

Basisdokumentation Fachpsychotherapie (Psy-BaDo) - Wer sichert die Qualität der Qualitätssicherung?

Fragen zur Psy-BaDo aus der Sicht niedergelassener analytischer Psychotherapeuten

Beatrice Piechotta

Zusammenfassung

Psychotherapeuten stehen vor der Alternative, Qualitätssicherung innerhalb gewisser Grenzen selbst zu gestalten, oder aber sie sich von äußeren Instanzen nach deren Kriterien vorgeben zu lassen. In der Auseinandersetzung mit der Psy-BaDo wird die Frage diskutiert, wie weit Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten analytischen Psychotherapie die Definitionen und Konzepte aus anderen Bereichen (Industrie, naturwissenschaftlich orientierte Medizin) unmodifiziert übernehmen kann, ohne daß die Qualität des zu Sichernden verändert oder verschlechtert wird. Es wird differenziert zwischen dem Einsatz der Psy-BaDo für die individuelle Qualitätssicherung des einzelnen Therapeuten und ihrem Einsatz für die Qualitäts- und Psychotherapieforschung. Es werden Ansätze dargestellt, wie für analytische Psychotherapie das aktuelle Qualitätssicherungs-Konzept modifiziert werden könnte.

Summary

Psychotherapists have the alternative, to design quality assurance within certain boundaries by themselves, or otherwise leave this important task to external instances. Those will apply their own criteria in developing a concept. This paper discusses the question, how far quality assurance in the field of analytic psychotherapy has to accept the definitions and concepts from other fields such as industry or somatic medicine, without changing or deteriorating the quality that in the end should be improved. Differentiation is necessary between the use of the Psy-BaDo for individual quality assurance of the individual psychotherapist and for quality- and psychotherapy-research. This paper points out a start to modifying the present concept for quality assurance for the purposes of analytic psychotherapy.

Einleitung

Worum geht es bei Qualitätssicherung?

Psychoanalyse ist mit ihrem Eintritt in die kassenärztliche Versorgung keine rein individuelle Angelegenheit mehr. Psychotherapeuten müssen nachweisen, daß ihre Arbeit wirksam (effektiv) ist. Ausgelöst durch die Notwendigkeit zum Kostensparen ist Qualität bei möglichst niedrigen Kosten (Effizienz) inzwischen noch stärker als bisher ein gesellschaftliches Anliegen geworden, und wurde gesetzlich verbindlich vorgeschrieben (Gesundheitsstrukturgesetz 1993).

„Es gibt z.Zt. kaum einen anderen Bereich in der Medizin, in dem vergleichbar umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen bestehen, wie in der ambulanten Fachpsychotherapie“ (Bell et al. 1996). Bei analytischen Psychotherapeuten beanspruchen Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität einen großen Teil ihrer Arbeits- und Freizeit. Eine 1995 durchgeführte Umfrage unter den Mitgliedern des AFTAP (Arbeitskreis freiberuflich tätiger analytischer Psychotherapeuten in Nordrhein) ergab: durchschnittlich 2,4 Stunden pro Woche für das Gutachterverfahren; 3,3 mal im Monat Intervision, Supervision, Arbeitsgruppen; zusätzlich Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung, Selbstanalyse, Fachtagungen. Von derzeit bei der KV Nordrhein gemeldeten 110 Qualitätszirkeln sind etwa 70 psychotherapeutische Qualitätszirkel.

Trotz des hohen Stellenwertes, den Maßnahmen zur Überprüfung und Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit bei niedergelassenen Analytiker haben, sehen sie sich mit dem Vorwurf konfrontiert, sie hätten bisher versäumt, die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeit nachzuweisen. Das liegt u.a. an einem begrifflichen Problem: Qualitätssicherung bedeutet ein ganz bestimmtes Konzept, das aus der Industrie stammt, und auf das Ge-

sundheitswesen übertragen wurde. Einige wesentliche Punkte des Qualitätssicherungs-Konzeptes:

- Es geht nicht um Qualität an sich, sondern um Qualität unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten: Wie kann der Behandlungserfolg mit den niedrigsten Kosten erreicht werden.
- Qualität soll nach außen bewiesen werden (Transparenz); individuelles Bemühen um und Überzeugtheit von der eigenen Qualität reichen nicht aus.
- Voraussetzung dafür sind allgemeingültige Standards: Was wird in unserem Fach unter guter Qualität verstanden (z.B. Leitlinien). Und:
- Qualität soll meßbar und vergleichbar sein; dafür sind überprüfbare Daten als Kriterien und Indikatoren nötig.
- Das Bemühen um Qualität soll systematisiert sein, d.h. nicht dem Zufall oder der Eigeninitiative überlassen bleiben.
- Vorgehensweisen zur Steigerung der Qualität des einzelnen Therapeuten:
Es soll ein System installiert sein, in dem regelmäßig überprüft und kontrolliert wird, damit Fehler oder Schwachstellen schnell auffallen, so daß sie bald behoben werden können.
Die Therapeuten sollen sich mit anderen vergleichen (Benchmarking): höhere Qualität soll dadurch erreicht werden, daß man vom Besten lernt.

Aus der Sicht dieses Konzeptes gibt es strenggenommen in der ambulanten Psychotherapie bisher keine Qualitätssicherung, ja nicht einmal die Voraussetzungen dafür (einheitliche Standards, Vergleichsdaten), abgesehen von Verfahren, die die Strukturqualität sichern (z.B. Ausbildungsrichtlinien). Die bisherigen Aktivitäten der niedergelassenen Psychotherapeuten zur Überprüfung und Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit gelten nicht als Qualitätssicherungs-Maßnahmen im Sinne dieses Konzeptes, weil sie keine meß- und vergleichbaren Daten hervorbringen.

