdeutlichung	1	1
Commitment und	9	9
Vertrauen in den therapeutischen Prozess	34	34
Blick auf Selbstwirksamkeit	12	12
und Umstellungsfähigkeit	7	7
die tägliche Selbstreflexion	8	2
das gemeinsame Besprechen der Kurve und Verläufe	1	3
täglicher Focus	2	2
Auch zwischen den Sitzungen sind unsere Sitzungen reaktiviert, in den die tägliche Reflexion erfolgt.	2	2

Was hat Sie bewogen, das SNS einzusetzen?

Rating-Nummer	Kategorie	Häufigkeit der Nennung
1	Mehr Informationen über den PT Verlauf und die Patienten zu bekommen	12
2	Neugier und Interesse	7

3	Forschungsinteresse	5
4	Überzeugung, dass es hilfreich sein muss.	2
5	Schulung	3
6	Möglichkeit zur Individualisierung	3
7	Überzeugung vom dahinterliegenden Paradigma, Einziges Tool mit systemtheoretischem Hintergrund	4
8	Patient*innen mehr einbeziehen können	4
9	Zunehmende Digitalisierung	
10	Vorgabe der Institution	2
11	Unterstützung des Prozesses auch außerhalb der Therapiestunden	2
12	Am Arbeitsplatz kennengelernt	4
13	Verbesserung der Beziehung	
14	Information über SNS	2
	Einmal benannt:	
15	Positive Selbsterfahrung mit dem SNS	
16	Affinität für Diagramme und visuelle Darstellungen	
17	Patient*innen mehr zu motivieren durch den Einsatz von Technik	
18	Gute Software	
19	Austausch mit anderen Anwender*innen	
20	Unzufriedenheit mit Prä-, Postmessungen und gängigen Evaluationsinstrumenten	
21	Transparenz	
22	Schutz für Klient*innen	
23	Therapeutische Deutungsheftigkeit und - Macht sowie Selbstverliebtheit kann eingeschränkt werden.	
24	Eigene Überzeugung	
25	Hoffnung auf Vereinfachung	
26	Mit SNS im nichtklinischen Kontext zu experimentieren	
27	digitale Diary Card	
28	Gemeinsamer Bezugsrahmen wird hergestellt.	
29	Die neue Art und Weise neue Ansätze für die Lösungsorientiert Arbeit zu finden.	
30	Feedbackgespräche	
31	War seit längerer Zeit Teil des Gesamttherapiekonzepts	
32	Skalierungsfragen als hilfreiche Methode.	
33	Stabilisierung konnte gezeigt werden.	

67 Antworten, 17 x keine Übereinstimmung, 74,6 % Übereinstimmung

	G	Y
Wunsch Pat. intensiver in den Prozess einzubeziehen und genauere Informationen über den Verlauf zu bekommen.	8	8
Hoffnung/Erwartung das die technischen Aspekte gerade Jugendliche anspricht und motiviert.	17	17
individuelle Verlaufsbeobachtung und	1	1
Wahrnehmung von Aspekten der Veränderung bzw. Rückschritten und Krisen	1	1
Initial die Aussicht, damit psychologische Auslöser von Anfällen zu erfassen	1	3
Gründliche Schulung	5	5
gute Software	18	18
zunehmende Digitalisierung im Alltag	9	9
Monitoring Möglichkeiten	1	1
Beschluss des Klinikvorstandes, es einzusetzen.	14	10
Das Kennenlernen in der Klinik vor vielen Jahren und	14	12

die Ausbildung bei Günter	5	5
Verlaufskontrolle Psychotherapie	1	1
Neugier	2	2
die Überzeugung, dass es hilfreich sein muss, in den Prozess hineinschauen zu können	4	4
Kontinuierliche Veränderungsmessung insb. zu Forschungszwecken	3	3
seit 2019 Anstellung im Rahmen eines von Aktion Mensch geförderten Projekts für die Einführung und Verfestigung des SNS in der Einrichtung; dies geschah durch Anregung und Einsatz der Einrichtungsleitung, die bereits zuvor das SNS in der Einrichtung etablieren wollte	14	10
Mehr Einblick ins Tagesleben von Klienten (sonst ist das Therapietreffen nur eine Stunde pro Woche)	1	1
Möglichkeit den Therapieprozess sichtbar zu machen	1	1
positive Selbsterfahrung mit dem SNS	15	15
Affinität für Diagramme und visuelle Darstellungen	16	16
antizipierter Nutzen für Klient*innen zur Unterstützung des Therapieprozesses außerhalb der Therapiestunden	4	11
Offenheit und Neugier und	2	2
vor allem die dahinter stehende Logik.	7	7
Förderung von Beteiligung und Individualisierung. Weg von manualisierten Konstrukten.	8	6
SNS kann auch ein Schutz für Klient*innen sein, da Anwendung auf Daten / Infos der Klient*innen basiert.	22	22
Therapeutische Deutungshoheit und - Macht sowie Selbstverliebtheit kann eingeschränkt werden.	23	23
Gemeinsamer Bezugsrahmen wird hergestellt.	28	28
Hoffnung auf Vereinfachung...zu Beginn...Nunmehr Freude an der Komplexität...	25	25
SNS im nichtklinischen Kontext zu experimentieren.	26	26
Forschung	3	3
Verbesserung Beziehung	13	13
digitale Diary Card	27	27
ursprünglich Interesse und Neugier sowie	2	2
die Möglichkeiten der Verbesserung von Prozessmessungen und	20	4
Individualisierung des gesamten Therapieprozesses	6	6
Real-Time-Monitoring	5	1
Vorstellung des SNS durch Günter Schiepek an unserer Abteilung	5	14
wurde auf der Station angeboten	1	12
Lange Kenntnis der Entwicklung, Kontakt mit dem "Schöpfer"	5	14
Austausch mit anderen Anwendern	19	19
Es ist das einzige Tool, welches auf der Basis von Systemtheorie / Konstruktivismus / Chaostheorie arbeitet	7	7
Interesse	2	2
Zeitgemäßes Medium	7	18
Differenzierung	6	1
und die Möglichkeit, Klienten aktiver in die Einschätzung oder Bewertung der Situation und Prozesse einzubinden	8	8
auch außerhalb der gemeinsamen Kontaktzeit	11	11
mehr Erkenntnisse über Klient, wenn er in Gesprächen nicht so viel von sich preis gibt und bisher schwer über Gefühle; Wünsche sprechen kann	1	1
Die neue Art und Weise neue Ansätze für die Lösungsorientierte Arbeit zu finden.	29	29
Neugier	2	2

Begeisterung für die Sichtbarmachung von Therapieverläufen	1	1
Die zunehmende Unzufriedenheit mit den gängigen Evaluationsinstrumenten. Prä- Post, ja immer noch, aber bei weitem nicht mehr als Goldstandard.	20	20
Die Klient*innen sind mit SNS wesentlich motivierter als früher.	17	17
Überzeugung von den zugrunde liegenden Sachverhalten	7	7
Studie mit SNS und med. Hypnotherapie	3	3
Möglichkeit, Selbstorganisationsprozess zu unterstützen und noch näher bei den Patient*innen dran zu sein.	8	8
Wurde vom Primar initialisiert.	12	12
SNS als Prozessmonitoring- und Feedbacksystem		14
Feedbackgespräche	30	30
War seit längerer Zeit Teil des Gesamttherapiekonzepts	31	31
Verlaufsmessung	1	1
Ich habe das SNS im Rahmen meines Arbeitsplatzes kennengelernt und bin sehr überzeugt von dessen positivem Einfluss auf den Therapieverlauf.	12	12
Transparenz, und	5	21
direkt über das Erlebte/ Einschätzung ins Gespräch zu kommen,	1	8
Herstellung von Zusammenhängen	14	14
Beratungsprozesse mit einem systemischen Zugang sichtbar zu machen	7	7
Methode, die dazu einlädt den Medienkonsum mit in die Hilfe einzubeziehen.	11	6
Skalierungsfragen als hilfreiche Methode.	32	32
Stabilisierung konnte gezeigt werden.	33	33
Ausbildung	5	5
Überzeugung	4	24
Neugierde	2	2
Forschungsinteresse	3	3
Interesse, sehe die Vorteile	2	2

Welche anfänglichen Bedenken hatten Sie?

