

# Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie: Alternativen zum Gutachterverfahren – Interview mit Prof. Wolfgang Lutz



**Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Lutz**  
Dipl.-Psych., Leiter der Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie und der Weiterbildung "Psychologische Psychotherapie" an der Universität Trier. Mit-Herausgeber des Standardwerkes der Psychotherapieforschung „Bergin and Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“.



**Oliver Kunz**  
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildungen in Achtsamkeitsbasierten Verfahren (MBSR, MBCT), Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DGVT und DGVT-BV.



**Dr. Jürgen Friedrich**  
Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildung in Dialektisch Behavioraler Therapie, DGVT(-BV)-Landessprecher Mecklenburg-Vorpommern, Leiter des DGVT-Ausbildungszentrums in Rostock.

**DGVT: Sehr geehrter Herr Prof. Lutz, Sie sind Experte auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung und veröffentlichen viele wissenschaftliche Arbeiten zur Psychotherapieergebnis- und Prozessforschung. Der Fokus Ihrer Arbeit liegt unter anderem auf der Qualitätssicherung und der Evaluation sowie der Betrachtung von Therapieverläufen. Daneben waren Sie maßgeblich an der Studie der Techniker Krankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie beteiligt. Aufgrund dieser umfassenden Erfahrung und Ihrer spezialisierten Kenntnisse bezüglich der Evaluation von Psychotherapieverläufen und Systemen rückmeldebasierter Psychotherapie möchten wir gerne einige aktuelle Themen zur Entwicklung der ambulanten Psychotherapie mit Ihnen besprechen. Ein Thema, das viele niedergelassene Psychotherapeut\*innen derzeit beschäftigt, ist die geplante Ersetzung des Gutachterverfahrens im Rahmen der ambu-**

**lanten Behandlung durch eine noch zu entwickelnde neue Form der Qualitätssicherung. In der letzten Fassung des Psychotherapeutenausbildungsgesetzes stand plötzlich der Passus, dass das Gutachterverfahren ersetzt werden soll.**

**Wie stehen Sie grundsätzlich zu der Idee, das Gutachterverfahren abzuschaffen bzw. zu ersetzen?**

**WL:** Bereits während meines Studiums in Heidelberg habe ich mich für das damals noch erste Psychotherapeutengesetz eingesetzt. In diesem Kontext wurde das Gutachterverfahren immer als ein Instrument zur Kontrolle der psychologischen Psychotherapeut\*innen diskutiert, da man dem neuen Beruf nicht wirklich traute, verantwortlich mit den Ressourcen der Krankenkassen umzugehen. Von daher stehe ich traditionell diesem Verfahren eher kritisch gegenüber, zumal seine Möglichkeiten im Rahmen einer Qualitätssicherung ja von Anfang an eher begrenzt waren und es auch geblieben sind. Es gibt nur wenige Felder im Gesundheitswesen, welche ebenfalls ein solches Gutachterverfahren aufweisen, z.B. die Kieferorthopädie was dort seit vielen Jahren zu Unzufriedenheit führt. Im Bereich Psychotherapie scheint es vielen Kolleg\*innen eine Art Orientierung zu bieten und das kann ich teilweise nachvollziehen, wie auch den Schutz vor Regressforderungen der Kassen. Ich denke aber, dass der Berufsstand jetzt so weit vorangeschritten ist, ein eigenes Qualitätssicherungsmodell zu entwickeln, welches psychometrische Informationen einbezieht und mehr Transparenz ermöglicht. Dieses könnte dann zumindest ergänzend zu einem Gutachterverfahren etabliert werden. Wir wissen nicht wirklich viel darüber, wer Psychotherapie in Deutschland in welcher Form, wie lange und mit welchem Erfolg bekommt. Auch welche Interventionen in der Praxis nun wirklich umgesetzt werden, wenn man mal von den heftigen, eher schablonenhaft geführten theoretischen Debatten zu den Therapieschulen absieht. Die wenige Versorgungsforschung im Bereich der Psychotherapie stellt nach wie vor ein Problem dar, was

für einen doch nach wie vor recht jungen Berufsstand ein Nachteil ist. In dieser Hinsicht sind andere Länder z.B. UK, Holland u.a. deutlich weiter.

