

Psychotherapie

<https://doi.org/10.1007/s00278-025-00827-9>

Eingegangen: 30. Oktober 2025

Angenommen: 23. Dezember 2025

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2026



Empirische Befunde aus der Zuweisungspraxis von Patient:innen zu Aus- und Weiterbildungsbehandlungen

Gibt es den typischen Ausbildungsfall?

F. Juen^{1,2} · Y. van Haaren³ · M. Volz³ · C. Benecke³ · QVA-Arbeitsgruppe · S. Hörz-Sagstetter^{2,4}

¹ Praxis für Psychotherapie, München, Deutschland; ² Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V., München, Deutschland; ³ Institut für Psychologie, Universität Kassel, Kassel, Deutschland; ⁴ Psychologische Hochschule Berlin (PHB), Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Methoden**
Stichprobe · Ablauf · Instrumente · Statistisches Vorgehen
- **Ergebnisse**
Soziodemografische Daten · Gruppenvergleiche
- **Diskussion**

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00278-025-00827-9>) enthalten.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zuweisung von Patient:innen stellt eine zentrale Schnittstelle zwischen Ausbildung, Qualitätssicherung und Versorgung in der Psychotherapie dar. Trotz ihrer didaktischen und klinischen Relevanz ist die Zuweisungspraxis bislang kaum empirisch untersucht, und es existieren keine objektivierten Kriterien für die Auswahl „ausbildungsgeeigneter“ Patient:innen.

Methode: Auf Basis der Daten des Qualitätssicherungsprojekts „Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen“ (QVA) wurden 1863 ambulante Patient:innen u. a. hinsichtlich psychischer Symptomschwere, struktureller Beeinträchtigung, Konfliktodynamik, aversiver Kindheitserfahrungen und psychopathologischer Spektren (Modell der Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP) untersucht. Verglichen wurden Patient:innen, die an Ausbildungsteilnehmer:innen ($n = 624$) zugewiesen wurden, mit jenen, die in die Regelversorgung vermittelt wurden ($n = 1239$).

Ergebnisse: Die Analysen zeigen über nahezu alle untersuchten klinischen Variablen hinweg keine signifikanten Unterschiede. Patient:innen mit Zuweisung zu Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden (AT/WT) weisen vergleichbare Belastungsprofile, strukturelle Einschränkungen und interpersonale Problematiken auf. Geringfügige Differenzen zeigten sich lediglich in einzelnen biografischen Variablen.

Diskussion: Die Befunde deuten darauf hin, dass die Patient:innenzuweisung in psychotherapeutischen Ausbildungsambulanzen derzeit weitgehend unsystematisch erfolgt. Eine strukturierte, empirisch fundierte Zuweisungspraxis könnte die Ausbildungsqualität erhöhen, Lernprozesse gezielter steuern und gleichzeitig Versorgungsgerechtigkeit fördern. Zuweisungsentscheidungen sollten als integraler Bestandteil einer evidenzbasierten Psychotherapieausbildung konzeptionell und empirisch weiterentwickelt werden.

Schlüsselwörter

Psychotherapie · Ausbildungsambulanzen · Patientenselektion · Qualitätssicherung · Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

Die Identifizierung „ausbildungsgerechter“ Psychotherapiepatient:innen basiert bislang meist auf klinischem Erfahrungswissen und wird von organisatorischen Faktoren wie Wartelisten, Verfügbarkeit etc. beeinflusst. Folgen sind eine unsystematische Zuweisung von „Realpatient:innen“ in die Ausbildungsambulanzen und eine erhebliche Heterogenität in den jeweiligen Lernpfaden, die Vergleichbarkeit und Lernchancengleichheit erschweren. Eine empirisch fundierte, reflektierte Zuweisungspraxis hätte doppelten Nutzen: Sie würde Ausbildungsqualität verbessern und die Versorgungsqualität stärken.

Einleitung

Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung zielt darauf ab, angehende Therapeut:innen zu befähigen, psychische Störungen eigenständig, verantwortungsvoll und evidenzbasiert zu erkennen und zu behandeln. Neben theoretischer Wissensvermittlung und Selbsterfahrung ist die praktische Arbeit mit Patient:innen für den Kompetenzerwerb zentral (Messina und Trimoldi 2024; Rocco et al. 2019) und stellt als „Behandeln unter Supervision“ einen besonders sensiblen Abschnitt im Lernprozess dar, auch weil dies die Patient:innensicherheit berührt (Axelsson et al. 2024). Die Zuweisung von Patient:innen zu Aus-/Weiterbildungsteilnehmer:innen (AT/WT) markiert den Schnittpunkt zwischen Ausbildungsdidaktik, Qualitätsmanagement und Versorgungspraxis (Ramani und Leinster 2008). Während gesetzliche Regelungen wie das Psychotherapeutengesetz (PsychThG, 2019) primär formale Rahmenbedingungen festlegen, bleibt die konkrete Gestaltung der Zuweisung weitgehend den Ausbildungsinstituten überlassen. Bei der Identifizierung „ausbildungsgerechter“ Patient:innen ist man meist auf klinisches Erfahrungswissen angewiesen (Rueve und Correll 2006). Diese Entscheidungen werden außerdem von organisatorischen Faktoren wie Wartelisten, Verfügbarkeit, sprachlicher Passung oder geografischer Erreichbarkeit beeinflusst. Die Folge ist eine erhebliche Heterogenität in den jeweiligen Lernpfaden, die Vergleichbarkeit und Lernchancengleichheit erschwert. Während an anderer Stelle

innovative Trainingsmethoden – Schauspielpatient:innen, Deliberate-Practice-Ansätze – zur Standardisierung beitragen (Berning et al. 2024; Lambert 2017; Nikendei et al. 2019), bleibt die Zuweisung von „Realpatient:innen“ bislang weitgehend unsystematisch. Empirische Befunde deuten insgesamt darauf hin, dass patient:innenbezogene Matching-Verfahren, etwa auf Basis von Symptomprofilen das Potenzial besitzen, klinische Ergebnisse zu optimieren (Constantino et al. 2021; Delgadillo et al. 2020; Dunlop et al. 2017), allerdings bleibt die Lernperspektive der AT/WT dabei unberücksichtigt. Eine empirisch fundierte, reflektierte Zuweisungspraxis hätte jedenfalls doppelten Nutzen: Sie verbessert die Ausbildungsqualität und stärkt zugleich die Versorgungsqualität. Dies könnte etwa durch strukturierte Kriterien, Feedback-Mechanismen und die Einbeziehung individueller Lernziele erfolgen und wesentlich zur Integration von Ausbildung und Versorgung beitragen. Bisher liegt der Forschungsschwerpunkt eher auf Trainingsmethoden und weniger auf der Analyse und Weiterentwicklung von Zuweisungsmechanismen (Henrich et al. 2023; Valenstein-Mah et al. 2020).

