

Qualitätsmanagement für Psychoanalytiker Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos?

Beatrice Piechotta

Zusammenfassung:

Ausgehend von aktuellen Qualitätsproblemen und offenen Fragen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung wird ein Konzept für Qualitätsmanagement und Zertifizierung für Psychoanalytiker dargestellt und begründet, das auf der Basis von professionellen Qualitätsmanagement-Modellen (DIN ISO 9000 ff., EFQM) entwickelt wurde.

Summary:

The article discusses current problems with the quality of psychotherapeutical services. Based on professional quality-management models (ISO 9000, EFQM) a concept of quality management and certification for psychoanalysts is proposed.

"Zunächst gab es ein paar Amöben. Einige mutierte Amöben paßten sich besser der Umgebung an und wurden zu Affen. Dann kam das Total Quality Management." (Scott Adams, 1999)

Aktuelle Situation in der ambulanten Psychotherapie

Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität

In der ambulanten Psychotherapie existieren seit ihrer Zulassung als Kassenleistung umfangreiche Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität, sowohl was die Verfahren als solche, als auch was die Qualität der einzelnen Leistungserbringer und der einzelnen Leistungen angeht. Die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der analytisch begründeten Verfahren wurde in vielen Untersuchungen in der Praxis untersucht und belegt (Dührssen/Jorswieck 1965, Sandell 1997, Leuzinger-Bohleber/Stuhr 1997, Keller et al. 2001, Heinzl et al. 2001). Psychotherapie-Richtlinien und Gutachterverfahren sorgen dafür, daß wesentliche Aspekte der Prozeßqualität (Indikation, Konzeptualisierung der Therapie, Verlauf) jeder einzelnen Behandlung überprüft werden. Durch die aufwendige Ausbildung inklusive der Selbsterfahrung werden gerade bei analytischen Psychotherapeuten die personalen Kompetenzen zur Gestaltung therapeutischer Strukturen und Prozesse als therapeutische Schlüsselqualifikation auf sehr hohem professionellen Niveau begründet. Die von der KBV 1993 eingeführten Qualitätszirkel als wesentliche Maßnahme zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität werden von Psychotherapeuten in überproportional großem Umfang genutzt, da sie an die Arbeitskultur der Selbstreflexion durch Supervision und kollegiale Intervision anschließen, die die Psychotherapeuten bereits vor der Einführung der Qualitätszirkel entwickelt hatten. Es liegen also in der ambulanten Psychotherapie fortgeschrittene interne und externe Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der Struktur- und Prozeßqualität vor, die geeignet sind, eine möglichst hohe Ergebnisqualität zu erzielen, und die z.T. das in anderen medizinischen Bereichen übliche weit übertreffen. Trotzdem gibt es sowohl inhaltlich, als auch was organisatorische und Versorgungsabläufe betrifft, durchaus Verbesserungspotential, und vor allem gibt es einen erheblichen Bedarf, Methoden zu entwickeln, mit denen die Qualität auf angemessene Weise nach außen transparent und nachweisbar gemacht werden kann.

Im Sozialgesetzbuch V § 135 a wird relativ allgemein gefordert:

- Die medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- Praxen sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern.

Die 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat 1999 die gesetzliche Forderung konkretisiert und folgende Ziele für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens formuliert:

- Patientenorientierung (Verpflichtung zur Patientenbefragung)
- Orientierung an anerkannten Leitlinien
- Qualität darlegen (Qualitätsberichte von allen Einrichtungen ab 1.1.2003)
- Qualitätsindikatoren entwickeln (Ergebnisorientierung)
- Qualitätsmanagement bis 1.1.2005 für alle Einrichtungen einführen
- Sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement
- Qualitätsorientierte Steuerung (ab 2008 Versorgungsverträge an Qualitätskriterien koppeln)

Auch die aktuellen politischen Überlegungen zeigen: Insgesamt soll die Qualität (unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten) in weit stärkerem Ausmaß als bisher nachgewiesen werden, durch Systematisieren der Behandlungsprozesse und deren Überprüfung, Ausrichtung an wissenschaftlichen Nachweisen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Darlegen der Ergebnisse und Einbeziehen der Patienten in die Ergebnisbeurteilung. Es werden also in der ambulanten Psychotherapie zusätzliche Aktivitäten erforderlich, die die bisherigen ergänzen und integrieren müssen.