### **DGVT: Was macht für Sie „Erfolg“ im Rahmen einer Psychotherapie aus?**

**WL:** Ich befasse mich seit fast 30 Jahren mit Psychotherapieforschung, insbesondere der Therapieverlaufs- und Ergebnisforschung und komme aus einer Forschungstradition, welche Therapieerfolg immer sehr breit definiert hat. Man findet diese Perspektive auch sehr gut verdeutlicht im „Bergin & Garfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“, manchmal auch als das „Heilige Buch“ der Psychotherapieforschung bezeichnet, welches seit 50 Jahren alle 7-8 Jahre den Stand der Psychotherapieforschung zusammenfasst. In der im nächsten Jahr erscheinenden 7ten Auflage, welche von Michael Barkham, Louis Castonguay und mir herausgegeben wird, gibt es ein ganzes Kapitel zu dem Thema, welches die Geschichte und den momentanen Stand zum Thema Veränderungsmessung zusammenfasst. Mit meinem Team in Trier habe ich einige Studien dazu gemacht, welche Veränderungsdimensionen wann und wie schnell Fortschritte zeigen. Das Phasenmodell von Ken Howard, aber auch neuere Studien, welche sich mit Veränderungsdaten von Einzeldimensionen, etwa im Kontext von Netzwerkmodellen, beschäftigen, bieten hier eine gute Orientierung. Konkret bedeutet dies, dass Patient\*innen neben symptomatischen Veränderungen, immer auch zu Veränderungen im Rahmen ihres Wohlbefindens, ihrer interpersonalen Probleme oder auch ihrer allgemeinen Funktionsfähigkeit befragt werden sollten. Auch die Therapeut\*innensicht ist wichtig. Allerdings muss einem klar sein, dass die Therapeut\*innensicht nicht immer mit der Sicht der Patient\*innen in Bezug auf das Therapieergebnis übereinstimmt.

**DGVT: Wir sind besorgt, dass der Fokus einer erfolgreichen Psychotherapie ausschließlich oder zu sehr auf die Messung der Ausprägung von Diagnosekriterien bzw. leicht operationalisierbarer Erfolgskriterien gelegt werden könnte und womöglich schwer messbare kognitive oder verhaltensbezogene Änderungen nicht einbezogen werden. Welche Idee hätten Sie, um dieses**

### **mögliche Problem aufzufangen?**

**WL:** Unterschiedliche Erfolgsdimensionen sind unterschiedlich veränderungssensitiv. Ich denke nicht, dass es ein Problem darstellen würde, zusätzliche Dimensionen zu erheben, ggf. auch therapieschulenspezifische, wenn das der Wunsch ist. Wenn man Patient\*innen fragt, für wie wichtig sie es halten, dass eine psychotherapeutische Einrichtung ihre Ergebnisse evaluiert, zum Beispiel mit Fragebögen, dann geben über 90% der Patient\*innen an, dass sie das für sehr oder eher wichtig halten. Das ist ein Ergebnis, welches wir auch in der von Ihnen bereits oben zitierten Studie der Techniker Krankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie gefunden haben, aber auch in vielen anderen Studien. Ihr [Interview](#) mit Herrn Matzat, dem Patientenvertreter im Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt ja ein vergleichbares Bild. Von Patient\*innenseite gibt es aus meiner Sicht eigentlich eine klare Vorstellung, was wie zu integrieren wäre. An sich müsste das auch von Therapeut\*innenseite möglich sein und dies ist auch meine Erfahrung. Die Sorgen auf Seiten vieler Kolleg\*innen beziehen sich wahrscheinlich eher darauf, was mit den Ergebnissen gemacht wird und ob sie Nachteile hätten, wenn Patient\*innen mit starker Belastung keine Fortschritte machen. Bei bestimmten Patient\*innen kann eine Stabilisierung durchaus ein Erfolg sein. Hier kommt es natürlich auf die Operationalisierung von Therapieerfolg an. Diese Definition ist ja an sich die Aufgabe einer neuen Form der Qualitätssicherung. Aber das ist eine konkrete Fragestellung, welche mit der Definition von Therapieerfolg zu tun hat und nicht ein grundsätzliches Problem im Kontext von Veränderungsmessungen. Vielleicht muss man hier auch konstatieren, dass von der Profession selbst bisher die Sorgen möglicherweise zu groß waren und daher leider kein eigenes psychometrisch gestütztes Qualitätssicherungsmodell entwickelt werden konnte. Von daher besteht natürlich immer die Gefahr, dass es dann irgendwann von außen gefordert wird.