Rating-Nummer	Kategorie	Häufigkeit der Nennung
1	(Zeit-) Aufwand	15
2	Commitment der Klienten	8
3	Eigne Unsicherheit/ Überforderung	6
4	Kosten bzw. Kosten-Nutzen Relation	4
5	Motivation der Klienten	3
6	Technische Schwierigkeiten/ Infrastruktur (W-Lan Verfügbarkeit)	4
7	Überforderung der Klienten	3
8	Andere nicht überzeugen können, es anzuwenden	2
9	Keine Akzeptanz der Einrichtung	
10	Sorge bezüglich der therapeutischen Beziehung	
11	Datensicherheit	
12	Befürchtung, dass SNS zur Diagnostik oder Überwachung genutzt wird, ohne es mit Pat. abzusprechen	
13	Zu starker Fokus auf bestimmte Bereiche und damit Verlust der Flexibilität im Therapieverlauf	
14	eingeschränkte Anwendbarkeit bei schwieriger Klientel	
15	Commitment der Kollegen	
16	Stört es nicht die therapeutische Beziehung?	10
17	nur geeignet für kognitiv sehr fitte Klient*innen?	
18	Keine Bedenken	

62 Antworten 4 x keine Übereinstimmung, 98,4 % Übereinstimmung

	G	Y
Haben die Patienten die Ausdauer und Kontinuität das SNS täglich zu nutzen	2	2
Dass die Klient*innen nicht so mitmachen	2	2
Keine, an die ich mich jetzt noch erinnern kann, mich hat der chaostheoretische Hintergrund vielleicht etwas eingeschüchtert, da ich viele dieser komplexen Aspekte zwar in der vereinfachten Essenz einleuchtend finde aber kein vertieftes Verständnis dafür habe	18	18
Zeitaufwand außerhalb der Gespräche	1	1
Kosten	4	4
Aufwändig	1	1
Fehlende Motivation der PatientInnen, die Fragebögen über einen längeren Zeitraum so hochfrequentiert auszufüllen. in Folge die Notwendigkeit, sie dazu anzuhalten bzw. danach zu fragen.	5	2
Und letztlich einen zu hohen Aufwand bei wenig Ertrag.	1	4
Wenige, bestenfalls Zeitmanagement	1	1
Aufwand	1	1
Ob die Patienten das Mitmachen werden	3	2
Überforderung durch tägliche Erhebung	7	7
eingeschränkte Anwendbarkeit bei schwieriger Klientel	14	14
Akzeptanz in der Einrichtung	9	9
Unsicherheiten bzgl. der geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung	3	3
technische Schwierigkeiten und fehlende Infrastruktur (z.B. kein WLAN)	6	6
Dass es kompliziert wird für die Klienten	7	7
täglich großer Aufwand für Klient*innen	1	7
zusätzlicher Aufwand für Therapeut*innen in Vorbereitung der Sitzung	1	1
Verstehen von Diagrammen, die über Zeitreihen hinausgehen	3	3
Wie übersetzt man die eigene Faszination, so dass diese im besten Fall ansteckend wirkt?	8	8
Technik stabil?	6	6
Zu hohe Anforderung an Mitarbeitende?	3	3
Kosten - Nutzen Relation gegeben? Ist ja nicht umsonst bislang...	4	4
Motivation der Pat.	5	5
Aufwand	1	1
Zusatzaufwand	1	1
schwer zu bedienen	3	3
Datensicherheit	11	11
dass es von Teammitglieder als Instrument eingesetzt werden könnte dass Pat. überwacht wird bzw. als Diagnose-Hilfsmittel ohne, dass dies mit dem Pat. abgesprochen wäre	12	12
keine	18	18
Commitment der Klienten	2	2
Keine	18	18
Technische Rahmenbedingungen, Bereitschaft der Klienten aber	6	6
Aufwand	2	1
Bereitschaft der Klienten aber	2	2
auch Bereitschaft des Kollegiums	15	15
dass es Klient schwerfällt, den Fragebogen täglich zu machen	2	2
Ob man es, wenn man noch nie gemacht hat, es überhaupt anleiten kann.	3	3
Nur geeignet für kognitiv sehr fitte Klient*innen?	17	17
Wann soll ich das machen?	1	3
Zeitaufwand	1	1
Dass es den Klient*innen vielleicht zu aufwendig ist jeden Tag auszufüllen, das hat sich aber schnell relativiert und eindeutig nicht bestätigt.	2	2

Keine	18	18
Keine	18	18
Betrafen den Aufwand, der überschaubar ist	1	1
Nutzen sticht Aufwand.	4	4
Ich persönlich nicht und Prof. Schiepek kann die Sinnhaftigkeit gut vermitteln.	18	18
Motivation der PatientInnen für tägliches Ausfüllen	5	5
Zeitfaktor, was sich nicht bewahrheitet hat, effiziente Messungen möglich	1	1
Möglich Bedenken wären gewesen, dass die Motivation der Patient*innen zum Ausfüllen der Bögen nicht ausreichend lange erhalten bleibt, dass	5	5
die technische Hürde nicht von jedem bewältigt wird, und/oder	3	6
dass durch die Fragen der Fokus auf fokussierte Bereiche gelenkt wird und damit die Flexibilität im Therapieverlauf verloren geht. Dies hat sich alles jedoch nicht bewahrheitet?	13	13
persönlich keine...	18	18
Eher wie schaffe ich die misstrauischen Kollegen davon zu überzeugen	8	8
-/-	18	18
Aufwand	1	1
Zeitaufwand	1	1
zu zeitaufwendig	1	1
stört es nicht die therapeutische Beziehung?	16	16
zu viel Aufwand, zu technisch	1	1
Keine	18	18

Gab es Schwierigkeiten und Hindernisse im Zuge der Einführung des SNS?

Rating-Nummer	Kategorie	Häufigkeit der Nennung
1	Technische Probleme	16
2	Zeitlicher Aufwand	11
3	Unsicherheiten (Einführungsgespräche mit Pat.), Zweifel und Skepsis auf Seiten der Anwender*innen	10
4	Mangelnde Motivation, Compliance	9
5	Skepsis gegenüber SNS auf Seiten der Pat.	2
6	Rahmenbedingungen (fehlende Ressourcen, fehlende Struktur, Planbarkeit, Praxisabläufe mussten neu strukturiert werden, kein Zugang zu Internet, Tablets. etc.)	13
7	Mangelnde Vertrautheit mit den Funktionalitäten und Auswertungstools	7
8	Zu wenig Schulung	4
9	Itemformulierung unpassend	
10	Angst vor Datenunsicherheit,	
11	Formulierung der Fragen, die zwar besprochen, aber dann doch im Verlauf anders interpretiert und beantwortet werden	
12	Motivation der Therapeuten	2
13	SNS Support ist lückenhaft;	
14	Patienten möchten die Diagramme selbst einsehen können	
15	zu wenig Feedback-Sessions	
16	regelmäßiges Ausfüllen, eigener Nutzen für Klienten muss klar sein	
17	Sinnhaftigkeit musste erklärt werden, die 44 Items waren für viel anfangs viel	