Qualitäts-Probleme und offene Fragen in der psychotherapeutischen Versorgung

Für den Bereich der ambulanten Versorgung von psychogen Erkrankten werden in Sachverständigengutachten, von Seiten der Kostenträger und von den Psychotherapeuten selbst eine Vielzahl von unterschiedlichen Qualitätsproblemen und offenen Fragen genannt:

- Ein hoher Anteil von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wird rein organmedizinisch und damit nicht adäquat behandelt.
- Die Notwendigkeit eines Teils der stationären psychotherapeutischen Behandlungen wird in Zweifel gezogen, die z.B. als Krisenintervention wegen mangelnder ambulanter Therapiemöglichkeiten veranlaßt werden.
- Die Indikation, Differential-Indikation und Wirtschaftlichkeit bei ambulanten Therapien wird in Frage gestellt: nicht indizierte Therapien bei Befindlichkeitsstörungen, Einsatz von ungeeigneten Verfahren, unnötig lange Therapien.
- Es wird eine Anbieterorientierung statt Bedarfs- und Patientenorientierung bemängelt.
- Mangelndes Wissen über die Wirksamkeit der durchgeführten Therapien wird beklagt.
- Das Thema sexuelle und andere Formen von Mißbrauch in der Therapie wird immer wieder in der Öffentlichkeit diskutiert, ohne daß außer strafrechtlichen Bestimmungen bisher gezielte qualitätsverbessernde Maßnahmen entwickelt wurden.
- Externe Evidence (EbM, Leitlinien) wird bisher nur in geringem Umfang einbezogen.
- Die Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist mangelhaft, z.B. was die Rückmeldungen an überweisende Ärzte angeht.
- Es besteht eine Unterversorgung, auch in den „überversorgten“ Gebieten: Lange Wartezeiten, schlechte Erreichbarkeit der Therapeuten, kein ausreichendes Angebot für bestimmte Krankheitsbilder und Bevölkerungsgruppen (z.B. Kinder/Jugendliche, Ältere, Fremdsprachige).
- Insgesamt ist das Geschehen in psychotherapeutischen Praxen und in der psychotherapeutischen Versorgung nicht transparent, für Patienten, überweisende Ärzte und Kostenträger; dadurch müssen z.B. Patienten oft mehrere Anläufe machen, bis sie eine geeignete Therapie finden.

Die Aufstellung macht deutlich, daß viele Probleme der Unter-, Über- und Fehlversorgung nicht bei den niedergelassenen Psychotherapeuten selbst zu lösen sind. Eine reine Kontrolle der Ergebnisse der durchgeführten Psychotherapien, die in der derzeitigen QS-Diskussion ganz im Vordergrund steht, berührt wesentliche Versorgungsprobleme überhaupt nicht. Der Beitrag, den in umfassenderes Qualitätsmanagement bezüglich der beschriebenen Anforderungen und Probleme leisten kann, muß auch unter dem Aspekt betrachtet werden, daß die Psychotherapie als Regelleistung bedroht erscheint. Zumindest werden die verschiedenen Therapieverfahren und die einzelnen Therapeuten sich in Zukunft auf einem stärker deregulierten Markt behaupten müssen, so daß es nicht nur um das Erfüllen von gesetzlichen Forderungen geht, sondern darüber hinaus auch um die Existenzsicherung vor allem der Psychoanalytiker.