Im stationären Sektor ist die Einführung dieses Qualitätssicherung-Konzeptes schon wesentlich weiter voran geschritten: Es gibt umfangreiche Dokumentationen über die Behandlungen, die z.T. unter dem Druck der Kostenträger entstanden sind. Ein Mittel der Qualitätssicherung besteht darin, daß Kliniken miteinander verglichen werden. Cording beschreibt Projekte von freiwilligen Krankenhausvergleichen zur Gewinnung von Referenzwerten für die interne Qualitätssicherung, um Erfahrungen mit diesem Instrument zu sammeln, bevor die Krankenhausvergleiche den Kliniken „ab ungefähr 1997/98 aufgrund der gesetzlichen Vorschriften (§§ 112 und 137 SGB V) seitens externer Gremien ins Haus stehen“ (Cording 1997, S. 41). Für Bayern sieht ein Vertrag zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft vor, daß qualitätsrelevante Patientendaten in allen stationären Einrichtungen regelmäßig erhoben und von einer Fachkommission anonym ausgewertet werden. „Gelingt es den Kliniken, die negativ vom Durchschnitt abweichen, nicht innerhalb einer gesetzten Frist, diese Abweichungen plausibel zu erklären oder abzustellen, so wird ihre Anonymität gegenüber der zuständigen Fachkommission aufgehoben und es werden direkte Gespräche geführt.“ (Cording 1997, S. 44)

Im ambulanten Bereich liegen inzwischen Qualitätssicherungs-Instrumente vor, oder werden gerade erarbeitet (Basisdokumentation, Leitlinien), die schon bald eingesetzt werden sollen. Offen ist, welche Auswirkungen dies auf den Arbeitsalltag niedergelassener Psychotherapeuten und die Durchführung von Therapien haben wird.

Basisdokumentation Fachpsychotherapie

Von Psychotherapie-Forschern wird bemängelt, daß im Bereich der ambulanten Psychotherapie Basisinformationen (z.B. Zahl der Behandlungsfälle pro Jahr, Dauer der Behandlungen nach Leistungsarten und Diagnosen) weitgehend fehlen, die eine Vorbedingung für Qualitätssicherung wären (Meyer et al. 1991). Anfang 1997 wurde die von den psychotherapeutischen Fachgesellschaften in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften) gemeinsam entwickelte Psy-BaDo veröffent-

licht, mit der therapieschulen-übergreifend solche Daten erhoben werden können. Die Psy-BaDo wurde den Mitgliedern der Fachgesellschaften zugeschickt, mit der Einladung, sie so zu benutzen, wie man will, allein oder im Rahmen des Qualitätszirkels, ganz oder nur in Teilen. Es wird darauf hingewiesen, daß es nicht um Kontrolle durch Kostenträger geht. Rückmeldungen über Erfahrungen mit der Psy-BaDo werden von den Qualitätssicherungs-Beauftragten der AWMF-Fachgesellschaften gesammelt und bearbeitet. Die Psy-BaDo ist damit in der Erprobungsphase; irgendwann wird darüber entschieden, wie sie eingesetzt werden soll.

Bei der Untersuchung¹, was die Psy-BaDo für die Verbesserung der Qualität von ambulanter analytischer Psychotherapie leisten kann, gilt es, unterschiedliche Ziele und Ebenen zu differenzieren:

- Überprüfung und Verbesserung der Arbeit im Praxisalltag des einzelnen Therapeuten
- Datensammlung als Grundlage für Forschung und damit auf einer allgemeineren Ebene für die Verbesserung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung
- Möglichkeiten und Auswirkungen des Einsatzes der Psy-BaDo in der analytischen Psychotherapie

Die Psy-BaDo als Instrument der individuellen Qualitätssicherung

Das Begleitschreiben, mit dem die Psy-BaDo verschickt wurde, legt eine individuelle Nutzung der Psy-BaDo für die Qualitätssicherung in der eigenen Praxis nahe. Wie könnte nun der Einsatz der Psy-BaDo in einer analytisch orientierten psychotherapeutischen Praxis aussehen?

Auf einen Aspekt soll direkt zu Beginn hingewiesen werden, nämlich auf die Frage nach der Effizienz der Psy-BaDo. Die Angaben der Autoren für den Zeitaufwand des Therapeuten (24 Minuten) sind sicher zu knapp bemessen. Zusätzlich muß man den Patienten erklären, wozu die Fragebögen dienen sollen, auf ihre Bedenken bezüglich Datenschutz eingehen und die Fragebögen auf Vollständigkeit durchsehen. Die im Glossar zur Psy-BaDo erwähnte Arzthelferin, die diese Arbeit übernehmen könnte, gibt es nicht, da sie von den derzeitigen Honoraren nicht zu finanzieren ist. Entweder wendet der Therapeut zusätzliche Zeit dafür auf, oder er verlagert die Beschäftigung mit der Psy-BaDo in die Therapiestunden. – Wie verhalten sich die zu erzielenden Erkenntnisse aus der Psy-BaDo zum Zeitaufwand; erscheint durch sie dieser Aufwand gerechtfertigt?

Dokumentation von Informationen als Grundlage der Qualität einer Behandlung

Die meisten der Informationen, die mit der Psy-BaDo erfaßt werden, erhält der Therapeut sowieso bei der Anamnese-Erhebung, und dabei auch gleich im Zusammenhang mit den für die Therapie wichtigen affektiven und sonstigen Bezügen; auch die Erwartung des Patienten an die Therapie (Ziele) wird im Gespräch geklärt. Diagnosen, Problembereiche, Schweregrad der Beeinträchtigung des Patienten durch seine Erkrankung werden mit der Psy-BaDo systematisch erfaßt und beurteilt; es gibt aber z.B. keine Fragen nach Symptomen und deren Bedeutung (auslösende Situation u.ä.). Die ICD-Systematik entspricht nicht dem analytischen Krankheitsverständnis und führt eher zu einer Verfälschung der Diagnose. Die Schein-Objektivität der ICD-Verschlüsselung verbirgt, daß aus analytischer Sicht Diagnosen an die Beziehung zwischen Patient und Therapeut gebunden sind. Bei vielen „Daten“ handelt es sich um subjektive Einschätzungen, auch wenn die Art der Darstellung und Auswertung (Zahlencodes, Einordnung auf Skalen) sie als objektive Daten erscheinen läßt. Von Seiten des Patienten handelt es sich z.T. um Wünsche, bei denen nicht berücksichtigt wird, wie der Therapeut sie einschätzt, z.B. als realistisch oder von neurotischen oder narzißtischen Zielen geprägt.

Die Fragen erfassen also von den für den Therapeuten relevanten Informationen nur begrenzte Ausschnitte, und das in einer Weise, die zum großen Teil nicht dem analytischen

¹ In die Überlegungen ist die Diskussion in der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des AFTAP mit eingeflossen.

Verständnis entspricht. Die Art der Erfassung der Situation des Patienten durch die Psy-BaDo ist offensichtlich weniger dazu geeignet, dem Therapeuten einen Überblick für die Behandlung zu geben, sondern sie dient dazu, Vorher-Nachher-Vergleiche in meßbarer Form anstellen zu können.