89 Antworten, 13 x keine Übereinstimmung, 85,4 % Übereinstimmung

	G	Y
zeitlicher Aufwand	2	2

sehr viel Zeit dafür zu brauchen	2	2
technische Funktionsstörungen	1	1
Zeitaufwand der Programmierung	2	2
In den ersten Jahren v.a. technische Probleme,	1	1
danach fehlende Regelmäßigkeit bei der Ausfüllung durch die PatientInnen.	4	4
Programmstabilität, manche Funktionen	1	1
Vertraut werden mit der differenzierteren Auswertung	7	7
fehlende Struktur und Planbarkeit, z.T. fehlender Auftrag	6	6
Unsicherheit in der Anwendung und Gesprächsführung	3	3
keine Zeit für ISM oder Feedbackgespräche finden während Diagnostik/ dringender Anliegen von Klient*innen	2	6
Ambivalenz von Klient*innen bezüglich Nutzung des SNS	5	5
Programm funktioniert nicht stabil (ausgerechnet heute), in Anwendung nicht sicher (wie war das nochmal?), Wen interessiert es?	1	1
wiederkehrende technische Probleme	1	1
zerstörten immer wieder Motivation von Kolleginnen/Kollegen und Patientinnen/Patienten	12	4
große technische Unzuverlässigkeit in den Anfangsjahren	1	1
die Software bietet viele Möglichkeiten, manches ist mir fachlich noch nicht so vertraut	7	7
Am Anfang die eigene Unsicherheit beim Fragen stellen etc.	3	3
Anforderungen im Kassensystem erfordert anderen Fokus in den ersten Stunden	2	6
Zeitaufwand	2	2
mussten den TPB auf TPB-Kids modifizieren, was doch viel Arbeit war	2	2
Keine, aufgrund des SNS Seminars und der darin erfolgten Vorbereitungen	18	18
großer Aufwand zur Einarbeitung, es gibt kein Erfahrungswissen für Coaching und betriebliche Beratung; Man muss IT affin sein, um sich auf der Plattform bewegen zu können	2	2
SNS Support ist lückenhaft	13	13
Manche Feature der Software laufen nicht (IM-Matrix). Server stürzte (in der Vergangenheit) immer wieder mal ab, der Supplier merkt es nicht, man musste ihn darauf aufmerksam machen.	13	1
Programm nicht besonders selbsterklärend	8	7
Anlegung des Kontos nicht direkt erfolgreich	1	1
Zeitaufwand	2	2
musste mich erst Einarbeiten	2	7
Gewöhnungsfaktor	7	7
Formulierung der Fragen, die zwar besprochen, aber dann doch im Verlauf anders interpretiert und beantwortet werden	11	11
regelmäßige Anwendung und Erkennung von Nutzen	16	7
Manche Klient*innen mögen einfach das gute alte Papiertagebuch lieber finden keinen Zugang zu der internetbasierten SNS-Nutzung, andere sind von der Wiederholung der Fragen (auch wenn diese passend sind) nach einer Zeit gelangweilt, wieder andere finden es herausfordernd, wenn sich über lange Zeiträume keine Veränderung zeigt	2	4
genervt über zusätzlichen Zeitaufwand täglich	2	2
Angst vor Datenunsicherheit	10	10
technische Funktionsstörungen	1	1
Patienten möchten die Diagramme selbst einsehen können	14	14
Programmstabilität	7	1
technische Voraussetzungen z.T. nicht gegeben	1	6
unregelmäßige Termine durch fehlende Ressourcen, fehlende Planbarkeit	6	6
manchmal die Klienten am Anfang zu motivieren	4	4

technische Schwierigkeiten	1	1
Ambivalenzen in Bezug auf Veränderungsmotivation werden deutlich und haben zu Abbruch der Nutzung des SNS geführt	4	4
Technik nicht stabil	1	1
Fragen schlecht formuliert, zu oft beantworten	9	9
wiederkehrende technische Probleme zerstörten	1	1
immer wieder Motivation von Kolleginnen/Kollegen	12	12
und Motivation von Patientinnen/Patienten	4	4
große technische Unzuverlässigkeit in den Anfangsjahren	1	1
Ungenügende Transparenz	3	6
zu wenig Einführungsstermine	8	8
zu wenig Feedback-Sessions	15	
Eltern von Patientinnen und Patienten haben Sorge, dass ihr Kind zu einem " Forschungsobjekt" wird oder das die Therapie zu "technisch" ist	1	5
regelmäßiges Ausfüllen, eigener Nutzen für Klienten muss klar sein	16	15
ab und zu wird Fragebogen vergessen, vor allem dann wenn wir uns im Alltag nicht sehen	15	4
Sich auf das ganze einzulassen und offen zu sein über das ganze zu sprechen	4	4
technische Schwierigkeiten	1	1
Sinnhaftigkeit musste erklärt werden, die 44 Items waren für viel anfangs viel	17	17
einzelne Patienten stehen dem System eher kritisch gegenüber, andere kommen mit der App nicht zurecht	5	5
Aufwand	2	2
Verständnis der Hintergründe	7	8
Teilweise technische Probleme	1	1
Praxisabläufe mussten neu definiert werden	6	6
zu wenig zeitliche und personelle Ressourcen der anderen Mitarbeiter, fehlender struktureller Rahmen, äußere Faktoren (Neubau, Corona),	6	6
allgemeine Skepsis gegenüber dem Projekt	3	3
bisher keine Bereitschaft zur Übernahme der Kosten	6	6
Einführung in einer Haftanstalt bisher unmöglich wegen fehlendem Zugang zum Internet für Inhaftierte	6	6
Interne Qualifizierung und Austausch	8	8
wer bezahlt das (unsere Auftraggeber? Wie kann Sinn vermittelt werden?)	3	3
Zweifel, es sei "zu technisch"	3	3
bisher keine	18	18
Ablehnung gegen Neues / Unbekanntes	3	3
Zeitaufwand	2	2
Skepsis im Kollegium	3	3
kein Zugang zu Internet/ Smartphones/ Tablets	6	6
Meine Leitung zu überzeugen, dass es sich lohnt dieses Instrument einzuführen	3	3
Kommt sehr gut an	18	18
Skepsis anderer Mitarbeitende (demotivierende Kommentare gegenüber Klientinnen/Klienten)	3	3
Vorbehalte, Unverständnis	3	3
Nein. Es hat nur Zeitressourcen erfordert.	2	2
Anforderung der Tablets, Ausgabe der Tablets an die Patienten*innen war Mehraufwand.	2	6
Schulungen des Personals	8	8
Überzeugung der Kollegen	3	3
Motivation der Kollegen	12	12

Welche Effekte erleben Sie in den SNS-basierten Therapiesgesprächen?

Rating-Nummer	Kategorie	Häufigkeit der Nennung
1	Neugierde und Interesse seitens der Klienten für die eigene Entwicklung	6
2	Neue Erkenntnisse/ Einsichten über sich, den Verlauf, neue Themen und Wünsche für Veränderungsprozess kommen zur Sprache	13
3	Aha-Erlebnisse wenn die Muster entdeckt und verstanden werden, die Kurvenverläufe anders als erwartet ausfallen	7
4	Bestätigung eigenen Erlebens, wahrgenommener Veränderungen, Entwicklungen, Pat. glauben dem, was sie sehen, mehr	7
5	Gespräche: zielgerichteter, hilfreicher und weiterführender erlebt, über Zusammenhänge sprechen, Pat. erzählen offener	3
6	Freude, Begeisterung, wenn etwas in den Kurven sichtbar wird, was sie nicht erwartet haben	3
7	Erstaunen, Überraschung, Irritation über z.B. eigene Fortschritte	7
8	Entlastung, Erleichterung	2
9	Enttäuschung/Resignation bei stagnierenden Verläufen	1
10	Steigerung der Motivation	7
11	Nachdenklichkeit	3
12	Hinterfragen der täglichen Selbstwahrnehmung,	3
13	Pat. können sich mehr wertschätzen können, mehr anerkennen für eigenen Entwicklungsbemühungen	3
14	Erfahrung von Selbstwirksamkeit	2
15	Wahrnehmung wird differenzierter, Wahrnehmungsverzerrungen können aufgelöst werden	4
16	Erleben, dass Klienten sich wahrgenommen fühlen, gezielt Raum für ihre Themen bekommen	2
17	"gemeinsames Drittes" wird bearbeitet/besprochen, hilfreich!	2
18	zielgerichtete Gesprächsführung möglich durch Orientierung an durch die Fragen vorgegebenen Themen	18
19	Realitätscheck	
20	Mehr Klarheit	
21	Perspektivwechsel	
22	Förderung von Zuversicht	
23	Noch nicht so stabil relevant, wegen zu geringer Frequenz Rückmelde-Gespräche	
24	"Arbeit in gemeinsamer Sache" - Zusammen auf die Suche gehen.	
25	Es ist leichter in eine Metaperspektive zu kommen.	
26	Individualisierung und Personalisierung bei ISM	
27	Fördert Emotionsregulation	
28	Fördert Mentalisierung	
29	Verbesserung der Körperwahrnehmung,	
30	s.o. bei Reflexion	
31	Erinnerungsfunktion	
32	zusätzliche Belastungen durch das SNS	