Initiativen wie das schon länger bestehende Projekt Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen für psychologische Psychotherapie (KODAP; In-Albon et al. 2019) oder das Qualitätssicherungsprojekt für psychodynamische Ausbildungsambulanzen (QVA; Benecke und Volz 2023) eröffnen die Möglichkeit, Zuweisungsprozesse datenbasiert auch im Hinblick auf strukturelle und psychodynamische Merkmale zu untersuchen und zu optimieren. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie den Status quo der Patient:innenzuweisung in psychotherapeutischen bzw. psychodynamischen Ausbildungsambulanzen. Analysiert wird, ob sich systematische Unterschiede in Symptomschwere, Strukturniveau und Fallkomplexität zeigen zwischen Patient:innen, die in Ausbildungsbehandlungen, und jenen, die an approbierte Therapeut:innen vermittelt wurden. Ziel ist es, mögliche empirische Kriterien für die Definition „ausbildungsgerechter“ Patient:innen zu identifizieren und einen Beitrag zur evidenzbasierten

Weiterentwicklung der Zuweisungspraxis zu leisten. Dazu haben wir eine Stichprobe aus dem QVA-Projekt untersucht und die beiden Gruppen der Patient:innen mit indizierter Vermittlung in Ausbildungsbehandlung und der Patient:innen mit indizierter Vermittlung zu approbierten Therapeut:innen im Hinblick auf eine Vielzahl von Kriterien verglichen.

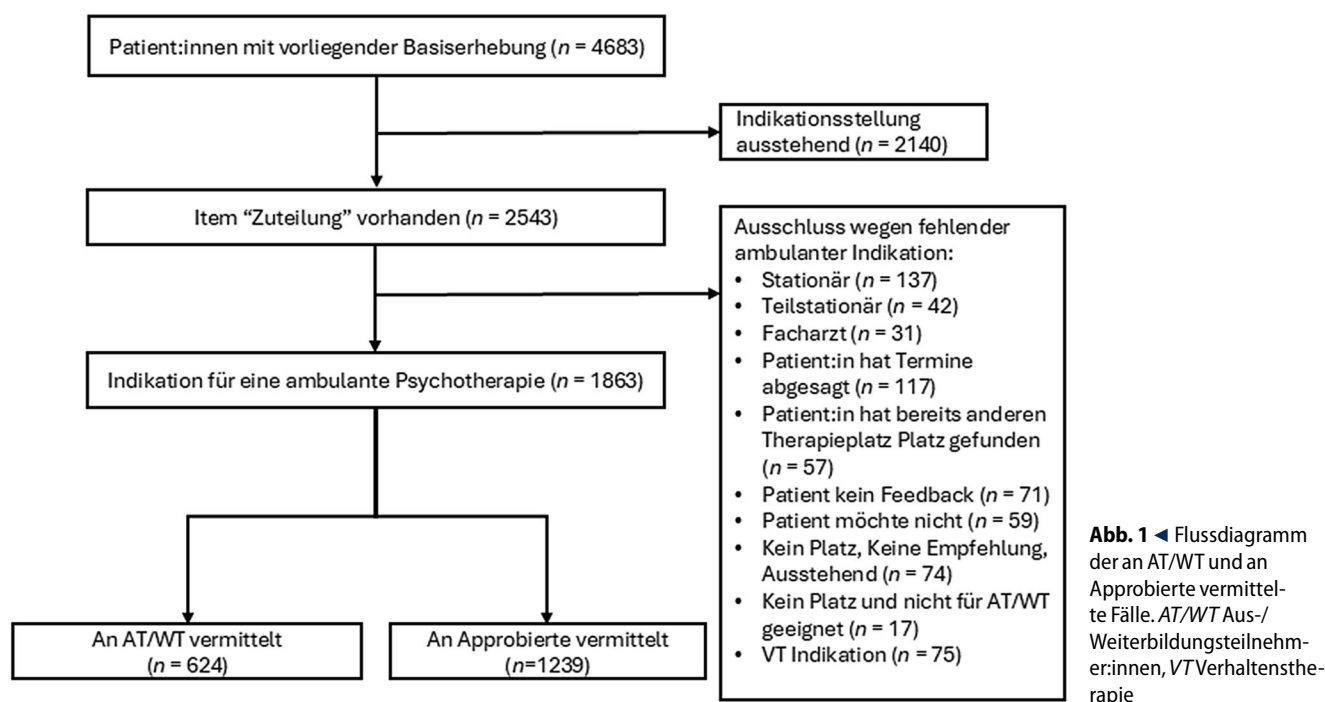
Methoden

Stichprobe

Für die vorliegende Studie wurden die Daten einer klinischen Stichprobe von ambulanten Patient:innen (n = 4683) herangezogen, die im laufenden Qualitätssicherungsprojekt QVA zwischen Dezember 2021 und Juli 2025 erhoben wurden. Das QVA-Projekt hat zum Ziel, psychotherapeutischen Ausbildungsambulanzen ein einfach zu implementierendes und für die klinische Praxis nützliches Qualitätssicherungssystem zur Verfügung zu stellen und dadurch auch wissenschaftliche Begleitforschung zu ermöglichen. Eine genaue Beschreibung des QVA-Projekts sowie eine Übersicht der zentralen Forschungsfragen ist bei Benecke und Volz (2023) zu finden. Ein positives Ethikvotum liegt vor (Universität Kassel, Ek-Nr. 2021/19). In **Abb. 1** ist das Flussdiagramm der in die Analyse einbezogenen Patient:innen aus der klinischen Gesamtstichprobe gezeigt. Insgesamt wurden 1863 Patient:innen in die statistische Auswertung aufgenommen, von denen 624 AT/WTs zugewiesen und 1239 an approbierte Therapeut:innen vermittelt wurden.