Natürlich muss man im Rahmen eines Qualitätssicherungsmodells alle Ergebnisse psychometrischer Erhebungen im klinischen Kontext betrachten und von daher erscheint es mir auch sehr wichtig, dass Aus- und Weiterbildungsteilnehmer\*innen eine sehr gute Forschungs- und

Evaluationskompetenz erhalten. Hier müsste man aus meiner Sicht in den Planungen für die zukünftige Weiterbildung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) nochmal nachsteuern. Ich denke die Profession wäre eher in der Lage eine eigenständige Konzeption zum Thema Qualitätssicherung aufzubauen, wenn die Forschungs- und Evaluationskompetenz auch zukünftig klar und deutlich in die Weiterbildung integriert wäre und ein Umgang mit Qualitätssicherung und der Rückmeldung von psychometrischen Angaben besser eingeübt werden könnte. An sich handelt es sich ja um einen wichtigen Aspekt der klinischen Kompetenz und sollte daher auch ein wichtiger Bestandteil der klinischen Identität sein. Stellen Sie sich einmal einen Hausarzt vor, der sein Blutdruckgerät nicht mehr nutzt, nur, weil es manchmal ungenau ist und Schwankungen aufweisen kann, wenn der Patient kurz vorher aktiv war. Oder stellen Sie sich einen Onkologen vor, der nach einer Chemotherapie nicht mehr die Fortschritte seiner Patient\*innen untersucht oder misst, nur weil manche Patient\*innen eventuell keine positive Veränderung haben oder zu schwer belastet sind.

Genauso muss auch der Umgang mit den Veränderungsmessungen in der Psychotherapie erlernt und entsprechend im klinischen Kontext bewertet und integriert werden. Wäre dies der Fall, dann könnten entsprechende Informationen im klinischen Kontext besser von Therapeut\*innen bewertet und zum Wohle von Patient\*innen genutzt werden. Es handelt sich ja immer um empirisch gestützte Entscheidungshilfen für Therapeut\*innen basierend auf Wahrscheinlichkeitsangaben. Die eigentliche klinische Entscheidung bleibt weiterhin bei dem\*der Therapeut\*in, diese kann nicht vom System getroffen werden.

**DGVT: Wir haben Bedenken, dass alleine das Interesse der Krankenkassen, fortlaufend zu überprüfen, ob eine Behandlung weiterhin notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, bedient wird. Wie schätzen Sie die Situation ein?**

**WL:** Die Einschätzung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer konkreten Behandlung kann man nicht alleine auf der Basis von Fragebogendaten durchführen. Diese liefern zwar Transparenz im Versorgungssystem und wichtige Hinweise zum individuellen Pati-

ent\*innenfortschritt und damit auch Hinweise zur Verbesserung des Versorgungssystems auf unterschiedlichen Ebenen. Fortlaufende Erhebungen sollten daher ein Teil jeder Behandlung sein, sie müssen aber, wie bereits oben beschrieben, immer im Kontext und von Expert\*innen interpretiert und integriert werden. Die oben genannten Beispiele zur Blutdruckmessung oder zur Krebsbehandlung passen auch hier ganz gut. Ich denke auch nicht, dass es für die Krankenkassen ein sinnvolles Ziel sein kann, in eine konkrete Behandlung auf Basis von Patient\*innenfragebogendaten einzugreifen. Sicherlich würde man dann sehr schnell im Internet Angaben darüber finden, wie man als Patient\*in einen Fragebogen auszufüllen hat, damit man mehr Sitzungen bewilligt bekommt. Das würde nicht zu einem funktionierenden System beitragen.