78 Antworten 11 x keine Übereinstimmung, 85,9 % Übereinstimmung

	G	Y
sehr unterschiedlich, je nach Reflektionsfähigkeit und kognitiver Reife des Pat. Gelegentlich deutliche Erkenntnisse für den Pat.	2	2
"Aha-Effekt"	3	3

bei sehr stagnierenden Kurven aber auch Enttäuschung/Resignation	9	9
Patient*innen sind häufig vom Niveau der Kurve und vom Verlauf erstmal überrascht,	7	7
können sich häufig mehr wertschätzen	13	13
Neugierde	1	1
Erleichterung	8	8
Förderung von Zuversicht	22	22
und Anerkennung eigener Entwicklungsbemühungen und Veränderungen	13	13
Bestätigung und	4	4
Freude bei den Patienten	6	6
Interesse für die eigene Entwicklung	1	1
Erstaunen	7	7
Begeisterung	6	6
Bestätigung	4	4
Perspektivwechsel	21	21
Validierungs- und Bestätigungserfahrung	4	4
Ist für die Patienten wichtig (Wahrgenommen werden, Feedback, das bin ich...)	4	16
Aha-Effekte, wenn die Muster entdeckt und verstanden werden	3	3
Differenzierte Sicht auf Verlauf möglich insb. langfristige Veränderungen	15	15
zielgerichtete Gesprächsführung möglich durch Orientierung an durch die Fragen vorgegebenen Themen	5	18
Aha-Erlebnisse für die Klienten (z.B. wenn Schwankungen der Kurven stärker oder schwächer ausfallen, als erwartet)	3	3
Erleben, dass Klienten sich wahrgenommen fühlen, gezielt Raum für ihre Themen bekommen	16	16
Die Klienten sind interessiert	1	1
es hat auch ein Einfluss auf Motivation	10	10
manchmal sind sie begeistert, wie die Graphen etwas zeigen, dass sie nicht gewusst haben	3	6
Einsichten	2	2
Realitätscheck	19	19
Validierung oder	4	4
Hinterfragen der täglichen Selbstwahrnehmung	12	12
ins Gespräch kommen über Zusammenhänge	2	5
Bestätigung	4	4
AHA Effekte	3	3
Nachdenklichkeit	11	11
Überraschungen, Stagnation usw.	7	7
"Gemeinsames Drittes" wird bearbeitet/besprochen, hilfreich!	17	17
Erfahrung von Selbstwirksamkeit	14	14
Interesse für eigene Entwicklungsprozesse	1	1
Förderung der Wahrnehmung von Unterschieden	15	15
oft AHA- Effekte	3	3
Pat. glauben dem, was sie sehen mehr, als wenn es nur berichtet wird.	4	4
Bestätigung für Pat., "am richtigen Weg" zu sein, Übereinstimmungen zwischen Verlaufskurven und eigener Einschätzung der/des Pat.	4	4
Noch nicht so stabil relevant, wegen zu geringer Frequenz Rückmelde-Gespräche	23	23
Neugierde	1	1
Erstaunen, Irritation	7	7
und Entlastung	8	8
"Arbeit in gemeinsamer Sache" - Zusammen auf die Suche gehen.	24	24
Erhöhung der Motivation	10	10
Triangulation	17	17
Es treten Themen zu Tage, die bislang verborgen blieben.	2	2

Gerade Jugendliche erzählen viel offener, wo sonst oft nur einsilbige Gespräche entstehen.	5	5
Es ist leichter in eine Metaperspektive zu kommen.	25	25
Klienten denken selbst stärker über Zusammenhänge nach.	1	11
Es kommen Themen zur Sprache, die während Hilfeprozess im Vorfeld gar nicht so präsent waren, für den Klient jedoch sehr wichtig sind. Zum Teil kommen Wünsche für Veränderungsprozesse zur Sprache, die dann in den Fragebogenprozess und Hilfeprozess integriert werden.	2	2
Neues nachdenken über die Thematik, neue Erkenntnisse und Ansatzpunkte	2	2
Einsichten	2	2
Überraschungen	7	7
erhöhte Klarheit	20	20
Neue Einsichten	2	2
Selbstwirksamkeitserleben	14	14
Motivation den Therapieprozess zu intensivieren	10	10
Auflösung von Wahrnehmungsverzerrungen	15	15
Kritisches Hinterfragen vorgefertigter Hypothesen sowohl für mich als Therapeuten als auch für die Klient*innen selbst.	2	2
Erkenntnisgewinn	2	2
Oft ein Erstaunen über den eigenen Fortschritt im Prozess.	7	7
Motivation für die Klient*innen dranzubleiben und	10	10
Stolz, wenn sie regelmäßig SNS-FB eingetragen haben.	4	13
Manchmal Aha Effekte	3	3
Diffuse Selbstwahrnehmung wird durch das Besprechen der Zeitreihen oft klarer.	12	15
Verbesserung der Veränderungsmotivation und Compliance.	10	10
Individualisierung und Personalisierung bei ISM	26	26
Fördert Emotionsregulation	27	27
und Mentalisierung	28	28
Grafische Darstellung hilfreich zur Veränderungsmotivation	10	10
Die Patient*innen sind interessiert und konzentriert.	1	1
Die Gespräche werden als hilfreich und weiterführend erlebt.	5	5
Durch die Diagramme können eventuelle Veränderungen erkannt und bearbeitet werden.	2	2
Motivationssteigerung	10	10
Verbesserung der Körperwahrnehmung	29	29
Förderung der Einsichtsfähigkeit	4	2
Erweiterung der Konzepte	2	2
s.o. bei Reflexion	30	30
Aha-Effekt	3	3
Erkennen von Mustern	3	2
ein Verständnis für Entwicklungsprozesse und das bestimmte Handlungen Auswirkungen auf das Gefühl und die seelische Gesundheit haben	13	2
Nachdenklichkeit	11	11
Erinnerungsfunktion	31	31
zusätzliche Belastungen durch das SNS	32	32

Co-Rating: Patientinnen/Patienten-Befragung

Wie erleben bzw. erlebten Sie das tägliche Ausfüllen?

Rating-Nr.	Kategorie	Häufigkeit
1	Problemlos, unkompliziert	14
2	anstrengend, häufiger vergessen, v.a. unter Belastung/ Stress	6
3	Zu wenig persönliche, passende Fragen	5

4	Gute Methode, um den Tag Revue passieren zu lassen	3
5	Teilweise sehr frustrierend, weil es keine Veränderung	3
6	Hilfreich und unterstützend	5