Ablauf

Die Rekrutierung erfolgt in den teilnehmenden Einrichtungen beim Erstkontakt über eine onlinebasierte Basiserhebung, die für Indikationsstellung und Therapieplanung relevante Dimensionen umfasst, und nach erteilter Einwilligung („informed consent“; Benecke und Volz 2023). In regelmäßigen Abständen werden die Patient:innen zu Verlaufserhebungen eingeladen. Die Ergebnisse werden den Einrichtungen und Therapeut:innen in klinisch aufbereiteter Form für Indikations-



entscheidungen sowie die Verlaufskontrolle bereitgestellt.

Instrumente

Für die vorliegende Untersuchung wurde ein möglichst breites Spektrum der im QVA-Projekt verfügbaren klinischen Maße gewählt.

Gesundheitsfragebogen für Patienten

Die Skala Depression des deutschsprachigen *Patient Health Questionnaire* (PHQ-D; Gräfe et al. 2004) wird auf 4-stufigen Antwortformaten (z.B. von „0: überhaupt nicht“ bis „3: beinahe jeden Tag“) beantwortet. Der PHQ-D weist in unterschiedlichen klinischen Settings sehr gute psychometrische Eigenschaften auf.

Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0

Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 (LPFS-BF; Spitzer et al. 2021) besteht aus 12 Items zur Erfassung von Einschränkungen in den Dimensionen Selbst- und interpersonaler Pathologie. Die Beantwortung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala von 0 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 3 („trifft genau zu“), wobei höhere Werte auf stär-

kere Einschränkungen hinweisen. Die Reliabilität der LPFS-BF ist hoch ($\omega \geq 0,83$).

OPD-Strukturfragebogen

Die Kurzversion des OPD Strukturfragebogens (OPD-SFK; Ehrenthal et al. 2015) erfasst anhand von 12 Items das Ausmaß struktureller Einschränkungen. Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 4 („trifft völlig zu“) erfasst. Für die Skalenberechnung werden Summenwerte der Items gebildet; entsprechend den Empfehlungen der Autor:innen wurde der Gesamtwert des OPD-SFK verwendet (berichtete interne Konsistenz: $\alpha = 0,89$). Ein höherer Wert weist auf eine stärkere strukturelle Beeinträchtigung hin. Zur Übersichtlichkeit sind auch die Subskalen des OPD-SFK, die Selbstwahrnehmung (SW), Kontaktgestaltung (Kon) und Beziehungsmodell (BM) abbilden, erfasst.

Circumplex Scales of Interpersonal Problems – deutsche Version

Die deutschsprachige Version der Circumplex Scales of Interpersonal Problems (CSIP-64; Wester et al., under review) erfasst anhand von 64 Items Art und Ausmaß interpersonaler Schwierigkeiten. Die Items werden auf einer 4-stufigen Skala von 0 („stimme nicht zu“) bis 3 („stimme voll und ganz zu“) beantwortet

und jeweils einem Oktanten im Circumplexmodell zugeordnet. Zusätzlich kann ein globaler Schweregrad als Mittelwert über alle Items berechnet werden. Die Reliabilität der CSIP liegt im hohen Bereich ($\omega = 0,84$; Range 0,70–0,87).

Kurzform des OPD-Konfliktfragebogens

Die Kurzform des OPD-Konfliktfragebogens (OPD-KF36; Volz et al. 2025) beinhaltet 36 Items und erfasst in Selbstbeurteilung die Ausprägung unbewusster Konfliktthemen nach dem OPD-Ansatz. Die Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („trifft gar nicht zu“) bis 4 („trifft völlig zu“) beantwortet und jeweils einer von 13 Konfliktskalen zugeordnet. Jede dieser Skalen repräsentiert einen aktiven (a) und passiven (p) Konfliktmodus für K1 (Abhängigkeit vs. Individuation), K2 (Unterwerfung vs. Kontrolle), K3 (Versorgung vs. Autarkie), K4 (Selbstwertkonflikt), K5 (Schuldkonflikt) und K6 (ödpaler Konflikt). Darüber hinaus erfasst die Skala K0 die Abwehr von Konflikt- und Gefühls-wahrnehmung (ohne aktiven und passiven Modus). Zudem lässt sich ein Gesamtwert über alle Konflikte hinweg berechnen (Abkürzung: Konflikt). Die Items sind so formuliert, dass sie die Zustimmung zu bewusstseinsnahen Erlebens- und Verhaltensweisen erheben, die für Personen,

bei denen ein bestimmtes Konfliktthema und der jeweilige Modus stark ausgeprägt sind, charakteristisch sind. Die Reliabilität des OPD-KF36 liegt mit $\omega=0,71$ (Range 0,50–0,86) im insgesamt guten Bereich (Volz et al. 2025).

Kurzversion des Fragebogens zur Erfassung aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen

Der Kurzversion des Fragebogens zur Erfassung aversiver und protektiver Kindheitserfahrungen (APK-18, Volz et al. 2021) stellt anhand von 18 Items das Vorliegen einer protektiven Skala (PK) und 7 Belastungsskalen (NEG) negativer Kindheitserfahrungen fest (Emotionale Vernachlässigung und Missbrauch [EM]; Körperliche Vernachlässigung und Missbrauch [KM]; Sexueller Missbrauch [SM]; Sonstige traumatische Ereignisse [ST]; Trennungserfahrungen [TE]; Dysfunktionale Familiensituationen [DF]; Fehlende oder dysfunktionale Peergroupeinflüsse [PG]). Alle Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 („nie“) bis 4 („sehr häufig“) erfasst. Die Reliabilität liegt in klinischen Stichproben mit $\omega=0,92$ (protektive Skala) und $\omega=0,74$ (7 Belastungsskalen; Range 0,47–0,95) im akzeptablen bis guten Bereich (Volz et al. 2021).