Einsatz der Psy-BaDo zur Überprüfung der eigenen Behandlungsergebnisse (interne Kontrolle)

Die systematische, kategorisierte Einschätzung bestimmter Parameter zu Beginn und Ende der Behandlung kann Veränderungen im Zeitraum der Behandlung in meßbarer Form, scheinbar objektiv, erfassen. Das Ergebnis der Behandlung liegt in Einheiten vor, z.B.: Die Zielerreichung für das 1. Therapieziel wird mit 2 (Therapieziel teilweise erreicht) bewertet.

Die Psy-BaDo könnte also folgendermaßen benutzt werden: Am Ende der Behandlung kann der Therapeut sich Rechenschaft über das Ergebnis der Behandlung ablegen: Was und wieviel hat sich verändert? Wenn er eine größere Zahl von Behandlungen mittels der Psy-BaDo dokumentiert hat, erhält er retrospektiv einen Überblick über die Ergebnisse der abgeschlossenen Behandlungen, z.B. zu folgenden Punkten: In welchem Ausmaß wurden die anfangs formulierten Ziele erreicht, Unterschiede zwischen den eigenen Einschätzungen und denen des Patienten. Da analytische Psychotherapien 3 - 4 Jahre dauern, hat er frühestens nach 6 - 8 Jahren Einsatz der Psy-BaDo genügend analytische Fälle erfaßt, um erste Anhaltspunkte zu bekommen. Ein Teil der Psy-BaDo kann für die Praxisstatistik eingesetzt werden, z.B.: Von wem werden Patienten überwiesen? Welche Diagnosen werden behandelt? Aus welchem sozialen Umfeld kommen die Patienten? Bezüglich der eigenen Ergebnisse und der Praxisstatistik kann der Therapeut sich mit Kollegen, z.B. im Qualitätszirkel, vergleichen: Wer hat mehr Einheiten auf den Skalen, wie verhält sich die Dauer der Therapien dazu? Welche Diagnosen überwiegen im Vergleich zu den Kollegen?

Was kann das bringen für die Verbesserung der Qualität der eigenen Behandlungen?

Datenerhebung und Kontrolle führen nicht automatisch zu Qualitätsverbesserung. Von Qualitätssicherungs-Experten wird gefordert, daß Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Qualität führen, eine rechtzeitige Rückkoppelung an den Behandler gewährleisten² und Hinweise auf mögliche Fehler geben sollen, so daß eine Korrektur der Arbeitsweise ermöglicht wird (Selbmann 1994). Das ist bei der Psy-BaDo nur sehr eingeschränkt der Fall. Sie kann nur rückblickend Anhaltspunkte für Mängel geben, und sie gibt kaum Hinweise darauf, was verbesserungswürdig sein könnte. Auf den laufenden Therapieprozeß und dessen Ergebnis hat sie keinen Einfluß.

Beim Vergleich der Psy-BaDo mit einem der bisherigen Verfahren zur Überprüfung der Qualität zeigen sich folgende Unterschiede: Mit der Psy-BaDo wird nur ein kleiner Teil dessen erfaßt, was im Bericht zum Antrag im Gutachterverfahren dargestellt wird; dies allerdings in einer meß- und vergleichbaren Form. Überhaupt nicht erfaßt werden mit der Psy-BaDo grundlegende Aspekte der analytischen Behandlung: Psychodynamik, Übertragung und Gegenübertragung, Prognose (außer rudimentär: Motivation in 3.1, Krankheitsverständnis in 3.2.8). Der Bericht zum Antrag dagegen dokumentiert die Überlegungen des Therapeuten bezüglich Indikation, Verlauf und Prognose (Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, begrenzte Ziele vs. Strukturänderung, usw.). Diese Überlegungen sind nach bisheriger Auffassung wichtige Voraussetzungen für ein gutes Behandlungser-

² Im Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung soll durch regelmäßige Erhebung und Auswertung von Qualitätsindikatoren und durch Vergleich von Ist- und Soll-Zuständen ein „Auffälligkeitssignal“ für problematisch verlaufende Behandlungen erzeugt werden, das zur Diskussion von Indikations- und Therapieüberlegungen führt. Allerdings scheint aufgrund der zeitlichen Abläufe die Rückkoppelung oft erst nach der Entlassung des Patienten zu erfolgen. (Lutz et al. 1996)

gebnis innerhalb eines begrenzten Stundenkontingentes. Das Gutachterverfahren trägt also zur Herstellung und Überprüfung von Prozeß- und Ergebnisqualität bei. Allerdings fehlt ihm die Möglichkeit, zu messen, zu vergleichen und das Ergebnis zu erfassen. Die Psy-BaDo dagegen trägt nicht zur Herstellung einer hohen Prozeßqualität und eines guten Therapieergebnisses der dokumentierten Behandlung bei. Sie erfaßt Daten, anhand derer man nach Ablauf der Therapie Aussagen über das Ergebnis machen kann, sie dient also nur der nachträglichen Überprüfung von Ergebnisqualität.

Einsatz der Psy-BaDo für die berufsgruppen-interne und externe Überprüfung von Therapeuten

Die Psy-BaDo ermöglicht, Daten zu sammeln, um Durchschnitts- und Referenzwerte zu bilden, mit denen dann die Ergebnisse der einzelnen Therapeuten verglichen werden können. Das wäre eine Form der Qualitätssicherung, die relativ grobe Hinweise gibt, z.B. auf Abweichungen vom Durchschnitt der Therapiedauer oder der Zielerreichung. Die abstrakte Vorstellung des Qualitätssicherungs-Konzeptes, daß dadurch der Therapeut aufgefordert wird, nach Schwachstellen in seiner Arbeitsweise zu suchen, müßte für den Bereich der ambulanten Psychotherapie weiter differenziert und konkretisiert werden. (Als mögliche „Schwachstelle“ könnte sich ergeben: Der Therapeut nimmt viele schwierige Patienten in Therapie.) In der Literatur zur Qualitätssicherung und zur Psy-BaDo wird bisher nicht diskutiert, wie nach Vorstellung der Autoren der Psy-BaDo im Einzelnen die Umsetzung dieser Vergleiche in Verbesserungen von Therapien münden soll, und wie insgesamt das ganze Verfahren aussehen könnte, obwohl schwer vorstellbar ist, daß Wissenschaftler ein Instrument entwickeln, ohne zu wissen, wie sie es einsetzen wollen.³

Es bleibt also vorerst nur der Weg, aus der Systematik der Psy-BaDo und aus dem Einsatz von Dokumentation im stationären Bereich Vorstellungen für eine mögliche Nutzung abzuleiten.