**DGVT: Ein Teil der Psychotherapie-Patient\*innen hat eher internalisierte Probleme, oder auch persönlichkeitsabhängige, z.B. Borderline-Patient\*innen. Diese Patient\*innen bzw. ihren Behandlungsfortschritt wird man ganz schwer mit scheinbar objektiven Symptomlisten erfassen können. Und wenn die zukünftige QS zu einer immer ausschließlicheren Orientierung alleine daran führe (wie häufig befürchtet wird), besteht doch die Gefahr, dass Patient\*innen mit schwieriger Prognose keinen Therapieplatz mehr finden (oder nur noch ganz schwer). Welchen Lösungsansatz haben Sie?**

**WL:** Aus meiner Sicht ist diese Sorge unbegründet. Ich bin selbst Ambulanzeleiter und wir nutzen in unserer Psychotherapieambulanz ein digitales und fragebogengestütztes Rückmelde- und Navigationssystem. Es ist in dem Buch „Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie“ (siehe Literaturangabe unten) beschrieben. Hier finden sich auch Anwendungsbeispiele für Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen internalisierten Problemen. Bei uns führt das nicht dazu, dass wir nur bestimmte Patient\*innen aussuchen. Im Gegenteil, wir haben die Möglichkeit dadurch sehr transparent Patient\*innen mit unterschiedlichen Belastungsgraden und Störungsgruppen den Therapeut\*innen zuzuweisen. Da sich Resilienz und Burnout als wichtige Faktoren für die Effektivität von Therapeut\*innen herausgestellt haben, können wir die Patient\*innenübergabe bzw.

Indikation viel besser dahingehend steuern, dass die Belastung von Patient\*innen jeweils auf die Fallbelastung der Therapeut\*innen angepasst wird. Dies führt zu einer optimierten Zuweisung und Indikation und eben nicht zu einer Vermeidung von bestimmten Patient\*innen. Die Vorauswahl anhand von Belastungskriterien ist eher etwas, was mir manchmal von überlasteten niedergelassenen Kolleg\*innen berichtet wird. Ein gutes QS-Modell führt aber zu einer verbesserten Steuerung zum Wohle der Patient\*innen und damit auch zum Wohle der Therapeut\*innen.

**DGVT: Auch wenn es um palliative psychotherapeutische Unterstützung geht, würde die Qualitätssicherung mit Symptom- oder Beschwerdelisten – allein aus methodischen Gründen – in die Irre führen. Ist es überhaupt denkbar, dass gleiche Instrumentarium für die doch sehr unterschiedlichen Patient\*innengruppen zu verwenden?**

**WL:** Auch dieses Problem ist ein Kontextproblem. Natürlich haben wir heute eine andere Situation im Feld der Psychotherapie als es noch vor 30 Jahren der Fall war. Man kann davon ausgehen, dass bestimmte Patient\*innen ggf. mehrmals in ihrem Leben zum\*zur Therapeut\*in gehen und es auch Patient\*innen gibt, für die eher eine langfristig begleitende psychotherapeutische Unterstützung notwendig ist. Veränderungen in eine positive oder negative Richtung begleitend und vergleichend zu anderen Patient\*innen zu erheben ist in jedem Fall sinnvoll. Ein entsprechendes Vorgehen spricht für verantwortungsvolle Behandler\*innen. Man würde ja auch bei Patient\*innen mit einer chronischen Erkrankung nicht aufhören z.B. den Insulinspiegel oder andere wichtige Parameter zu messen.

**DGVT: Jede Psychotherapie basiert auf einem vertrauensvollen Verhältnis zwischen Patient\*in und Therapeut\*in. Denken Sie, dass durch Fragebogenverfahren zur Qualitätssicherung diese vertrauensvolle Beziehung beeinflusst werden könnte?**

**WL:** Nein, das ist glaube ich eine Fehleinschätzung. Die Therapiebeziehung verschlechtert sich nicht. In der Regel wird der\*die Therapeut\*in als Expert\*in betrachtet und Status- und Verlaufserhebungen sind auch etwas was jeder