Deutsche Version des Defence Style Questionnaire

Die deutsche Version des Defence Style Questionnaire (DSQ 40; Schauenburg et al. 2007) umfasst 33 Aussagen zu persönlichen Einstellungen und Gewohnheiten, die die Verhaltenskorrelate verschiedener Abwehrmechanismen widerspiegeln. Alle Items erfassen auf einer 9-stufigen Likert-Skala (1: trifft überhaupt nicht zu bis 9: trifft völlig zu), in welchem Ausmaß sie auf die befragte Person zutreffen. Insgesamt werden 17 Abwehrmechanismen erfasst, die sich maladaptiven (maladapt), neurotischen (moderat) und adaptiven (adaptiv) Reifegraden zuordnen lassen, wobei jeweils der Mittelwert der 4 repräsentativsten Mechanismen gebildet wird, um das jeweilige Abwehrmuster zu bestimmen. Höhere Werte entsprechen einer stärkeren Ausprägung des jeweiligen Abwehrmechanismus/-stils.

Kurzversion des Fragebogens zur Hierarchical Taxonomy of Psychopathology

Die Kurzversion des Fragebogens zur Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (B-HITOP-SR; Zimmermann et al. 2024) stellt das erste Selbstberichtsverfahren dar, das alle 6 Spektren des HiTOP-Modells abbildet: internalisierende (internal), somatoforme (somatof), externalisierende (extern) Symptomatik (die in enthemmte [enthem] und antagonistische [antag] Symptomatik unterteilt ist) sowie Verschlussenheit (distanz) und Denkstörungen (denk). Zudem wird ein genereller Faktor abgebildet (P-Faktor; Zimmermann et al. 2024). Der Fragebogen beinhaltet 45 Items, die sich auf den Zeitraum der vergangenen 12 Monate beziehen und auf einer 4-stufigen Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr“) beantwortet werden. Erste Befunde zur Reliabilität der Langversion (Median $\omega=0,82$) liegen bereits vor (Zimmermann et al. 2024).

Statistisches Vorgehen

Zur Untersuchung möglicher Unterschiede zwischen Patient:innen, die an Ausbildungskandidat:innen bzw. an approbierte Therapeut:innen vermittelt wurden, wurden Mittelwertsunterschiede berechnet. Zur besseren Kontrolle der Typ-1-Fehler rate wurden Welchs' *t*-Tests für abhängige Stichproben verwendet (Delacre et al. 2017). Mit Blick auf die multiplen Mittelwertsvergleiche der klinischen Maße wurde für die Signifikanzprüfung um die Bonferroni-adjustierte Schwelle ($p=0,05/40=0,0012$) ergänzt.

Ergebnisse

Soziodemografische Daten

Die soziodemografischen Angaben der beiden untersuchten Gruppen sind im Zusatzmaterial online: Tabelle S1 aufgeführt. Von den Patient:innen waren 64,3% weiblich und durchschnittlich $M=37,2$ Jahre alt (Standardabweichung [SD] ± 12 Jahre). Hinsichtlich möglicher Gruppenunterschiede gab es innerhalb der Ausbildungsfälle lediglich mehr Patient:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit ($\chi^2=4$

und $p=0,04$) und deutscher Muttersprache ($\chi^2=5$, $p=0,02$).

Gruppenvergleiche

Untersucht wurden die Unterschiede zwischen Patient:innen, die an AT/WT bzw. approbierte Therapeut:innen vermittelt wurden. Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche sind in **Tab. 1** zusammengefasst. Es ergaben sich lediglich einzelne signifikante Abweichungen. Werden in die Gruppe der approbierten Therapeut:innen auch Fälle aufgenommen, die an Verhaltenstherapeut:innen ($n=72$) verwiesen wurden, bleiben die Befunde vergleichbar. Auch beim Vergleich zwischen inkludierten Patient:innen ($n=1863$) und den exkludierten ($n=2820$) zeigten sich nur bei wenigen Variablen geringe Unterschiede ($0,027 < p < 0,037$) mit kleiner Effektstärke ($-0,006 < d < 0,007$). Für die vollständige Übersicht: Zusatzmaterial online: Tabelle S2.

Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht den Status quo der Patient:innenzuweisung in psychotherapeutischen/psychodynamischen Aus- und Weiterbildungsambulanzen anhand einer großen deutschen Stichprobe. Die Ergebnisse zeigen, dass – trotz vorhandener Auswahlbemühungen – keine systematischen Unterschiede zwischen Patient:innen, die an AT/WT bzw. approbierte Therapeut:innen vermittelt wurden, bestehen. Beide Gruppen ähneln sich in Symptombelastung, Strukturniveau, Konfliktodynamik, Traumata, Abwehrmechanismen und psychopathologischen Spektren (HiTOP). Diese Befunde legen nahe, dass die Zuweisungspraxis bislang kaum anhand vorliegender diagnostischer Informationen erfolgt und sich aus empirischer Sicht keine „typischen Ausbildungsfälle“ charakterisieren lassen. In welche Richtung man die Zuweisungspraxis verändern könnte und sollte, lässt sich daraus allerdings nicht ableiten. Die Annahme, dass eine gezieltere Zuweisung Lern- und Therapieprozesse verbessern könnte, ist demnach eher implizit und beruht mehr auf konzeptionellen Überlegungen, die bislang selten expliziert oder empirisch geprüft wurden. Man könnte annehmen, dass eine graduierte Zuweisung, wonach

Tab. 1 Ergebnisse der Gruppenvergleiche zwischen Patient:innen, die an Ausbildungsteilnehmer:innen und an Approbierte vermittelt wurden.