Laut Definition findet interne Qualitätssicherung innerhalb der Berufsgruppe, selbstverantwortlich organisiert statt. Man unterscheidet auch zwischen interner, berufsgruppen-interner und externer Überprüfung. Eine bisher angewandte Methode der Qualitätsüberprüfung, das Gutachterverfahren, findet als berufsgruppen-interne Überprüfung statt, zieht aber externe Konsequenzen nach sich, nämlich die Empfehlung oder Ablehnung der Kostenzusage. Die Teilnahme an einem Qualitätszirkel, der von einem Moderator geleitet wird, der die Gruppe zusammenstellt und das Konzept vorgibt, z.B. Vergleich mittels der Psy-BaDo (so die Proklamation einer Diskussionsteilnehmerin auf der DGPM-Tagung 1997), wäre zwar berufsgruppen-intern, könnte aber von den Gruppenmitgliedern als externe Kontrolle erlebt werden. Das könnte zur Folge haben, daß die Offenheit und damit der Gewinn für die Behandlungen geringer wäre, als in einer herkömmlichen Interventionsgruppe, in der die Teilnehmer über die Zusammensetzung der Gruppe und die Arbeitsweise gleichberechtigt mitbestimmen.

Angesichts der Tendenz zu verstärkter Kontrolle durch Kostenträger, der Selbstverständlichkeit von externer Kontrolle im stationären Bereich und der Konzeption der Psy-BaDo ist die Frage berechtigt, in welcher Form die Psy-BaDo zur externen Kontrolle eingesetzt werden könnte, auch wenn zumindest eine Kontrolle durch Kostenträger von den Autoren nicht beabsichtigt ist.

Eine Idee, wie externe Kontrolle aussehen kann, bekommt man aus der Beschreibung durch Grawe und Braun (1994) von Verfahren, wie sie in den USA in ähnlicher Form von Krankenversicherungen bereits durchgeführt werden: Unter Verwendung von Normdaten berechnen Computerprogramme aus den Angaben des Patienten Prozeßfigurationen für

³ Es wäre interessant, zu erfahren, wie sich die den Kliniken gesetzlich auferlegten Vergleiche auswirken: Werden ihre Behandlungen dadurch besser? Welche anderen Auswirkungen haben diese Vergleiche noch? - Nach den bisherigen Erfahrungen im stationären und Reha-Bereich geht es allerdings nicht in erster Linie um die Qualität der Behandlungen, sondern um Kostensenken durch Verkürzen der Behandlungsdauer.

die Therapie. Zu jedem Zeitpunkt der Therapie kann sich der Therapeut per Knopfdruck ein Bild des Therapieverlauf ausdrucken lassen; einzelne Therapeuten können vor dem Hintergrund von Referenzgruppen anderer Therapeuten abgebildet werden. Für den ambulanten Bereich "wäre zu überlegen, ob nicht mit Hilfe der Krankenkassen, die ja ihrerseits ein Interesse an einer solchen Art der Qualitätskontrolle haben, unabhängige Evaluationsstellen eingerichtet werden sollten, die ... die psychotherapeutische Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik übernehmen und dem Therapeuten regelmäßig die Ergebnisse übermitteln. ... Für die Krankenkassen wäre dies ... wohlinvestiertes Geld, denn vor allem bei einer unabhängigen Qualitätskontrolle würde schnell erkennbar, welche Therapeuten oder therapeutischen Institutionen regelmäßig unterdurchschnittliche Behandlungsergebnisse erzielen mit sehr kostenträchtigen Folgen für die Krankenkassen." (Grawe, Braun 1994, S. 245; dazu auch: Kaiser 1993, v. Heydewolff 1995)

Für Verlaufsüberprüfungen ist die Psy-BaDo nicht geeignet; sie ermöglicht nur nachträgliche Überprüfungen. Die nachträgliche Überprüfung einer Therapie von außen kann den Zweck haben, im Sinne einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Behandlung zu bestätigen (z.B. Indikation, Dauer, wie bisher im Gutachterverfahren vor Beginn der Behandlung); das wäre auf jeden Fall externe Kontrolle. Oder sie kann den Zweck haben, die Arbeit des Therapeuten zu bewerten, durch Auswertung seiner Dokumentationen und durch Vergleich mit den Ergebnissen seiner Kollegen. Ob dies als externe oder interne Überprüfung zu verstehen ist, hängt davon ab, von wem und wie sie vorgenommen wird. Wenn es nicht die Krankenkasse ist, sondern ein unabhängiges Institut, das dem Therapeuten rückmeldet, wie er im Vergleich zu seinen Kollegen liegt, was geschieht dann damit? Steht dieses Ergebnis allein dem Therapeuten zur Verfügung und steht ihm frei, welche Konsequenzen er daraus zieht? Das wäre interne Kontrolle. Oder wird er von einem Gremium aufgefordert, die Qualität seiner Arbeit zu verbessern, wie dies bei den gesetzlich vorgeschriebenen Krankenhaus-Vergleichen (Cording 1997) der Fall ist? Das wäre eher externe Kontrolle, auch wenn es von Mitgliedern der eigenen Berufsgruppe käme.

Unabhängig davon, wie nun diese Vergleiche stattfinden sollen, stellt sich eine weitere Frage:

Lassen sich aus den Ergebnissen der Psy-BaDo Rückschlüsse auf die Qualität oder Wirtschaftlichkeit der Arbeit des einzelnen Therapeuten ziehen?