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Bisher wird im Gesundheitswesen hauptsächlich der Begriff Qualitätssicherung gebraucht, wobei mit „Sicherung“, je nach Interessenlage, jeweils sehr verschiedenes gemeint ist:

- Die bestehende Qualität soll trotz Kostendämpfung gesichert, also erhalten werden.
- Die Qualität soll weiterentwickelt und verbessert werden, was mit höheren Kosten verbunden ist.
- Es geht nicht um Qualität, sondern um andere Dinge, wie Kostenreduktion oder Ausweitung der externen Steuerungsmöglichkeiten.

In den Bereichen, aus denen QS stammt, wird inzwischen von Qualitätsmanagement (QM) gesprochen. Qualitätssicherung ist laut DIN EN ISO 9000 nur ein Teil von QM, und betrifft den Nachweis der Qualität, in Ergänzung zu anderen Teilen des QM, die dem Herstellen von Qualität dienen, wie Qualitätsziele, -planung, -lenkung und -verbesserung.

Die geforderte Ergebnisorientierung bedeutet nicht, wie es in der QS-Diskussion für die Psychotherapie häufig mißverstanden wird, daß hohe Ergebnisqualität durch reine Ergebniskontrolle erreicht werden soll. Diese Ausrichtung an der Endkontrolle wurde bereits in den 50iger Jahren des letzten Jahrhunderts als ineffizient aufgegeben zugunsten prozeßbegleitender Maßnahmen. Die Qualität der Ergebnisse muß natürlich anhand geeigneter Merkmale nachgewiesen werden, aber Sinn eines modernen QM ist es, sämtliche Prozesse in die Qualitätsbemühungen einbeziehen, um bei Mängeln direkt Ansatzpunkte zur Verbesserung in den einzelnen Herstellungsprozessen zu finden. Prozesse sollen von vornherein so geplant und beobachtet werden, daß kontinuierlich die gleiche Qualität erzeugt und Fehler ausgeschlossen werden. QM wird als Führungsaufgabe definiert, das heißt, die Leitung eines Unternehmens (bzw. einer Praxis) übernimmt die Verantwortung für die Qualität und gestaltet das QM des Unternehmens aktiv und in angemessener Weise selbst, statt es sich als Kontrollmaßnahme von außen auferlegen zu lassen.

Für das Gesundheitswesen allgemein und die Psychotherapie im besonderen sind bei der Umsetzung von QM einige grundlegende Prinzipien zu überdenken.

Dienstleistung und Kunden

QM stammt aus der Wirtschaft, es dient dazu, dem Unternehmen Wettbewerbsvorteile zu bringen, und zielt darauf ab, zufriedene Kunden an das Unternehmen zu binden, um so den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens zu sichern. Mit QM setzt sich die Ökonomisierung des Gesundheitswesens fort: Der Patient soll zum Kunden werden, der sich über die Qualität der Dienstleistungen auf dem Markt informiert und sie nach möglichst transparenten Kriterien frei auswählt. Der Arzt/Psychotherapeut ist schon längst zum Leistungserbringer und Dienstleister geworden, der sein Handeln zunehmend nach ökonomischen Prinzipien ausrichten muß, so daß er seinerseits mit den Patienten wie mit Kunden umgeht und z.B. zwischen schlechten und guten Kunden (sog. „Cash-Cows“) unterscheidet. Grundsätzlich sind hier die Fragen weiter zu diskutieren: Inwieweit können Kranke

tatsächlich die unabhängige Kundenrolle einnehmen? Wie wirkt es sich auf die Arzt-Patient-Beziehung und das für jede Behandlung notwendige Vertrauen aus, wenn Patienten in der spezifischen Abhängigkeitssituation, in die ihr Kranksein sie bringt, sich zunehmend als Objekte von Marketing und wirtschaftlichen Erwägungen erleben müssen? Auch die Kostenträger sind Kunden, und es bestehen Interessenkonflikte zwischen den Wünschen des Patienten nach optimaler Behandlung und dem Interesse des Kostenträgers an stabilen Beiträgen. In neuen Versorgungsformen wie den Disease Management Programmen tritt der Kostenträger als Kunde in den Vordergrund, definiert seine Erwartungen an die zu erbringende Leistung, und überprüft sie auch direkt. Die folgenden Überlegungen beziehen sich nur auf den Kunden „Patient“.