von eigenen Arztbesuchen kennt. Das ist auch unsere tägliche Erfahrung in unserer Psychotherapieambulanz an der Universität Trier. Das zeigte sich aber auch bereits in der Studie der Techniker Krankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie und dazu gibt es auch zahlreiche andere internationale Befunde und Studien. Diese Sorge hört man aber immer wieder von Kolleg\*innen und sagt aus meiner Sicht mehr etwas über die Therapeut\*innen aus. Es zeigt meistens an, dass diese wenig Erfahrung mit dieser Art Erhebungen und entsprechender Transparenz haben, diese evtl. auch noch nie eingesetzt haben oder Probleme haben, entsprechende Befunde in den klinischen Kontext zu integrieren. Patient\*innen sehen das in der Regel auch nicht als ein Problem für die Therapiebeziehung an. Unsere Patient\*innen sehen darin häufig sogar ein Zeichen der beruflichen Kompetenz unserer Institution (ein möglicherweise zusätzlicher hilfreicher Wirkfaktor). In Studien geben auch die teilnehmenden Therapeut\*innen in der überwiegenden Mehrzahl an, dass die Erhebung von Fragebögen die therapeutische Beziehung nicht beeinflusst. Es hängt in der Regel sehr davon ab, wie der\*die Therapeut\*in mit dem System umgeht und wie er\*sie es den Patient\*innen vermittelt. Ich denke die Situation wäre einfacher, wenn wir eine bessere Integration entsprechender Konzepte in die Aus- und Weiterbildung erreichen würden. Damit könnten die Identifikation und die verengte Auseinandersetzung mit der eigenen jeweiligen theoretischen Schule vielleicht etwas zurückgeschraubt werden. Dafür wäre dann gegebenenfalls eine stärkere Orientierung an den Patient\*innenergebnissen möglich. Aus meiner Sicht, und das sehen viele Kolleg\*innen so, wäre das für die Zukunft sehr wünschenswert. In der Forschungsliteratur taucht dies manchmal unter dem Schlagwort „von der Schulenorientierung zur Ergebnisorientierung“ auf.

**DGVT: Im Rahmen dessen besorgt uns die mögliche Verbindung von Qualitätssicherung, die Therapeut\*innen zur Verbesserung der Behandlung nutzen könnten (bspw. Patient\*innenfragebögen) mit Entscheidungen der Kostenträger zur Kostenübernahme. So wäre es für den Prozess natürlich immens wichtig zu wissen, wie gut Patient\*innen ihr Leiden verstanden sehen, wie gut sie in der Therapie auch schwierige Inhalte kommuni-**

**zieren können etc. Wenn von den Befragungsergebnissen aber beispielsweise eine Therapieverlängerung abhängt, ist zu erwarten, dass Patient\*innen ihre Antworten dahingehend anpassen. Wie kann dieses Problem gelöst werden?**

**WL:** Ich denke, dass ich das bereits beantwortet habe. So kann man das nicht machen. Das würde dazu führen, dass man schnell Anleitungen etwa im Internet findet, wie man Bögen ausfüllen muss, um noch weitere therapeutische Sitzungen zu erhalten oder Psychotherapeut\*innen würden Patient\*innen dann möglicherweise anleiten wie sie die Bögen auszufüllen haben. Man würde schnell das Vertrauen in die Angaben und Daten verlieren. Ein System kann immer nur Vorschläge machen und es hängt von dem professionellen Umgang damit ab. Wenn ich das Beispiel Blutdruckmessung nochmals benutzen darf: Keine Krankenkasse würde alleine auf der Basis von Blutdruckmessungen einem Patienten zum Beispiel vorschreiben, ob eine Behandlung weitergeführt werden sollte oder nicht. Die Informationen liefern aber dem\*der Behandler\*in wichtige Informationen für die Weiterbehandlung oder auch, ob die Behandlung beendet werden kann oder nicht. Dies kann er\*sie aber im Fall von psychometrischen Erhebungen (wie auch beim Blutdruck) nur nutzen, wenn er\*sie weiß, wie diese einzuordnen sind. Möglicherweise würde das ja sogar dazu führen, dass er bei einem bestimmten Patienten mehr Therapiesitzungen umsetzt, bei einem anderen, weniger belasteten Patienten, dagegen etwas weniger. Die Entscheidung bliebe aber immer bei dem\*der (informierten) Behandler\*in. Die Daten können dann aber auch in einer Versorgungsstudie etwa zum Erfolg bei bestimmten psychischen Störungen oder Versorgungsmodellen genutzt werden, welche dann auch wieder für die Krankenkassen interessant sind. Die Orientierung an fixen Sitzungskontingenten, wie sie ja zurzeit vorgegeben sind, wirkt aus wissenschaftlicher Sicht dagegen eher etwas willkürlich und variiert dazu von Land zu Land.