Was sagt eigentlich die Feststellung einer Veränderung im Befinden des Patienten (Ergebnisqualität) über die Qualität der Behandlung (Prozeßqualität) aus? Lediglich aus Ergebnissen auf den Prozeß zu schließen, entspricht weder dem analytischen Verständnis, noch den Ansprüchen von empirisch-naturwissenschaftlicher Methodik (Rudolf 1996, S. 131). Die erhobenen Daten lassen kaum Rückschlüsse darauf zu, ob bei einer Behandlung ein besseres Ergebnis zu erzielen gewesen wäre, das aber wegen mangelhafter Qualität der therapeutischen Arbeit nicht erreicht wurde. Ob eine erfolgreiche Entwicklung des Patienten ein Behandlungsergebnis ist, d.h. durch die Therapie bewirkt, oder durch andere Umstände, kann ebenfalls mit der Psy-BaDo nicht beurteilt werden. Genausowenig läßt sich mit ihr erfassen, ob das gleiche Ergebnis in kürzerer Zeit zu erreichen gewesen wäre. Auch der Aspekt der Kundenzufriedenheit ist nur eingeschränkt aussagekräftig für die Qualität der Therapie, da die bewußte und unbewußte Determinierung der Ziele des Patienten nicht erfaßt werden kann. Die Ergebnisse verschiedener Therapeuten sind nur begrenzt vergleichbar, da keine Interrater-Reliabilität besteht, und da es sich um unterschiedliche Patientenpopulationen handeln kann (die erhobenen Einschätzungen lassen auch darauf keine klaren Rückschlüsse zu).

Die Systematik der Psy-BaDo legt nahe, die Wirtschaftlichkeit von Behandlungen zu „errechnen“ aus der eingesetzten „Therapie-Dosis“ (Frage 5.10 der Psy-BaDo) bezogen auf das damit erreichte Ergebnis, das sich in Einheiten darstellen läßt. Hier gelten die gleichen Einwände, wie für die Beurteilung der Qualität.

Um auf die Frage nach der Effizienz der Psy-BaDo zurückzukommen: Für die angestrebten Referenzdaten und Vergleiche müssen große Datenmengen gesammelt und ausgewertet werden. Damit dieser Aufwand sowohl der Therapeuten, als auch der Auswerter sich lohnt, müßten schon sehr große Qualitätssprünge und Kosteneinsparungen daraus resultieren. Aus der Psy-BaDo wären jedoch Aussagen über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arbeit eines Therapeuten nur bei ganz groben Auffälligkeiten ableitbar, z.B. wenn Therapieabbrüche sehr häufig wären, wenn es regelmäßig große Diskrepanzen zwischen den Einschätzungen von Therapeut und Patient oder regelmäßig wenig Veränderungen im Befinden des Patienten gäbe. Wenn das dem Therapeuten nicht ohne Psy-BaDo auffällt, dann hilft vermutlich auch die Psy-BaDo nicht mehr. Daher ist fraglich, ob für den Einsatz im Praxisalltag, bei all den hinzukommenden inhaltlichen Problemen, eine derart aufwendige Dokumentation sinnvoll und notwendig ist.

Die Psy-BaDo als Instrument der Forschung

Die Psy-BaDo ist hauptsächlich dazu geeignet, Daten zu sammeln, deren Auswertung einen Überblick geben kann z.B. über Versorgungsstrukturen, über den sozialen Hintergrund von Psychotherapiepatienten, über die Dauer von Therapien und die Verteilung von Lang- und Kurzzeitverfahren. Einzelne Daten können zueinander in Bezug gesetzt werden, z.B.: Steht die Dauer der Therapie mit der Diagnose, mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung oder mit der sozialen Situation des Patienten in Korrelation? Da die Psy-BaDo methoden-übergreifend konzipiert ist, soll sie wohl auch eingesetzt werden, um die verschiedenen Psychotherapie-Methoden zu vergleichen. Die Psy-BaDo ist entgegen ihrer Ankündigung eher ein Instrument für die Psychotherapieforschung, für die Beforschung der psychotherapeutischen Versorgung und für die Qualitätsforschung (Badura, Strodt-holz 98), und weniger ein Instrument der individuellen Qualitätssicherung in der Praxis.

Diesem Problem begegnet man ständig bei der Auseinandersetzung mit Qualitätssicherung: Es wird meist nicht unterschieden zwischen Forschung und Maßnahmen des einzelnen Therapeuten zur Verbesserung der Qualität seiner Arbeit.⁴ Fragen wie z.B. Welche Methode ist effizienter? Welches therapeutische Vorgehen ist bei einer bestimmten Problematik oder Therapeut-Patienten-Interaktion sinnvoll? Was macht gute Prozeßqualität aus? – können nicht durch Überprüfung der einzelnen Therapeuten oder durch globale Datensammlung beantwortet werden, sondern das sind Fragen für gezielte wissenschaftliche Untersuchungen, innerhalb derer die Psy-BaDo dann ihren Platz haben könnte. Die Beantwortung solcher Fragen wäre die Voraussetzung für Qualitätssicherung, denn wie will man z.B. therapeutische Fehler feststellen, wenn nicht geklärt ist, durch welche Kriterien gute therapeutische Arbeit gekennzeichnet ist, und wie man sie erfaßt (Kriz 1996).

Wenn zwischen Forschung und individueller Qualitätssicherung deutlicher unterschieden würde, und die jeweiligen Ziele und die Durchführung klarer wäre, könnten niedergelassene analytische Psychotherapeuten sicher für die Beteiligung an sinnvollen Forschungsprojekten gewonnen werden. Scheidt und Wirsching (1995) konstatieren in ihrer Untersuchung mit niedergelassenen Psychotherapeuten eine hohe Motivation der Niedergelassenen, ihre klinischen Beobachtungen und die Ergebnisse der eigenen Behandlungen zu überprüfen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, sie hat nicht den Charakter einer Kontrolle, und sie bringt den beteiligten Psychotherapeuten einen Erkenntnisgewinn für ihre Behandlungen, da auch versucht wird, die therapeutische Beziehung und das Verlaufsgeschehen zu beurteilen. Als problematisch wird allerdings gesehen, „daß die zur Verfügung stehenden psychometrischen Instrumente für die Belange einer differenzierten Ergebnisbeurteilung im Einzelfall nicht optimal geeignet sind oder daß so aufwendige Er-

⁴ Eine eher beiläufige Bemerkung in der Arbeit von Rudolf, Laszig (1997), nachdem die umfangreiche klinikinterne Dokumentation im Dienste von Forschung und v.a. von Qualitätssicherung dargestellt wurde: „Eine fallbezogene Qualitätssicherung erfolgt in der Institution weniger über die Rückmeldung der Daten, sondern über ... die Teambesprechungen, in denen die therapeutische Entwicklung der einzelnen Patienten diskutiert und das therapeutische Vorgehen auf ihre Situation abgestimmt wird.“ Die Ergebnisse der Dokumentation werden eher für die allgemeine Strategie der Klinik genutzt. (S. 153)

hebungen erforderlich sind, daß diese unter Alltagsbedingungen aus praktischen Gründen nur schwer durchführbar sind.“ (Scheidt, Wirsching 1995, S. 5)

Der grundsätzlichen Frage, welche Forschungssettings der analytischen Psychotherapie adäquat sind, kann hier nicht weiter nachgegangen werden.