Variable	An AT/WT vermittelt (n = 624)			An Approbierte vermittelt (n = 1234)			t	Df	p	d
	M	±SD	n	M	±SD	n				
Alter	34,38	± 12,04	616	36,42	± 11,87	1223	3,45	1217	>0,01*	-0,17
PHQ-9	11,80	± 5,35	623	12,17	± 5,64	1237	1,36	1308	0,17	-0,07
LPFS	27,07	± 5,70	578	27,08	± 6,09	1183	0,01	1215	0,99	-0,00
OPD-SFK	21,38	± 8,70	603	21,37	± 9,19	1217	-0,03	1260	0,97	0,00
-SW	6,57	± 3,67	601	6,38	± 3,78	1216	-1,03	1227	0,30	0,05
-BM	7,16	± 3,96	602	7,33	± 3,95	1215	0,81	1196	0,42	-0,04
-Kon	7,65	± 3,24	600	7,65	± 3,38	1213	-0,04	1242	0,97	0,00
CSIP	1,85	± 0,39	206	1,83	± 0,41	384	-0,70	433	0,48	0,06
K0	1,55	± 0,75	600	1,55	± 0,71	1213	0,04	1140	0,97	-0,00
K1 a	0,92	± 0,79	600	0,97	± 0,80	1214	1,19	1213	0,24	-0,06
K1 p	1,98	± 0,90	600	1,95	± 0,90	1212	-0,54	1191	0,59	0,03
K2 a	1,81	± 0,78	600	1,80	± 0,74	1211	-0,28	1138	0,78	0,01
K2 p	1,48	± 0,82	600	1,49	± 0,80	1214	0,12	1168	0,90	-0,01
K3 a	2,37	± 0,90	600	2,25	± 0,92	1213	-2,57	1223	0,01	0,13
K3 p	2,62	± 1,00	600	2,51	± 1,02	1213	-2,24	1209	0,03	0,11
K4 a	1,24	± 0,82	600	1,30	± 0,78	1213	1,47	1137	0,14	-0,08
K4 p	1,93	± 1,14	601	1,93	± 1,16	1214	0,03	1219	0,97	-0,00
K5 a	0,99	± 0,64	600	1,00	± 0,67	1211	0,26	1231	0,79	-0,01
K5 p	1,71	± 1,16	600	1,68	± 1,18	1214	-0,55	1216	0,58	0,03
K6 a	1,64	± 1,03	600	1,71	± 1,13	1214	1,35	1292	0,18	-0,07
K6 p	1,35	± 1,01	600	1,28	± 1,00	1213	-1,30	1186	0,19	0,07
Konflikt a	1,49	± 0,41	600	1,50	± 0,42	1213	0,47	1243	0,64	-0,02
Konflikt p	1,85	± 0,57	600	1,81	± 0,60	1212	-1,34	1257	0,18	0,07
APK EM	2,17	± 1,13	612	2,33	± 1,21	1222	2,89	1299	>0,01	-0,14
APK KM	1,58	± 0,85	612	1,64	± 0,89	1223	1,54	1271	0,12	-0,08
APK SM	1,35	± 0,76	613	1,38	± 0,80	1221	0,85	1286	0,40	-0,04
APK ST	1,32	± 0,67	613	1,31	± 0,66	1218	-0,01	1223	0,99	0,00
APK TE	1,61	± 0,85	613	1,70	± 0,94	1221	2,06	1341	0,04	-0,10
APK DF	2,10	± 1,07	613	2,26	± 1,12	1224	2,95	1278	>0,01	-0,14
APK PG	2,00	± 0,93	613	2,04	± 0,95	1223	0,78	1250	0,43	-0,04
APK PK	3,43	± 1,06	613	3,34	± 1,15	1225	-1,75	1316	0,08	0,08
APK NEG	0,73	± 0,56	613	0,81	± 0,61	1224	2,77	1316	>0,01	-0,13
DSQ Maladapt	3,03	± 1,33	565	2,97	± 1,30	1164	-0,90	1094	0,37	0,05
DSQ Moderat	4,44	± 1,37	566	4,36	± 1,42	1162	-1,22	1154	0,22	0,06
DSQ Adaptiv	4,55	± 1,18	564	4,44	± 1,23	1162	-1,80	1154	0,07	0,09
HiTOP Internal	2,23	± 0,64	93	2,25	± 0,69	226	0,24	185	0,81	-0,03
HiTOP Somatof.	2,08	± 0,68	93	2,02	± 0,68	226	-0,65	171	0,52	0,08
HiTOP Distanz.	1,98	± 0,72	93	1,96	± 0,71	226	-0,15	170	0,88	0,02
HiTOP Denk.	1,29	± 0,42	93	1,29	± 0,41	226	-0,02	169	0,99	0,00
HiTOP Enthem	1,86	± 0,51	93	1,96	± 0,64	226	1,42	211	0,16	-0,16
HiTOP Antag.	1,44	± 0,42	93	1,38	± 0,40	226	-1,10	166	0,27	0,14
HiTOP Extern.	1,65	± 0,42	93	1,68	± 0,49	227	0,39	197	0,70	-0,05
HiTOP P-Faktor	1,89	± 0,47	93	1,90	± 0,53	226	0,20	190	0,84	-0,02

Für die Abkürzungen der Skalen s. Methodenteil Sektion Instrumente; Kursivauszeichnung zeigt signifikante Unterschiede auf ($p < 0,05$), * signifikante Unterschiede nach Bonferroni-Korrektur ($p < 0,0012$).