**DGVT: Wie könnte in Ihren Augen eine Qualitätssicherung aussehen, die für die behandelnden Therapeut\*innen ein Gewinn ist, also Informationen generiert, die Therapeut\*innen patient\*innenorientiert zur Verbesserung der Behandlung nutzen könnten?**

**WL:** Dazu gehört aus meiner Sicht auf jeden Fall eine kontinuierliche Fortschrittserhebung und Rückmeldung an die Psychotherapeut\*innen. Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe sehr ausgefeilter Systeme, welche auch in unterschiedlichen Ländern eingesetzt werden. Ich habe zusammen mit Rebecca Neu und Julian Rubel mehrere solcher Systeme im untenstehend angegebenen Buch beschrieben, welche auch leicht umgesetzt werden könnten. Das Problem liegt aus meiner Sicht nicht so sehr an dem Modell selbst, sondern an der konkreten Umsetzung im Alltag. Hier braucht man ein einfaches Konzept, welches gut umsetzbar ist und nach Anfangsschwierigkeiten (welche es ohne Zweifel gibt) weitestgehend von allen mitgetragen werden kann. An sich konnte man alle Probleme der Implementation in der Studie der TK bereits gut ablesen und diese kann eine gute Grundlage für die nächsten Schritte bilden. Die Tools müssten natürlich angepasst, auf den neuesten Stand gebracht und die Erhebungsstruktur deutlich vereinfacht werden.

**DGVT: Auf welche Aspekte sollte bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren in Ihren Augen besonders geachtet werden (bspw. Datenschutz)? Was sollten Bestandteile der Qualitätssicherung sein?**

**WL:** Ich denke die Patient\*innensicht muss integriert werden, auf den Datenschutz muss natürlich sehr geachtet werden. Psychotherapeut\*innen müssen intensiv geschult, ggf. auch erstmal überzeugt werden. Aber wie bereits gesagt, die Umsetzbarkeit unter Routinebedingungen ist absolut wesentlich und muss über einen längeren Zeitraum und mit langem Atem geplant und wissenschaftlich begleitet werden. Das ist wichtig, damit bei ersten Schwierigkeiten das Projekt nicht stecken bleibt, frühzeitig Verbesserungen eingebracht werden können und auch eine parallele Versorgungsforschung in Deutschland entstehen kann. Nach wie vor ist die Psychotherapieforschung in Deutschland nicht gut ausgebaut. Es gibt kaum Fördertöpfe, das Thema steht bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eher am Rande. Es gibt auch kaum Anreize für Forschungsgruppen oder Nachwuchswissenschaftler\*innen, den notwendigen langen Atem aufzubringen. Von Praktiker\*innenseite existiert dazu Skepsis. Der neue akademische Heilberuf wird aber aus meiner Sicht ohne Ausbau der Psychotherapie-

Versorgungsforschung nicht bestehen können. Ich denke gerade im Zeitalter der viel kostengünstigeren Internettherapie und permanenter Neuentwicklungen klinischer Therapiekonzepte ist die Integration eines stärkeren Wissenschaftler-Praktiker Denkens in die Aus- und Weiterbildung sowie die psychotherapeutische Praxis ein notwendiges Modell für die Zukunft. Diese Elemente müssen stärker Teil der psychotherapeutischen Expertise und Identität werden. Ich bin da an sich auch sehr optimistisch, dass in Zukunft die Psychotherapieforschung eine wichtigere Rolle auch in der Praxis spielen wird und denke, dass zukünftige Psychotherapeut\*innen auch Expert\*innen im Bereich schulenübergreifender und wissenschaftlicher Kompetenzen sein werden.

**DGVT: Herr Prof. Lutz, vielen Dank für Ihre Bereitschaft für dieses Interview und Ihre hilfreichen Antworten.**

*Interview für die DGVT: Dr. Jürgen Friedrich und Oliver Kunz*

Literatur:

Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (Eds.). (2021). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. (7th ed.). New York, NY: Wiley (in Druck).  
Lutz, W., Neu, R. & Rubel, J.A. (2019). Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie. Standards der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.  
Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Interview mit Jürgen Matzat. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 52. Jg. (4), 873ff , 2020.  
[https://www.dgvt.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/Interview\\_Matzat.pdf](https://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Interview_Matzat.pdf).