Einsatz der Psy-BaDo im Bereich der analytischen Psychotherapie

Die gesetzlichen Anforderungen an Qualitätssicherung sind allgemein formuliert. Ihre Konkretisierung und Umsetzung ist Aufgabe u.a. der ärztlichen Körperschaften und Berufsverbände. Psychotherapeuten können entweder Definitionen und Konzepte aus anderen Bereichen übernehmen, oder aber selbst definieren, was die Begriffe Qualität und Qualitätssicherung für ihrem Bereich bedeuten. Sie könnten die Spielräume ausschöpfen, innerhalb derer man Qualitätssicherungs-Maßnahmen entwickeln kann, die von Gesetzgeber und Kostenträgern akzeptiert werden, solange grundsätzlich die Bereitschaft besteht, Psychotherapie zu bezahlen. Im Moment scheint aber selbstverständlich zu sein, daß Qualitätssicherung für Psychotherapie sich den Konzepten anpassen muß, die eigentlich für andere Bereiche entwickelt wurden. Die Beurteilung des Therapieergebnisses durch den Patienten am Ende eines langwierigen, emotional bewegenden Prozesses wird unter dem banalen Konzept der „Kundenzufriedenheit“ gefaßt. Intervention sollen sich dem Modell der Qualitätszirkel anpassen: wenn keine Protokolle mit verallgemeinernden Empfehlungen als Ergebnis produziert werden, sondern „nur“ die jeweils besprochene Behandlung verbessert wird, wird dies nicht als ein Beitrag zur Qualitätssicherung angesehen, sondern als das Privatvergnügen der Therapeuten.

Erfaßt das derzeit angestrebte Qualitätssicherungs-Konzept die spezifische Qualität der psychoanalytischen Arbeit?

Die Psy-BaDo als eine der Haupt-Komponenten von Qualitätssicherung erfragt gezielt nur Daten, die methodenübergreifend verglichen werden können; spezifisch analytische Inhalte können höchstens in der Formulierung der Behandlungsziele zum Ausdruck kommen. Wesentliche Merkmale von Psychoanalyse, z.B. daß Psychoanalyse ein Beziehungsgeschehen ist, können mit der Psy-BaDo nicht dargestellt und untersucht werden.

Am Beispiel der Behandlungs-Ziele in der Psy-BaDo läßt sich zeigen, wie problematisch es ist, methoden-unspezifisch die Qualität der Durchführung einer bestimmten Methode erfassen zu wollen.

Patient und Therapeut sollen fünf „möglichst konkret“ (Psy-BaDo) formulierte Behandlungsziele nennen, mit jeweils drei Kriterien, anhand derer sie am Ende feststellen können, in welchem Ausmaß das Ziel erreicht wurde. Wenn schon die Ziele konkret sein sollen, dann vermutlich erst recht die Kriterien; es scheint dabei also eher um beobachtbare Verhaltensweisen (z.B. Gehaltserhöhung fordern) und Symptomveränderungen zu gehen, als um innerseelische Prozesse und Entwicklungen (z.B. mehr Spannungstoleranz, verbesserte Selbstwahrnehmung).

Für Kurztherapien mit der stärkeren Notwendigkeit von Begrenzung und Fokussierung kann die Formulierung von ganz konkreten Behandlungszielen sinnvoll sein. Auch zu Beginn einer analytischen Therapie haben Patient und Therapeut natürlich Ziele, aber oft sind diese Ziele eher allgemein oder sie verändern sich im Verlauf der Therapie. Den meisten Niedergelassenen fallen vermutlich auf Antrieb Patienten ein, bei denen sie es am Beginn einer analytischen Psychotherapie nicht für sinnvoll oder sogar für kontraindiziert gehalten hätten, den Patienten konkrete Behandlungsziele formulieren zu lassen. Aufgabe von analytischer Psychotherapie ist das Bewußtmachen der hinter den problematischen Verhaltensweisen oder Symptomen liegenden unbewußten Konflikte. Welche konkreten Verhaltensänderungen daraus resultieren, hängt von den Lösungswegen ab, die

der Patient für diese Konflikte findet. Der Sinn von analytischer Therapie ist es gerade, sich auf Unbekanntes einzulassen, und auf einen Prozeß, der nicht vom Bewußten gesteuert wird. Die schriftliche Formulierung von Zielen zu dem ausdrücklichen Zweck, am Ende das Ausmaß der Zielerreichung zu überprüfen, sowie die Vorgabe von konkreten Beispielen, wie die Veränderungen aussehen sollen, bedeutet eine ganz andere Schwerpunktsetzung.

Der Schwerpunkt wird noch weiter verändert dadurch, daß es bei der Zielbestimmung nicht nur um die individuelle Neugier von Therapeut und Patient (Was habe ich erreicht?) und die Beurteilung der gemeinsamen Arbeit innerhalb ihrer Beziehung geht. Die Dokumentation von Zielen als regelmäßige Qualitätssicherungs-Maßnahme ist auch nicht zu vergleichen mit Fragebögen im Rahmen eines Forschungsprojektes, das von Freiwilligkeit und Anonymität geprägt ist. Sie dient nicht dem personen-unabhängigen Gewinnen von Erkenntnissen, sondern mit ihr soll die Arbeit des Therapeuten bewertet werden, und das wird der Therapeut weder vor sich selbst, noch vor den Patienten verbergen können.

Gibt es verändernde Einflüsse dieses Konzeptes auf analytische Psychotherapie?