39 Antworten, 9 x keine Übereinstimmung, 76,9 % Übereinstimmung

Response	G	Y
Grundsätzlich eher problemlos.	1	1
Insbesondere in Belastungssituationen häufiger vergessen und dann i.d.R. nachgeholt. Bug: Mehrfach erschien ein bearbeiteter und abgeschlossener Fragebogen erneut.	2	2
In schlechten Phasen als anstrengend. Auch teilweise zu vorhersehbar zu wenig persönlich. Aber Ergebnisse waren immer passend.	2	2
Problemlos	1	1
Sehr einfach gestaltet	1	1
wöchentlich gleicher Fragebogen und andere Fragebögen zu immer gleichen Themenbereichen in größeren Abständen Beantwortung der Fragen problemlos möglich, abgesehen von kleinen Rechtschreibfehlern oder nicht ganz passenden Formulierungen	1	1
Das wöchentliche Ausfüllen nimmt nicht viel Zeit und	1	1
unterstützt meine Therapie	6	6
Teile helfen mir, Teile helfen mir nicht.	6	6
Ich fülle wöchentlich am Freitag aus. Funktioniert gut.	1	1
Manche Fragen passen nicht auf mich.	3	3
Teilweise sehr frustrierend, weil es keine Veränderung gab.	5	5
Als unkompliziert.	1	1
Es ist wie ein Tagesrückblick und eine gute Möglichkeit die eigenen Fortschritte zu bemerken aber auch selbstherrlich noch bestehendes Optimierungspotential zu sehen. Da ich grundsätzlich eher streng mit mir bin stelle ich fest, dass ich mich manchmal schlecht fühle, wenn ich an einem Tag z. B. nur wenig Hypnose gemacht habe und mir das durch den Fragebogen bewusst wird. Manchmal könnte ich noch etwas Erläuterndes dazu schreiben, weil die Antwort so oder so ausgelegt werden kann. Es erfordert aber auch Disziplin die Fragebögen jeden Tag zu beantworten.	4	6
Es hilft mir dabei, den Tag Revue passieren zu lassen und mir die Zeit zu nehmen, mich ein paar Minuten am Abend nur auf mich zu fokussieren.	4	4
Unkompliziert durch die Regler, die ich bedienen kann je nach Tages-Empfinden	1	1
Anstrengend, oft fülle ich es leider einen Tag später aus	2	2
Hilfreich	6	6
Anfangs sehr positiv. Es verfestigte das Gefühl, etwas zu tun und mir endlich zu helfen. Es half als Abendroutine außerdem dabei, den Tag nochmal etwas nüchterner zu Bewertung und schöne/gute Erlebnisse nochmal hochzuholen.	6	1
Später wurde es dann etwas zäh - in einer Phase von Stagnation in meinen persönlichen Projekten (etwa Studium) bekam ich zunehmend das Gefühl, der Fragebogen 'bringe' mir nichts mehr. Es wurde zur nervigen Routine und ich begann mich zu fragen, was die Datenpunkte uns/mir überhaupt noch an neuen Erkenntnissen und Hebelpunkten in den Therapiegesprächen bringen können. Irgendwann kommunizierte ich diesen Unmut und bat ggf. darum, eine kürzere Version in Betracht zu ziehen, die weniger auf die Datenpunkte zielt, sondern mehr Werkzeug zur kurzen abendlichen Selbstreflektion (d.h. mit weniger anderen Fragen) ist. Meine Erwartungshaltung, was ich von den SNS-Umfragen erwartete, hatte sich verändert.	3	5
Wie ein Tagebuch wo ich meinen emotionalen Zustand beschreiben habe.	6	6

Leider vergesse ich es trotz Erinnerung im Handy oft, wenn was dazwischenkommt oder so.	2	2
Wenn ich es dann ausfülle, erlebe ich das Revuepassieren meines Tages, das somit in Gang gesetzt wird, als sehr aufschlussreich.	6	4
Gewöhnungsbedürftig aber jetzt ok, schnell, einfach	1	1
Manchmal anstrengend, je nachdem wie mein Tag war,	2	2
manchmal bin ich nicht bei der Sache, beim Beantworten der Standardfragen, da sie sich tgl. wiederholen. Gut finde ich am Ende, die Möglichkeit eines persönlichen Kommentars	3	3
zum Teil monoton, weil keine Stimmungsänderung,	3	5
manchmal unzureichend, weil die Fragen extremere Zustände im Guten wie im Schlechten nicht adressierten.	3	3
Generell eine gute Gelegenheit über den Tag zu sinnieren	4	4
Zu Beginn hatte ich mehr als 40 Items. Habe ich ausgefüllt, das war aber etwas viel und erfordert viel Commitment. Später haben wir den Fragebogen individualisiert auf rund 15 Fragen. Es fällt mir leicht diesen täglich vor dem zu Bett gehen auszufüllen.	2	1
Es fiel mir leicht mich durch die Fragen zu klicken und sie zu beantworten.	1	1
Super	1	1
Für mich war es sehr hilfreich anhand des SNS den Tag kritisch zu reflektieren. Somit konnte ich selbst schnell erkennen, in welche alten "schlechten" Verhaltensmuster ich im Alltag zurückfalle, wenn ich mir nicht genügend Zeit für mich selbst nehme und mich wieder "fremdbestimmen" lasse.	4	6
Manchmal hat es mich gestresst nach einem hektischen Tag den Bogen noch auszufüllen. Allerdings konnte ich danach immer wieder erkennen, dass der SNS-Bogen meine Zeit mit mir selbst war.	4	2
Vom Umfang her war es passend und ich habe es positiv erlebt.	6	1
Das über sich selbst nochmals zu reflektieren hat mir geholfen.	6	6

Was hat Sie selbst überzeugt, das SNS anzuwenden?

Rating Nr.	Kategorie	Häufigkeit
1	Meinen Entwicklungsverlauf sehen zu können	9
2	Mein Therapeut/ meine Therapeutin	4
3	sinnvolle Ergänzung zur Therapie	5
4	Mehr an eigenen Themen Dranbleiben wird gefördert.	6
5	Einfache Nutzung	2
6	Möglichkeit zur Selbstreflexion	2
7	nachvollziehbare Auswertung, Diagramme	2
8	Wille einer positiven und offenen Therapie..	
9	Besserung meiner Beschwerden.	
10	informativ	
11	Da es eine Art Journal ist in App-Form, welches man immer dabei hat.	
12	Neugier	

39 Antworten, 6 x keine Übereinstimmung, 84,6 % Übereinstimmung

Response	G	Y
einfache digitale Nutzung	5	5
nachvollziehbare Auswertung	7	7
Um zu sehen, wie es mir geht!	1	1
Wille einer positiven und offenen Therapie.	8	8

Besserung meiner Beschwerden.	9	9
Fragen konnte ich mit dem Therapeuten besprechen	2	2
Praktisch, unkompliziert und zielführend	5	5
der Verlauf meiner psychischen Verfassung konnte gut dargestellt werden.	1	1
Beruflich hatte ich oft mit Fragebögen und Diagramme gearbeitet. Ich betrachte diese als sinnvolle Ergänzung zur Therapie.	3	3
Bin selbst interessiert an Mustererkennung und Schaubilder für Veränderungsprozesse.	1	1
Mein Therapeut.	2	2
Das ich meine eigenen Fortschritte sehen kann.	1	1
Die Möglichkeit die eigenen Fortschritte so bewusster wahrnehmen zu können und	1	1
ein gewisses Dranbleiben an der inneren Arbeit, auch wenn es mir schon besser geht.	4	4
Die tägliche Verbindlichkeit, mich meinen eigenen Gedanken und Gefühlen zu widmen.	4	4
Die diversen Diagramme, die mir mein Therapeut über die Monate gezeigt hat.	2	7
Die Möglichkeit meine Fortschritte durch das tägliche Beantworten der Fragen bewusster wahrnehmen zu können.	1	1
Außerdem bleibe ich dadurch an der inneren Arbeit dran, auch wenn es mir schon besser geht.	4	4
Ich weiß noch nicht, was ich davon habe.	12	12
Informativ	10	10
Die Idee, jeden Abend nochmal kurz dafür Zeit zu nehmen und den Tag zu reflektieren gefiel mir.	6	6
Außerdem war meine Therapeutin sehr bemüht, auf Basis der vorherigen Gespräche und Modelle, einen individuellen Bogen mit mir zu erstellen. Auf diese Weise nahm ich die Fragen als sinnvoll oder wichtig war - und war dann selber gespannt auf die Ergebnisse.	2	2
Die Auswertungsrunden haben meine Ausfüllmotivation und -disziplin dann auch immer kurzzeitig verbessert, da sie oft Zugang zu größeren Brocken an Selbstverständnis gaben.	3	4
Ich wollte sehen, wie ich mich in meinem Verhalten von Tag zu Tag entwickle.	1	1
Da es eine Art Journal ist in App-Form, welches man immer dabei hat.	11	11
Therapeutin/Therapeut	2	2
SNS Teil der Therapie	7	3
Weil ich gezwungen bin mich tgl. zu reflektieren	6	4
Möglichkeit und Zwang zur täglichen Selbstreflexion.	6	6
Archivieren von Erlebnissen und Eindrücken		
Ich betrachte mich selbst als analytischen Menschen. Es leuchtet mir ein, Datenpunkte über etwas so Subjektives und schwer fassbares wie einen Krankheits-/Therapie-Verlauf zu erheben.	1	3
Zugleich hilft es mir einen distanziert, objektiven Blick auf Symptome zu erhalten.		
Neugier	12	12
Über die lange Zeit konnte anhand der Auswertungen genau nachvollzogen werden, in welchen Bereichen ich Fortschritte für mich selbst gemacht habe und wo ich noch Handlungsbedarf habe.	7	1
Wenn zu viele "schlechte" Nachrichten und Erlebnisse zusammen kamen, hatte ich den subjektiven Eindruck, dass ich nur auf der Stelle trete, keine Verbesserung meines Zustandes bemerkbar sind und ich war dann noch mehr verzweifelt. Die Auswertungen haben aber ein anderes, klareres und positiveres Bild von mir gezeigt.	1	6
Gute Möglichkeit zur Selbstreflexion.	6	6
Die Möglichkeit anhand der Auswertung nach einiger Zeit, ist es gut einen Verlauf zu erkennen	1	1