Für QM in der Psychotherapie müssen Kundenbegriff und andere QM-Prinzipien überdacht und in ihrer Bedeutung neu bestimmt werden. Bindung des Kunden an die Praxis als Ausdruck der Kundenzufriedenheit ist sicher kein erstrebenswertes Ziel einer psychotherapeutischen Praxis, und die Definition von Qualität als Erfüllung von Kundenanforderungen muß differenziert betrachtet werden, wie die Diskussion über Therapieziele zeigt (Piechotta 2000a). Auch das Prinzip Kunden-„Zufriedenheit“ ist in der analytischen Psychotherapie komplex: Analytiker haben nicht einfach nur das Ziel, eine gute Beziehung herzustellen und die Patienten zufrieden zu machen, sondern es geht darum, unter kontrollierten therapeutischen Bedingungen gerade auch die schlechte Beziehungserfahrungen der Patienten wieder aufleben zu lassen, um sie durch Bearbeitung in der Therapie zu verändern. Hier müssen also Wege gefunden werden, wie die Sicht des Patienten (z.B. durch Patientenbefragung) zur Beurteilung der Qualität stärker als bisher herangezogen werden kann, aber gleichzeitig negative und positive Bewertungen auf dem Hintergrund des jeweiligen therapeutischen Prozesses interpretiert werden können.

Andererseits finden sich in den QM-Konzepten viele Elemente, die in den analytisch begründeten Psychotherapieverfahren längst konzeptualisiert und verwirklicht sind. Für die Akzeptanz von QM bei Analytikern und für die Darstellung der Qualität von psychoanalytischer Arbeit ist es wichtig, hier die Anschlußfähigkeit herzustellen. Beispiel „Patientenorientierung“: Im Dienstleistungssektor (z.B. Ausbildung, Beratung, Pflege) wird der Kunde als Co-Produzent der Dienstleistung gesehen; das Produkt bzw. Ergebnis der Dienstleistung ist von der Mitwirkung des Kunden bei der Leistungserbringung abhängig. QM muß also die Faktoren berücksichtigen, die den Kunden in die Lage versetzen, seine Aufgabe als Co-Produzent so zu erfüllen, daß die Wahrscheinlichkeit für ein gutes Ergebnis erhöht wird. Auch in der somatischen Medizin wird die Mitarbeit des Patienten für viele Interventionen zunehmend als entscheidende Größe erkannt. In neuen Konzepten wie Evidence based Medicine wird versucht, Patienten nicht mehr als Objekte ärztlicher Entscheidungen und Maßnahmen zu begreifen, sondern medizinische Entscheidungen systematisch als einen interaktiven Prozeß zu gestalten, an dem der Patient mit seinem subjektiven Krankheitsverständnis und seinen Möglichkeiten aktiv beteiligt ist (Sackett 1999). – In der Psychotherapie dagegen ist die gesamte Behandlung an sich ein interaktiver Prozeß, der ohne „Patientenorientierung“, also ohne aktive Beteiligung und ständige Rückmeldungen des Patienten gar nicht denkbar ist. Diesem Sachverhalt wird in der analytisch orientierten Psychotherapie z.B. bei der Indikationsentscheidung unter Begriffen wie Motivation und Prognostische Kriterien schon immer große Bedeutung eingeräumt. Die aktive Beteiligung des Patienten an Therapieentscheidungen (Auswahl von Therapeut und Therapieverfahren, Dauer der Therapie) ist als wichtiger Faktor für den Therapieerfolg in der Psychotherapie wissenschaftlich belegt (z.B. Seligman 1995, Hartmann/Zepf 2002). Hier ist also die Patientenorientierung auch ein wesentlicher Beitrag zur Ergebnisorientierung.¹

¹ Allerdings zeigen sich auch grundlegende Unterschiede zwischen Psychoanalyse und QM: Die Auffassung von Patienten als Co-Produzenten ihrer Gesundheit und insgesamt die Anwendung von Prinzipien des QM im Gesundheitswesen (völlige Planbarkeit, Null-Fehler-Philosophie) beinhalten implizit auch Vorstellungen von unbegrenzter Machbarkeit, von Gesundheit als planbarem und herstellbarem Produkt. Solche Vorstellungen würden Analytiker bei ihren Patienten als behandlungsbedürftige narzißtische Größenphantasien zum Gegenstand der Therapie machen.