Der Einsatz von Qualitätssicherungs-Instrumenten, die sich an einem positivistischen Wissenschaftsparadigma orientieren, wird die analytische Psychotherapie, die sich nicht auf dieses Paradigma bezieht, möglicherweise auf Dauer inhaltlich verändern. Ob das zu Verbesserungen oder Verschlechterungen führt, müßte von Analytikern anhand ihrer eigenen Qualitätskriterien inhaltlich untersucht werden. An einigen Beispielen wird deutlich, daß dies im Wesentlichen ungeklärt ist:

In der Literatur zur Psy-BaDo fehlt weitgehend die Auseinandersetzung damit, daß ihr Einsatz in der ambulanten analytischen Psychotherapie eine Änderung des Settings ist, die Auswirkungen auf die Übertragung und die therapeutische Beziehung haben kann.⁵ Um die Psy-BaDo-Ergebnisse von verschiedenen Therapeuten überhaupt vergleichen zu können, müßte eine Vereinheitlichung der Therapeuten bezüglich ihrer Einschätzung von Patienten und deren Problemen stattfinden. Diese Tendenz zur Vereinheitlichung zeichnet sich auch ab in der Vorgabe von Therapiezielen (Goal Attainment Scaling), in der für den Reha-Bereich entwickelten Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) und in der Entwicklung von Leitlinien für Krankheitsbilder und therapeutische Verfahren. Das führt zu der bekannten Diskussion darüber, ob eine Vereinheitlichung der Therapeuten und ihrer Vielzahl von Perspektiven tatsächlich für die Behandlungen gut ist, oder ob sie eher einer ganz bestimmten Art von Beforschung der Behandlungen dient, und ob nicht gerade die Zurichtung von individuellen Prozessen auf Vergleichbarkeit deren Qualität zerstört. (Buchholz 1997; Talley, Strupp, Butler 1994; Pritz 1996)

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Unbewußten gilt bisher als eine wesentliche Voraussetzung für qualitativ gute analytische Arbeit, weil die Psyche des Therapeuten das Instrument ist, mit dem er arbeitet. Wie wird sich der Stellenwert der Eigenanalyse in Zukunft verändern, wenn sie für die offizielle Qualitätssicherung nicht zählt, weil sie nicht meßbar ist? Wie wird sich der Umgang des Therapeuten mit sich selbst und seinen Patienten verändern, wenn er darauf ausgerichtet ist, sich und die therapeutische Beziehung mittels computergestützter Auswertungen zu überprüfen? (v. Heydwohlf 1995)

Um unerwünschte verändernde Einflüsse von Qualitätssicherung auf analytische Psychotherapie gering zu halten, müßten diese Einflüsse zunächst einmal gesehen und reflektiert, und nicht verleugnet und bagatellisiert werden. Bei Diskussionen mit Qualitätssicherungs-Experten entsteht jedoch häufig der Eindruck: Wer versucht, diese Einflüsse über-

⁵ In manchen klinischen Untersuchungen wird dieser Aspekt zumindest teilweise bedacht: Auf die Fragebögen der Klinikdokumentation wird nicht der Name des Patienten, sondern eine Identifikationsziffer eingetragen. Das hat u.a. eine „interaktionelle Bedeutung, da verhindert werden soll, daß die Patienten die Fragebögen als Kommunikations- und Kontrollinstrumente zwischen sich und den behandelnden Therapeuten wahrnehmen.“ (Rudolf, Laszig 1997, S. 150)

haupt nur zu problematisieren, gerät sofort in den Verdacht, er wehre sich gegen Überprüfung und Verbesserung von Qualität, oder er wolle sich weltfremd einem gesetzlichen Auftrag entziehen.

Wo könnte ein Qualitätssicherungs-Konzept ansetzen, das der analytischen Methode gerecht wird?

In der Qualitätssicherungs-Debatte fehlen bisher weitgehend Überlegungen, wie die spezifische Qualität von analytischer Psychotherapie überprüft werden kann. Auch Überlegungen, welchen Stellenwert die bisher schon vorhandenen Verfahren zur Qualitätsverbesserung im Konzept der Qualitätssicherung haben könnten, sind nicht sehr weit gediehen. Dies kann am Beispiel der kollegialen Intervision deutlich gemacht werden.

Intervisionsgruppen werden als Qualitätszirkel anerkannt, wenn sie sich bestimmten Modifikationen unterwerfen: Leitung durch einen Moderator, der (in Nordrhein) in Moderatortrainings nach Methoden wie NLP und Transaktionsanalyse ausgebildet wird; Erstellung von Protokollen, die computergestützt ausgewertet werden sollen. Die Wirkung der Intervision wird entsprechend dem Konzept der Qualitätszirkel darin gesehen, daß Empfehlungen entwickelt und anschließend überprüft werden; ihre Bedeutung beschränkt sich auf die Sicherung der Prozeßqualität und, soweit die Empfehlungen und Ergebnisse evaluiert werden, auf Überprüfung (nicht: Herstellung) von Ergebnisqualität.

Man könnte aber auch Intervision vertreten als eine viel umfassendere Erfüllung der Erfordernisse von Qualitätssicherung: Die regelmäßige Teilnahme an einer Intervisionsgruppe entspricht der Installation eines Systems, in dem „Fehler“ auffallen, die dann im laufenden Prozeß behoben werden können; dadurch trägt sie entscheidend nicht nur zur Herstellung der Prozeßqualität, sondern auch von Ergebnisqualität bei. Für die darüber hinaus geforderte Herstellung von Transparenz könnten andere Mittel entwickelt werden, als die bisher vorgesehene Art von Dokumentation. Das System, in dem Fehler auffallen, besteht in anderen Bereichen der Medizin in Dokumentation und Vergleichen. In der ambulanten Psychotherapie würde Dokumentation nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand zu geeigneten „Auffälligkeitssignalen“ für die jeweilige Behandlung führen.

Insgesamt müssen geeignete Dokumentationsformen für den Alltag in der Praxis erst noch entwickelt werden, wobei zu klären ist, welche erfüllbaren Ziele aus der Perspektive der analytischen Psychotherapie eine solche Dokumentation haben könnte. Das grundlegende Dilemma wird bestehen bleiben, daß analytische Psychotherapie ein komplexer, individueller Vorgang ist, dessen Qualität nur begrenzt zu standardisieren und zu überprüfen sein wird.