und daraus die Therapie anpassen zu können.	3	3
---	---	---

Was hat Sie skeptisch gestimmt?

Ra-ting-Nr.	Kategorie	Häufigkeit
1	Nichts	9
2	Das zusätzliche „To-do“ jeden Tag.	2
3	Nutzen, wenn Fragen nicht oder nicht mehr zur Situation oder zum Thema passten	5
4	Probleme mit dem System	
5	Nicht möglich, Fragebögen als Historie anzusehen als Patient	
6	Datenschutz gewährleistet	
7	Zu sehen, wie es mir geht.	
8	Noch unklar	
9	Optik nicht ansprechend für tägliches Ausfüllen	

22 Antworten, 2 x keine Übereinstimmung, 90,9 % Übereinstimmung

Response	G	Y
- Fragebögen eines Datums (bearbeitet und abgeschlossen) wird erneut als unbearbeitet angezeigt. - Menüführung (Fragebögen, Datei, Mitteilung,) unkomfortabel/missverständlich programmiert. - drei Mal aus dem System geworfen worden (keine Fragebögen mehr) - Kein eigener Zugriff auf die (eigenen) Auswertungsdaten	4	4
Immer gleiche Fragen	3	3
Nichts :-)	1	1
Nichts. Ist für mich ein gutes Werkzeug.	1	1
-	1	1
Zu sehen, wie es mir geht.	7	7
Das zusätzliche „To-do“ jeden Tag. Ich mache die Selbsthypnose meist abends vor dem Schlafengehen, mache dann aber davor schon mein Handy aus. D.h. ich beantworte den Fragebogen oft, bevor ich nochmal intensiver nach innen gehe. Habe das daher mittlerweile auf morgens umgestellt und mache nun vor der Arbeit etwas Selbsthypnose. Natürlich auch im Alltag tagsüber wenn es mir hilft.	2	2
Nichts	1	1
Das zusätzliche „To-do“ jeden Tag und die daraus resultierende Verpflichtung, die mir etwas Druck gemacht hat. Außerdem neige ich dazu mich selbst eher streng zu beurteilen bzw. dadurch die Fragen vielleicht nicht unbedingt repräsentativ zu beantworten, indem ich meinen Zustand und/oder Fortschritte schlechter bewerte als er ist.	2	2
Ich fülle das nur aus und weiß nicht, was die App mir persönlich bringt, jedenfalls bis jetzt nicht	8	7
Die Seite sah etwas ... rudimentär auf Patientenseite aus. Sie war funktional und schlicht. Für einmalige Diagnosebögen völlig ok, aber nichts, was man täglich liebend gerne anschauen mag ^^	9	9
Später wurde es dann etwas zäh - in einer Phase von Stagnation in meinen persönlichen Projekten (etwa Studium) bekam ich zunehmend das Gefühl, der Fragebogen 'bringe' mir nichts mehr. Es wurde zur nervigen Routine und ich begann mich zu fragen, was die Datenpunkte uns/mir überhaupt noch an neuen Erkenntnissen und Hebelpunkten in den Therapiegesprächen bringen können. Irgendwann kommunizierte ich diesen	2	3

Unmut und bat ggf. darum, eine kürzere Version in Betracht zu ziehen, die weniger auf die Datenpunkte zielt, sondern mehr Werkzeug zur kurzen abendlichen Selbstreflektion (d.h. mit weniger anderen Fragen) ist. Meine Erwartungshaltung, was ich von den SNS-Umfragen erwartete, hatte sich verändert.		
Nichts	1	1
Meine bisherigen Fragen wurden ausgetauscht. Als diese nicht mehr aktuell waren, nicht mehr zu meiner Situation gepasst haben, habe ich etwas das Interesse verloren. Nach der Aktualisierung der Fragen, bin ich wieder überzeugt.	3	3
Nicht möglich, Fragebögen als Historie anzusehen als Patient	5	5
Ob der Datenschutz gewährleistet ist.	6	6
Die fixierten Fragen, die manchmal nicht ausreichen, um das Befinden abzubilden.	3	3
Bei dem standardisierten Fragebogen waren zahlreiche Fragen, die aus meiner Sicht nicht gut passten.	3	3
Nichts	1	1
Nichts	1	1
Eigentlich gar nichts!	1	1
Ich hatte keine Skepsis dem Fragebogen gegenüber.	1	1

Was sind für Sie wesentliche Erkenntnisse aus der Arbeit mit dem SNS? In welcher Weise hat das SNS Ihren Therapie- bzw. Veränderungsprozess beeinflusst?

Rating-Nr.	Kategorie	Häufigkeit
1	Mehr Erkenntnisse über den eigenen Verlauf erhalten	8
2	Mehr Erkenntnisse über sich und das eigene Erleben erhalten	10
3	Mehr Motivation und Dranbleiben an der eigenen Veränderung	3
4	Kurven waren eine gute Stütze beim Prüfen & Verifizieren von Thesen und Modellen.	
5	Tägliche Reflexion hält den Focus.	
6	Um ein Gesamtbild zu sehen	
7	Es hat mir nichts gebracht. Der abendliche Aufwand war nutzlos.	

25 Antworten, 6 x keine Übereinstimmung, 76 % Übereinstimmung

Response	G	Y
Visualisierung verdeutlicht/bestätigt den Therapieverlauf	1	1
Datenbasierte Ergebnisse ergänzen subjektive Wahrnehmung	2	2
Mein Krankheits- und Wesensbild	2	2
Regelmäßigkeit der Gesundheitszustände.	5	2
der zwischenzeitliche Abfall der psychischen Verfassung konnte ebenso gut erkannt werden, wie der positive Verlauf	1	1
Ich merke Muster, Zusammenhänge, Fortschritt oder Rückschritt.	1	1
Kann meine Situation besser überblicken.	2	1
Ich kann auf lange Sicht besser sehen, wie ich mich verändere.	2	1
Es lässt mich bewusster durch den Alltag gehen und ich weiß in der Therapie besser, was mich beschäftigt.	2	2
Durch das tägliche Ausfüllen ist noch mehr Bewusstsein entstanden für mich, meine Fortschritte und meine innere Arbeit.	1	1
Es hilft mir dranzubleiben und mich zumindest einmal täglich ganz bewusst mit dem Tag und dessen Verlauf sowie meinem Befinden zu beschäftigen (auch wenn ich so-wieso schon sehr achtsam und bewusst bin).	2	3