zu einem früheren Ausbildungszeitpunkt eher Fälle mit geringerer Störungsschwere oder höherer struktureller Integration zugewiesen werden, während komplexere oder stärker belastete Fälle erst später in Ausbildungsbehandlungen kommen, den Kompetenzerwerb positiv beeinflusst und Überforderungsgefühle bei Ausbildungsteilnehmer:innen zu Beginn der Ausbildung vermeidet. Alternativ könnte eine Zuweisung auch nach Passung zu theoretischen Lerninhalten erfolgen. Lernprozesse könnten dadurch optimal unterstützt werden, indem Patient:innenmerkmale gezielt an Ausbildungsinhalte gekoppelt werden (z. B. Behandlung strukturell gering integrierter Patient:innen während eines Moduls zu struktureller Diagnostik und struktureller Störung). Denkbar wäre auch eine Zuweisung nach Diagnose oder Störungsprofil, insbesondere, wenn bestimmte Störungsbilder besondere therapeutische Fertigkeiten erfordern, die gezielt geübt werden sollen (beispielsweise die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen). Ziel einer systematischeren Zuweisung sollte jedenfalls die Förderung von Lernprozessen sein, wodurch möglicherweise auch Therapieergebnisse verbessert werden könnten, und man darüber hinaus sicherstellen könnte, dass AT/WT im Verlauf ihrer Ausbildung mit einem breiten Spektrum an Störungsbildern und Patient:innenmerkmalen in Kontakt kommen und arbeiten lernen. Dadurch sollte sich auch methodische Flexibilität und professionelles Selbstbewusstsein erhöhen, einer zu frühen Spezialisierung vorgebeugt und Überforderungen vermieden werden. Auch die Supervision könnte durch eine abgestimmte Fallauswahl stärker auf konkrete Lernziele ausgerichtet werden. Natürlich ließen sich auch Positionen vertreten, die gegen eine systematische Zuweisung sprechen und möglicherweise die derzeitige Zuweisungspraxis als „Best-practice“-Modell sehen. So könnte es auch als didaktisch wertvoll angesehen werden, AT/WT frühzeitig mit der „ungeschönten Realität“ der Versorgung zu konfrontieren, also mit multimorbiden, strukturell beeinträchtigten Patient:innen, wie sie in der Regelversorgung häufig anzutreffen sind. Ebenso interessant wäre es zu prüfen, ob AT/WT – etwa aufgrund größerer Offen-

heit, oft besserer zeitlicher Verfügbarkeit, hoher Motivation oder auch intensiverer Supervision – für manche Patient:innen sogar die besseren Therapeut:innen sein könnten. Damit wäre eine systematische Steuerung graduell nach Schweregrad unter gewissen Umständen sogar kontraindiziert.

Unsere Befunde deuten darauf hin, dass es in der aktuellen Ausbildungspraxis keinen „typischen Ausbildungsfall“ gibt und AT/WT unter Supervision Patient:innen behandeln, die jenen in der Regelversorgung entsprechen. Ob und nach welchen Kriterien die Zuweisungspraxis systematisiert werden soll und könnte, ist eine wichtige Diskussion, deren Positionen auch empirisch überprüft werden sollten. Trotz dieser Unsicherheiten sollten strukturierte Zuweisungsprozesse (nach welchen Kriterien diese auch immer erfolgen) insgesamt Vorteile bieten: Sie ermöglichen eine Steuerung des Lernverlaufs, können Über- oder Unterforderung vermeiden und erleichtern die Vergleichbarkeit von Ausbildungserfahrungen. Ebenso könnte die dokumentierte Fallverteilung zur Qualitätssicherung beitragen. Gleichzeitig muss betont werden, dass systematische Zuweisung nicht bedeutet, dass Patient:innen starre Kriterien erfüllen müssen. Vielmehr geht es um eine transparente, diagnostisch fundierte, supervisorisch abgestimmte Verteilung, die Lernziele, Versorgungserfordernisse und Belastungsgrenzen gleichermaßen berücksichtigt. Dies setzt natürlich auch ausreichende strukturelle und personelle Ressourcen voraus – etwa diagnostische Vorgespräche durch erfahrene Therapeut:innen, Nutzen von Daten aus Basiserhebungen, zentrale Fallkoordination, individuelle Lernpläne und regelmäßigen Austausch zwischen Leitung, Supervisor:innen und AT/WT. Digitale Systeme könnten diese Prozesse zusätzlich unterstützen. Zudem betonen die Befunde die Relevanz patientenbezogener Faktoren wie Störungsschwere und sozioökonomische Bedingungen, die das therapeutische Handeln maßgeblich beeinflussen (Flückiger et al. 2018; Wampold et al. 2017). Da bislang, insbesondere an nichtuniversitären, psychodynamischen Ambulanzen, nur wenige systematische Daten vorliegen (Juen et al. 2024; Peikert et al.

2014; Victor et al. 2018), unterstreicht die Studie auch den Bedarf an routinierter Datenerhebung und Evaluation.

Eine wesentliche Limitation dieser Studie besteht darin, dass ausschließlich Selbstauskünfte mithilfe von Fragebogen berücksichtigt wurden; klinische Einschätzungen der Ambulanzen oder Verlaufsdaten standen nicht zur Verfügung. Künftige Studien sollten Befragungsdaten mit klinischen Ratings und Therapieergebnissen kombinieren. Insgesamt legen die Ergebnisse aber nahe, dass eine strukturierte Patient:innenzuweisung nicht nur didaktischen Nutzen für die Ausbildung, sondern auch Potenzial für Qualitätssicherung und Versorgungseffizienz bietet. Es erscheint sinnvoll, Zuweisungsprozesse als festen Bestandteil moderner psychotherapeutischer Ausbildungsstrukturen zu verankern und empirisch fundiert weiterzuentwickeln.

Fazit für die Praxis

Die Studie zeigt, dass sich Patient:innen, die von Ausbildungsambulanzen an Aus-/Weiterbildungsteilnehmer:innen (AT/WT) vermittelt wurden, in einem breiten Spektrum klinischer Merkmale nicht von jenen, die in die Regelversorgung vermittelt wurden, unterscheiden. Die Frage, wie Zuweisungsprozesse systematischer gestaltet werden sollten, bleibt jedoch sowohl eine empirische als auch eine konzeptionelle Herausforderung, die weiter erforscht werden muss.