Resüme

Natürlich ist es wünschenswert, daß niedergelassene Psychotherapeuten die Qualität ihrer Arbeit verbessern, und daß auch die Arbeit zwischen Patienten und Therapeuten im manchmal isolierten Setting einer Praxis transparenter wird. Aber nicht Fachleute haben die Notwendigkeit dazu und die geeigneten Verfahren dafür frei bestimmt, so daß jetzt Qualitätssicherung als willkommene, freiwillige Verbesserungsmöglichkeit zur Verfügung stünde. Bei Qualitätssicherung handelt es sich um die von außen vorgegebene Einführung eines psychotherapie-fremden Systems, das jetzt relativ unmodifiziert umgesetzt werden soll, und für das geworben wird mit den Argumenten: Wenn die Psychotherapeuten selbst ein System der Qualitätssicherung entwickeln, schützt sie das vor kontrollierenden Übergriffen der Krankenkassen. Und: In Zukunft werden qualitätsgesicherte Therapien besser bezahlt, als nicht gesicherte Therapien. Dazu paßt, daß in der Argumentation der Aspekt der Überprüfung von Qualität im Vordergrund steht, während der Beitrag, den bestimmte Verfahren direkt zur Herstellung und Verbesserung von Qualität leisten, oft ausgeblendet wird.

Anhand der Psy-BaDo als einer der Haupt-Komponenten eines quantifizierenden Systems der Qualitätsüberprüfung wurde versucht, zu zeigen, wie problematisch der angestrebte Weg werden könnte. Die Folgen ihres Einsatzes in der ambulanten Psychotherapie sind bisher nicht absehbar und nicht ausreichend diskutiert, sowohl was den Aspekt der zunehmenden Kontrolle angeht, als auch die Auswirkungen auf das analytische Setting und die analytische Haltung. Durch mehr Kontrolle wird sicher eine Anzahl von „Schwachstellen“ ausfindig gemacht und als „Schatz“ gehoben (Selbmann 1994), aber um den Preis, daß wesentliche andere Qualitätsaspekte vernachlässigt oder gar ausgeschaltet werden.

Hohe Qualität entsteht durch das, was Psychotherapeuten auf der Basis einer fundierten Ausbildung aus eigenem Interesse tun, was ihnen die Freude an der Arbeit erhält, und was dazu beiträgt, die eigenen Werte auszubilden: Fortbildung, kollegialer Austausch, Entwicklung einer sicheren Identität in der Art, wie man arbeitet, u.s.w. Die zunehmende Bürokratisierung, äußere Kontrolle und Vereinheitlichung wirkt dem eher entgegen, und es ist fraglich, ob die dadurch erreichbaren Verbesserungen das aufwiegen.

Die entscheidende Alternative hat wohl doch einen anderen Schwerpunkt, als es das bisherige Qualitätssicherungs-Konzept vorgibt: Gelingt es den Psychotherapeuten, deutlich zu machen, worin die (methoden-) spezifische Qualität ihrer Arbeit besteht, und wie dementsprechend Qualitätssicherungs-Maßnahmen für sie beschaffen sein müssen, - oder unterziehen sie sich Maßnahmen, die das Ergebnis ihrer Arbeit auf ein meß- und vergleichbares Mehr oder Weniger reduzieren? Dies würde schließlich den Kostenträgern die Basis liefern, diese reduzierten Ergebnisse einfach nur noch in mehr oder weniger Geld umzurechnen. Außerdem sollte zwischen Qualitätssicherung des Einzelnen und Forschung deutlich unterschieden werden, um Anspruch und Ausmaß von Qualitätssicherungs-Maßnahmen in einem vertretbaren Rahmen zu halten. ⁶

Es ist mehr Diskussion in den Fachgesellschaften nötig, die möglicherweise zu einem Weg führen kann, wie die bisher als aufgezwungen und fremd erlebten "Instrumente" so gestaltet werden, daß sie zumindest bis zu einem gewissen Grad zu etwas Eigenem gemacht werden können. Statt das den Wissenschaftlern zu überlassen, die ihre eigenen Perspektiven und Interessen haben, sollten sich die niedergelassenen analytischen Psychotherapeuten aktiv daran beteiligen.

⁶ „QS ist primär nicht Forschung, sondern Teil der vertraglichen Regelung der therapeutischen Tätigkeit. D.h. insbesondere, daß nicht die Erkenntnisinteressen von Wissenschaftlern die Fragestellungen und das methodische Vorgehen bestimmen, sondern daß die konkreten – und dazu gehören (u.a.) berechtigterweise auch die wirtschaftlichen – Interessen der beteiligten Parteien im Mittelpunkt stehen.“ (Kordy 1992, S. 312)

Literatur

- Badura B, Strodtholz P (1998) Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwarz F W, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg): Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg
- Bell K, Janssen P, Meermann R, Senf W, Wirsching M, Scheidt C (1996) Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. *Psychotherapeut* 41: 250-253
- Buchholz M B (1997) Psychoanalytische Professionalität. Andere Anmerkungen zu Grawes Herausforderung. *Forum Psychoanal* 13: 75-93
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (1995) Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Berlin
- Cording C (1997) Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. In: Berger M, Gaebel W (Hrsg): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg
- Donabedian A (1978) The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. *Science* 1978: 856-864
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychol* 23: 242-267
- Heydwoolf A von (1995) Positivismus für die Normseele. *Psychotherapie Forum* 3: 174-177
- Kaiser E (1993) Quantitative Psychotherapieforschung - modernes Paradigma oder Potemkinsches Dorf. *Forum Psychoanal*: 348-366
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Z Psychosom Med* 38: 310-324
- Kriz J (1996) Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 4: 163-168
- Leimkühler A M (1996) Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache. *Nervenarzt* 67: 765 - 773
- Lutz W, Stammer H, Leeb B, Dötsch M, Bölle M, Kordy H (1996) Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 41: 25-35
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, v. d. Schulenburg J-M, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg
- Piechotta B, Karger A (1996) C³I [Command, Control, Communications and Intelligence]. Überlegungen zur Qualitätssicherung in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanal*: 356-362
- Piechotta B, Karger A (1998) "Man achte immer auf Qualität. Ein Sarg zum Beispiel muß für 's Leben halten" (Tucholsky) - Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie und im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattsschriften* 5: 115-127
- Pritz A (Hrsg) (1996) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien New York
- Rudolf G (1996) Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum* 4: 124-134
- Rudolf G, Laszig P (1997) Dokumentation im Dienste von klinischer Forschung und Qualitätssicherung. *Psychotherapeut* 42: 145-155
- Scheidt C E, Wirsching M (1995) Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie - erste Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Freiburg 1995
- Selbmann H-K (1994) „Jede Schwachstelle ist ein Schatz, den man heben muß“. *Rheinisches Ärzteblatt* 8/48: 15-19
- Talley P F, Strupp H H, Butler S F (Hrsg) (1994) *Psychotherapy Research and Practice*. Basic Books, New York