Wie bereits erwähnt, haben die Auswertungsrunden oft zu tiefgehenden oder interessanten Selbsterkenntnissen über Muster oder Glaubenssätzen geführt. Während ich die Auswertung der Kurven am Anfang noch mehr explorativ wahrgenommen haben, wurden die Kurven später eine gute Stütze beim Prüfen & Verifizieren von Thesen und Modellen.	2 und 4	2 und 4
Oftmals war ich danach durch diesen empfundenen Fortschritt motiviert, sowohl die Umfragen weiter regelmäßig auszufüllen als mich auch außerhalb der Therapie mit den aufgeworfenen Fragen/Ideen auseinander zu setzen. 5	3	3
Ich habe das Ungleichgewicht in meines Verhaltens und meiner Gefühle gesehen	1	1
was mich dazu bewegt hat mich intensiver damit zu beschäftigen ins Gleichgewicht zu kommen und mehr an mir selbst zu arbeiten.	3	3
Die Fragen von letztem Jahr haben sich irgendwann nicht mehr mit meinem persönlichen Zustand gedeckt. Das hat mir und meiner Therapeutin sehr deutlich gezeigt, dass einige dieser Punkte schlichtweg gelöst wurden. Auch ist es immer wieder interessant zu sehen, dass es an manchen Tagen schwerer fällt, Empfindungen zu deuten, als an anderen. Das wird mir oft erst beim Ausfüllen klar.	4	4
Das gab mir eine Menge Auftrieb und Zuversicht.	4	4
Übergänge beobachten	1	1
Die tgl. Reflektieren unterstützt mich in meiner Selbsteinschätzung	2	2
Tägliche Reflexion hält den Focus.	5	5
Es hat mir geholfen objektivierend auf meine eigene Entwicklung zu blicken. So können auch zwischenzeitliche Rückschläge dort im Zeitverlauf gesehen werden. Daraus schöpfe ich dann Zutrauen, wenn es doch einmal schlechter wird, dass es eben auch dieses Mal nur ein temporärer Effekt ist. Wenn ich mir die Kurve als gleitenden Durchschnitt vorstelle, sehe ich, dass es eine eindeutige Tendenz zur Verbesserung gibt.	2	1
Es hat mir nichts gebracht. Der abendliche Aufwand war nutzlos.	7	7
Um ein Gesamtbild zu sehen	6	6
Ein klares und objektives Bild meines Gesamtzustandes und der Handlungsfelder. Mit den Auswertungen konnten genau meine "schlechten" Tage und Wochen nachvollzogen werden und ich konnte konkrete Ereignisse und Vorfälle zuordnen. Damit war es leichter im Therapiegespräch konkrete Verhaltensweisen zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten zu besprechen und zu erarbeiten. Auch konnte ich mir damit positive "Lichtblicke" und "Erlebnisse" bewusst machen und habe nicht mehr alles pauschal als "schlecht" und "unlösbar" angesehen. SNS hat mir täglich bewusst gemacht, dass ich auch an mich denken muss, darf und mir selbst was Gutes tun muss.	1	2
Durch die Auswertung des Fragebogens in der Therapie ist für mich ein Widerspiegeln von Handlungsweisen bezogen auf bestimmte Situationen besser erkennbar. Auf bestimmte Wochentage bezogen ist damit eine teils bessere Zuordnung von Verhaltensweisen erkennbar.	1	2

Co-Rating: Nicht-Anwender/-innen Befragung

Welche Effekte erleben Sie als Therapeut/-in bei sich im Rahmen der Evaluationsgespräche?

		Häufigkeit
1	Positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung	3
2	Klarheit über Ziele und Zielerreichung	9
3	Bestätigung des klinischen Eindrucks	2
4	Einsicht über günstige oder ungünstige Interventionen	2
5	Angst, Zweifel, ob Therapie gut genug war.	2
6	Motivationssteigerung	1

7	Stärkere Fokussierung	4
8	Änderungsbereitschaft	1
9	hält mich wach und konzentriert	1
10	Ärger über geringe bis gar keine Vergütung.	1
11	Differenzierung der angewandten Methoden	1
12	weiter wirksam zu sein	1
13	Im günstigsten Fall das wohlige Gefühl überflüssig geworden zu sein.	1
14	Strukturierung des Prozesses	3
15	Teils Überraschung über Dinge/Aussagen, die gemerkt und als hilfreich erlebt wurden.	1
16	ich bin aufgefordert, mein Vorgehen zu reflektieren	1
17	Es hilft mir, kritische Rückmeldungen zu geben	1
18	Sinnerfüllung im Beruf	1
19	den roten Faden nicht verlieren	2
20	Symptomveränderungen	1
21	Therapieverlauf, Störungen frühzeitig erkennen	3
22	Orientierung	1
23	Bereicherung über Kritik	1
24	Infos über Zufriedenheit des Pat.	1

44 Antworten, 3 x keine Übereinstimmung, 93,2 % Übereinstimmung

Response	Y	G
Effekte? Bestenfalls und es ist schön, wenn es so ist: Sinnerfüllung im Beruf.	18	18
Na ja, ich richte meinen Verlauf und die weitere Planung schon nach dem, was ich erfahre.	14	14
Es wird klar, ob beide noch am selben Strang ziehen.	2	1
Der Klient wird sich seiner Ziele noch einmal bewusst.	2	2
Der rote Faden geht nicht verloren.	19	19
Störungen werden frühzeitig erkannt.	21	21
Es entsteht ein "wir-"Gefühl".	1	4
Angst, ob Therapie gut genug war.	5	5
Orientierung	22	22
Motivation	6	6
Änderungsbereitschaft	8	8
insbesondere Zielbesprechung und deren mögliche Erreichung macht ein ganz konkretes Arbeiten möglich	2	2
Diese Transparenz schafft eine gutes Arbeitsbündnis.	1	1
konkretes Arbeiten hält mich wach und konzentriert	9	9
Bestätigung meines klinischen Eindrucks	3	3
Klarheit über Erreichtes und ggf. noch zu Entwickelndes	2	2
Ärger über geringe bis gar keine Vergütung	10	10
Zweifel, ob die Patient*innen ebenso davon profitieren wie ich oder es eine zusätzliche Belastung darstellt.	5	5
Differenzierung der angewandten Methoden	11	11
Bereicherung über Kritik	23	23
Möglichkeiten bei Backup-Gesprächen weiter wirksam zu sein	24	24
Bewusstmachung der erreichten Fortschritte.	2	2
Vertiefungsgrad der therapeutischen Beziehung.	1	1
Erkenntnis von nicht weiter verfolgten Erwartungen und Zielen der Patienten und Patientinnen.	2	2

Einsichten in ungünstige Interventionen.	4	4
Im günstigsten Fall das wohlige Gefühl überflüssig geworden zu sein.	13	13
Reflexion des Therapieverlaufes	21	21
Konzentration auf die wichtigen Aspekte	7	9
Strukturierung des Prozesses	14	17
stärkere Fokussierung	7	7
Teils Überraschung über Dinge/Aussagen, die gemerkt und als hilfreich erlebt wurden.	15	15
Überwiegend Bestätigung des klinischen Bildes	3	3
Strukturierung	14	14
den roten Faden finden/behalten	19	19
Feedback zur Einschätzung des Patienten hinsichtlich seiner Erfolge oder auch Stagnationen.	2	2
Im Abschlussgespräch und der damit einhergehenden Reflexion führe ich mir den Therapieverlauf nochmal vor Augen und denke darüber nach, was aus welchen Gründen gut oder weniger gut funktioniert haben mag.	4	4
Fokussierung, ist Teil der Behandlung wie andere Interventionen auch, die den therapeutischen Prozess anstoßen Gemeinsame Reflektionen darüber, wo der/die PatientIn im Prozess steht und wie er/sie wiederum auf diese Reflektion reagiert ist verwobener Teil der gesamten fortlaufenden Arbeit. Im Grunde wird jede Stunde mitbedacht: Was fängt der/die Pat mit der Intervention an, wie weit muss sie abgewehrt werden, kann sie zugelassen werden, können Gefühle/Affekte/ Einsichten Raum bekommen. Die Frage : Wo ist der/die Pat. auf seinem/ihrer Weg ist implizit, aber auch explizit immer dabei und handlungsleitend, sonst würde der/die Therapeutin ihn/sie ständig verfehlen, überhören oder enttäuschen.	7	7
Auch ich bin aufgefordert, mein Vorgehen zu reflektieren.	16	16
Verbesserung der Fokussierung	7	7
Ich merke wie zufrieden der Pat. mit der Therapie ist.	24	24
Konkretisierung der Symptomatik bzw. Symptomveränderungen	20	20
Klarheit, auch durch Aktualisierung der Ziele.	2	2
Es hilft mir auch noch einmal, mich im Prozess zu orientieren und klarer weitere Interventionen zu planen.	2	2
Es hilft mir, kritische Rückmeldungen zu geben.	17	17

Welche Effekte erleben Sie bei Ihren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Evaluationsgespräche?