Empfehlungen:

- **Systematische Zuweisung:** Patient:innen könnten nach diagnostischen Kriterien, Schweregrad und Ausbildungsstand zugeteilt werden.
- **Didaktische Planung:** Fallauswahl und Lernziele sind eng mit Supervision zu verknüpfen.
- **Datenerhebung:** Standardisierte Erfassung klinischer Variablen ermöglicht fundierte Zuweisungen und Evaluation.
- **Ressourcen:** Zentrales Fallmanagement und digitale Tools unterstützen die Umsetzung.
- **Qualität:** Systematische Zuweisung stärkt Ausbildung und Patient:innenversorgung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Hörz-Sagstetter
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin,
Deutschland
s.hoerz@phb.de

Mitglieder der QVA-Arbeitsgruppe. Die QVA-Arbeitsgruppe ist ein Zusammenschluss der am QVA-/QSP-Projekt beteiligten Ambulanzen, vertreten durch (alphabetisch nach Institution): Dr. med. Regine Kroschel (Alfred Adler Institut Berlin), Dr. Stefan Nauenheim (Alfred Adler Institut Köln), Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter^{C*} (Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e. V.), Dipl.-Psych. Leonie Pleinert (Akademie für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoanalyse Hamburg), Dipl.-Psych. Hanna Sigel (Ärztlich-Psychologischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/Südbayern), Dr. Thomas Huckert (Berliner Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse), Dipl.-Psych. Michael Flohr (Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse), Dipl.-Psych. Anette Müller (C. G. Jung-Institut Stuttgart e. V.) Dr. Anna Kleinspehn-Ammerlahn (Hannoversches Institut für Psychotherapie im Winnicott Institut), M.Sc. Annalena Schröder (Hochschulambulanz Universität Kassel), Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Angela Dunker (Institut für Psychoanalyse Frankfurt), Dipl.-Psych. Friederike Augustin-Moretti (Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf e. V.), Dipl.-Psych. Nicola Sahhar (Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Rheinland e. V.), Prof. Dr. Simone Salzer (Internationale Psychoanalytische Universität Berlin), Dipl.-Psych. Barbara Zenkert (Institut für Psychodynamische Psychotherapie Nürnberg), Dr. med. Stefan Buse (Lou Andreas-Salome Institut), Dr. rer. biol. hum. Borbala Balazs (Münchener Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse e. V.), M.Sc. Carolin Zweers (Psychoanalyse im Zentrum Hannover), Dr. Ceren Dogan (Psychoanalytisches Institut Heidelberg.), Dr. Thomas Leitner (Würzburger Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie).

Danksagung. Wir möchten uns bei allen teilnehmenden Patient:innen bedanken, die uns einen Einblick in schmerzhaft Bereiche ihres Erlebens gewähren.

Leider ist während des Publikationsprozesses unser lieber Freund und Kollege Cord Benecke verstorben. Wir sind in Gedanken bei ihm und seiner Familie und möchten ihm diese Arbeit besonders widmen.

Förderung. Das QVA-Projekt wird gefördert durch die Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e. V.

Data Availability Statement. Die erhobenen Datensätze können auf begründete Anfrage in anonymisierter Form beim Autor Matthias Volz angefordert werden. Die Daten befinden sich auf einem Datenspeicher am QSP-Institut (Institut für Qualitätssicherung in der Psychotherapie).

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Juen, Y. van Haaren, M. Volz, C. Benecke und S. Hörz-Sagstetter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethikvotum: Ein positives Ethikvotum liegt vor (Universität Kassel, Ek-Nr. 202119).