	Kategorie	Häufigkeit
1	Neue Erkenntnisse, Einsichten, vertieftes Verstehen	7
2	Klarheit über Erreichtes, Gelerntes und nicht Erreichtes	9
3	Patienten fühlen sich mehr gesehen und ernst genommen, Stärkung der Therapiebeziehung.	6
4	Steigerung der Motivation	2
5	Änderung der Symptomatik (Verbesserung), des Erlebens	6
6	Mehr Selbstwirksamkeitserleben	4
7	Ungenaue Angaben, Nachfragen erforderlich	2
8	Fokussierung	
9	Fördert eine aktivere Rolle von Pat. in der Therapie.	
10	Strukturierung, roten Faden	
11	Zufriedenheit	

12	Änderung des Leidensdrucks	
13	Neugier	
14	Perspektivische Klärung	
15	Wiederholung der Rückfallprophylaxe	
16	Steigerung der Entscheidungsfähigkeit	
17	Oftmals wiedererinnert an frühere starke Belastung	
18	Bessere Möglichkeit des Abschieds	
19	Möglichkeiten für kritische Rückmeldungen durch den Pat./die Pat. Ausdruck von Unzufriedenheit, was wünscht sich der Pat./die Pat. anders?	
20	Interesse	
21	Wertschätzung	
22	Dankbarkeit oder Schwierigkeiten beim Einschätzen der eigenen Situation.	
23	Ärger über Arbeitsbelastung, was wiederum therapeutisch genutzt werden kann.	
24	Durch Zusammenfassung der Therapie Aufwertung bisher erreichter Aspekte	
25	Unzufriedenheit mit sich selbst.	
26	Zusammenarbeit wird noch einmal reflektiert	
27	und eine Erinnerung für eine grundlegend wohlwollende Selbsthaltung.	

66 Antworten, 9 x keine Übereinstimmung, 86,4 % Übereinstimmung

Response	G	Y
Verschieden starke Änderung in der Symptomatik	5	5
Änderung des Leidensdrucks	12	15
Änderung des Erlebens	5	5
der Einstellungen der Beziehungs- und Selbstliebesfähigkeit.	1	5
Bestenfalls Auflösung (Versöhnung) des belastenden Erlebens von Kindheits- und aktuellen Erfahrungen. Etc.	5	5
Die Evaluation bewirkt sicher, dass die Pat. sich auch mehr darüber klar werden, was sie lernen, wie sie sich entwickeln.	2	2
Ist ja ein Akt der Bewusstmachung. Wohin sie noch wollen.	2	1
Steigerung des Commitment bzw. der Therapieadhäsion.	3	9
Der Klient fühlt sich ernst genommen.	3	3
Das Selbstwirksamkeitsgefühl steigt.	6	6
Entscheidungsfähigkeit und	16	16
Verantwortungsübernahme steigt.	6	9
Neugier	13	13
oftmals wiedererinnert an frühere starke Belastung und	17	17
kann sich die Veränderungen im Therapieprozess besser bewusst machen	2	2
Interesse	20	20
Informationen	1	1
Wertschätzung	21	21
Orientierung	10	10
Er fühlt sich gesehen und ernst genommen,	3	3
gutes Arbeitsbündnis,	3	3
Transparenz schafft Vertrauen, sich verstanden fühlen und	3	3
Motivation	4	4
Dankbarkeit oder Schwierigkeiten beim Einschätzen der eigenen Situation	22	22
Klarheit über Erreichtes und	2	2

ggf. noch zu Entwickelndes	2	2
Ärger über Arbeitsbelastung, was wiederum therapeutisch genutzt werden kann.	23	23
Dankbarkeit über tiefergehendes Interesse an ihrer Person.	20	3
Durch Zusammenfassung der Therapie Aufwertung bisher erreichter Aspekte	24	24
Bessere Möglichkeit des Abschieds	18	18
Perspektivische Klärung	14	14
Wiederholung der Rückfallprophylaxe	15	15
Oftmals Zufriedenheit und Dankbarkeit im Blick auf das Erreichte.	11	11
Neue Motivation für die noch nicht bearbeiteten Themen und Therapieziele.	4	4
Unzufriedenheit mit sich selbst.	25	25
Ziele werden noch einmal in Erinnerung gerufen.	1	1
Zusammenarbeit wird noch einmal reflektiert.	26	26
leider oft ungenaue Angaben im Fragebogen, der inhaltlich Veränderungen abfragt	7	7
Teils Erstaunen und Erleichterung der Patienten über Veränderungen und deren Objektivierung, wie viel passiert ist.	2	2
Zufriedenheit mit dem Ergebnis	11	11
eine Fokussierung und Erinnerung aller wichtigen Inhalte und Strategien	8	8
Bewusstwerdung von Veränderung	1	2
Ich bin mir unsicher, ob ich die Frage richtig verstehe. Ich erhebe u.a. folgende Faktoren: Verbesserung der Symptome.	5	5
Zielerreichung	2	2
Qualität der Therapiebeziehung	3	3
Hilfreiche Faktoren - störende Faktoren	2	1
Weitere Ziele	2	2
Eigenes Wirksamkeitserleben	6	6
Zufriedenheit mit eigenem Engagement	11	11
Strukturierung, den roten Faden bewusst bekommen,	10	10
teilweise Selbstwirksamkeitserleben und	6	6
teilweise Zielkonkretisierung, Aufweichen von dichotomem Denken	1	16
Ich denke, Sie erreichen dadurch nochmal ein erhöhtes Bewusstsein für ihre vorangegangene "therapeutische Reise", die resultierenden Veränderungen und die erreichten (und nicht erreichten) Ziele, und damit einhergehend	1	2
eine möglichst erhöhte Selbstwirksamkeit,	6	6
Bewusstsein für ihre Ressourcen	1	1
und eine Erinnerung für eine grundlegend wohlwollende Selbsthaltung.	27	27
Erkenntnis, Einsicht, vertieftes Verstehen	1	1
Fokussierung	8	8
Therapie, als Beziehungsgeschehen kann diese beiden Fragen nicht ganz unabhängig voneinander stellen oder beantworten. Man verwickelt sich z.B. gemeinsam, und findet gemeinsam reflektierend hinaus, dabei findet Entwicklung statt, die immer auch Gegenstand des Interesses ist und somit auch „evaluiert“ wird (was ist geschehen, womit hat es zu tun, was ist wichtig und hilft hinaus, wo stehen wir jetzt)	1	1
Sehr effektiv. Regt Patienten stark an, ihre Therapie aktiver zu gestalten.	9	9
Verbesserung der Fokussierung	8	8
Möglichkeiten für kritische Rückmeldungen durch den Pat/die Pat Ausdruck von Unzufriedenheit, was wünscht sich der Pat./ die Pat. anders vor?	19	19
Konkretisierung der Symptomatik bzw.	5	2
Symptomveränderungen	5	5
Oftmals Überraschung über eigene Veränderung	2	1
Die Angaben sind meistens recht oberflächlich, genaue Nachfragen sind notwendig.	7	7