Literatur

- Axelsson S, Kihlberg S, Davis P, Nyström MBT (2024) Psychotherapy students' experiences of supervisee-centred supervision based on deliberate practice, feedback-informed treatment and self-compassion. *Couns Psychother Res* 24(2):719–733. <https://doi.org/10.1002/capr.12708>
- Benecke C, Volz M (2023) Qualitätsmerkmale und Versorgungsrelevanz psychodynamischer Ausbildungsambulanzen: Das QVA-Projekt. *Z Psychosom Med Psychother*. <https://doi.org/10.13109/zptm.2023.69.0a4>
- Berning A, Sell S, Andersen W, Strauß B, Taubner S (2024) Effects of deliberate practice and structured feedback in psychotherapy training (DeeP): A study protocol of a randomized-control-trial. *BMC Psychol* 12(1):719. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02015-x>
- Constantino MJ, Boswell JF, Coyne AE, Swales TP, Kraus DR (2021) Effect of matching therapists to patients vs assignment as usual on adult psychotherapy outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 78(9):960–969. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1221>
- Delacore M, Lakens D, Leys C (2017) Why psychologists should by default use Welch's t-test instead of student's t-test. *Int Rev Soc Psychol* 30(1):92–101. <https://doi.org/10.5334/irsp.82>
- Delgado J, Rubel J, Barkham M (2020) Towards personalized allocation of patients to therapists. *J Consult Clin Psychol* 88(9):799–808. <https://doi.org/10.1037/ccp0000507>
- Dunlop BW, Kelley ME, Aponte-Rivera V, Mletzko-Crowe T, Kinkead B, Ritchie JC, Nemeroff CB, Craighead WE, Mayberg HS (2017) Effects of patient preferences on outcomes in the predictors of remission in depression to individual and combined treatments (PreDICT) study. *Am J Psychiatry* 174(6):546–556. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050517> (PreDICT Team)
- Ehrenthal JC, Dinger U, Schauenburg H, Horsch L, Dahlbender RW, Gierk B (2015) Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). *Z Psychosom Med Psychother* 61(3):262–274. <https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.3.262>
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO (2018) The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 55(4):316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B (2004) Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Diagnostica* 50(4):171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Henrich D, Glombiewski JA, Scholten S (2023) Systematic review of training in cognitive-behavioral therapy: summarizing effects, costs and techniques. *Clin Psychol Rev* 101:102266. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102266>
- In-Albon T, Christiansen H, Imort S, Krause K, Schlarb A, Schneider S, Schwarz D, Weber L, Velten J (2019) Forschungsnetzwerk KODAP. *Z Klin Psychol Psychother* 48(1):40–50. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000528>
- Juen F, Vierl L, Hörz-Sagstetter H-S (2024) Patientencharakteristika an einer psychodynamischen Aus- und Weiterbildungsambulanz. *Z Psychosom Med Psychother*. <https://doi.org/10.13109/zptm.2024.70.0a3>
- Lambert MJ (2017) Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychother Psychosom* 86(2):80–89. <https://doi.org/10.1159/000455170>
- Messina I, Trimoldi G (2024) Shaping psychotherapy trainees' potential: Insights from training program directors. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome* 27(2):799. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.799>
- Nikendei C, Huber J, Ehrenthal JC, Herzog W, Schauenburg H, Schultz J-H, Dinger U (2019) Intervention training using peer role-play and standardised patients in psychodynamic psychotherapy trainees. *Couns Psychother Res* 19(4):508–522. <https://doi.org/10.1002/capr.12232>
- Peikert G, Baum A, Barchmann D, Schröder D, Kropp P (2014) Wie effektiv sind Ausbildungstherapien? Vergleichsstudie zur Effektivität von Ausbildungs- und Regeltherapien. *Verhaltenstherapie* 24(4):272–279. <https://doi.org/10.1159/000369270>
- Price AL, Mahler HIM, Hopwood CJ (2022) Construction and validation of a self-report subjective emptiness scale. *Assessment* 29(3):397–409. <https://doi.org/10.1177/1073191120968275>
- Ramani S, Leinster S (2008) AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teacher* 30(4):347–364. <https://doi.org/10.1080/01421590802061613>
- Rocco D, Gennaro A, Filugelli L, Squarcina P, Antonelli E (2019) Key factors in psychotherapy training: An analysis of trainers', trainees' and psychotherapists' points of view. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome* 22(3):415. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.415>
- Rueve ME, Correll TL (2006) The art of psychotherapy. *Psychiatry* 3(11):44–50
- Schauenburg H, Willenborg V, Sammet I, Ehrenthal JC (2007) Self-reported defence mechanisms as an outcome measure in psychotherapy: a study on the German version of the defence style questionnaire DSQ 40. *Psychol Psychother Theory Res Practice* 80(3):355–366. <https://doi.org/10.1348/147608306X146068>
- Spitzer C, Müller S, Kerber A, Hutsebaut J, Brähler E, Zimmermann J (2021) Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF): Faktorenstruktur, konvergente Validität und Normwerte in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 71:284–293. <https://doi.org/10.1055/a-1343-2396>
- Valenstein-Mah H, Greer N, McKenzie L, Hansen L, Strom TQ, Wiltsey Stirman S, Wilt TJ, Kehle-Forbes SM (2020) Effectiveness of training methods for delivery of evidence-based psychotherapies: A systematic review. *Implement Sci* 15(1):40. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00998-w>
- Victor P, Dresenkamp A, Haag E, Merod R, Ruggaber G, Sauer K, Schneider W, Ruppert J, Veith A, Willutzki U (2018) Ausbildungsforschung in Ausbildungsinstituten der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*

63(1):62–67. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0225-5>

- Volz M, Zimmermann J, Schauenburg H, Dinger U, Nikendei C, Friederich H-C, Ehrental JC (2021) Erstellung und Validierung einer Kurzversion des Fragebogens zur Erfassung aversiver und protektiver Kindheitserfahrung (APK-18). *Diagnostica*. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000276>
- Volz M, Henkel M, Cropp C, Spitzer C, Benecke C (2025) Originalbeiträge (Originals). Entwicklung und Validierung einer Kurzversion des OPD-Konfliktfragebogens (OPD-KF36) / Development and validation of a short version of the OPD Conflict Questionnaire (OPD-KF36). *Z Psychosom Med Psychother* 71(2):140–157. <https://doi.org/10.13109/zptm.2025.71.2.140>
- Wampold BE, Imel ZE, Flückiger C (2017) Die Psychotherapie-Debatte. Hogrefe <https://doi.org/10.1024/85681-000>
- Wester RA, Etzel JM, Zimmermann J, Hanraths S, Iovoli F, Hall M, Rubel JA Investigating the structure of interpersonal problems using two alternative instruments (in review)
- Zimmermann J, Wendt LP, Edelhoff H, Wierzba E, Fleck L, Cicero DC, Reininghaus U (2024) Development and initial evaluation of the German version of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Self-Report (HiTOP-SR). *J Psychopathol Clin Sci*

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Empirical findings from the referral practice of patients to training and advance training treatments. Is there such a thing as a typical training case?

Background: Patient referral is a key interface between training, quality assurance and care in psychotherapy. Despite its didactic and clinical relevance, referral practices have hardly been empirically studied to date and there are no objective criteria for selecting patients who are “suitable for training.”

Method: Based on data from the quality assurance project “Quality characteristics and care relevance of psychodynamic training outpatient clinics” (QVA), 1863 outpatients were examined with respect to, among other aspects, psychological symptom severity, structural impairment, conflict dynamics, aversive childhood experiences and psychopathological spectra (model for hierarchical taxonomy of psychopathology, HiTOP). Patients who were referred to trainees ($n = 624$) were compared with those referred to standard care ($n = 1239$).

Results: The analyses show no significant differences across almost all clinical variables examined. Patients with referral to training candidates exhibit comparable stress profiles, structural limitations and interpersonal problems. Minor differences were only found in individual biographical variables.

Discussion: The findings indicate that patient referral to psychotherapeutic training outpatient clinics is currently largely carried out unsystematically. A structured, empirically based referral practice could improve the quality of training, steer learning processes in a more targeted manner and at the same time promote equity in care. Referral decisions should be further developed conceptually and empirically as an integral part of evidence-based psychotherapy training.

Keywords

Psychotherapy · Training outpatient clinics · Patient selection · Quality assurance · Evidence-based healthcare