Ergebnisorientierung und Objektivieren der Qualität

Ergebnisse gibt es auf jeder Stufe des Kontaktes mit einem Patienten. Auch wenn ein Patient nicht in Behandlung genommen wird, ist dies das Ergebnis eines Diagnostik- und Indikationsprozesses. Insofern würde die Qualität einer psychotherapeutischen Praxis und der psychotherapeutischen Versorgung nur unzureichend abgebildet, wenn die Ergebnisorientierung sich nur auf die durchgeführten Behandlungen beschränken würde.

Als wesentliche Bedingung für die Ergebnisorientierung bei den durchgeführten Behandlungen ist im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich zu berücksichtigen: Ärzte/Psychotherapeuten sind verantwortlich für die sachgemäße Durchführung der Leistung (Angebotsverantwortung), nicht für das Ergebnis, das sich beim Patienten einstellt. Das Ergebnis einer Behandlung ist nur zum Teil von der Qualität der Behandlung abhängig, es kommen andere Einflußfaktoren hinzu, auf die der Arzt/Psychotherapeut keinen Einfluß hat, so daß vom Ergebnis der Behandlung nicht direkt auf die Qualität der erbrachten Leistung geschlossen werden kann.

Speziell für QM von analytisch begründeten Psychotherapieverfahren ist darüber hinaus zu berücksichtigen: Der therapeutische Prozeß und seine Ergebnisse sind nur begrenzt plan- und standardisierbar, da es für den Patienten darum geht, Unbewußtes in sich zu entdecken und neue, vorher nicht bekannte Möglichkeiten zu entwickeln. Das Qualitätskriterium in einem kreativen Prozeß muß eher darin bestehen, daß Neues entdeckt und nutzbar gemacht wurde, als daß Geplantes erreicht wurde. Außerdem sind viele Faktoren, die auf den Erfolg einer Psychotherapie positiv oder negativ Einfluß nehmen, noch nicht genügend bekannt und erforscht. Die Aufgabe von QM besteht nicht darin, Qualitätsmerkmale und Standards inhaltlich vorzugeben, sondern QM legt einen Weg und eine Systematik fest, wie man dahin kommt, geeignete Qualitätsmerkmale und -indikatoren zu definieren, zu messen und zu überprüfen. Dabei ist es notwendig, die Möglichkeiten und Grenzen der Objektivierung im Praxisalltag auszuloten, vor allem was das „Messen“ der Faktoren angeht, die für die Qualität und den Erfolg von Psychotherapie mit entscheidend sind, nämlich der Einsatz der eigenen Person des Therapeuten und die Arbeit mit und in der therapeutischen Beziehung. Allerdings sollten Psychoanalytiker auch selbstbewußter in die Auseinandersetzung mit dem Vorwurf der fehlenden wissenschaftlichen Objektivierung ihrer Arbeit eintreten. Laut Badura und Strodtholz (1998) sind 80 % der medizinischen Interventionen nicht systematisch evaluiert. Deshalb bedeutet Evidence based Medicine auch nicht: Es darf nur gemacht werden, was durch randomisierte kontrollierte Studien belegt ist, sondern: Wenn es auf dieser höchsten Evidence-Stufe keine Belege gibt, muß man sich an Aussagen mit niedrigeren Evidence-Graden orientieren.

Effektivität und Effizienz von QM

Alle Qualitätsmanagement-Modelle gehen von komplexen Systemen aus, mit einer gewissen Anzahl von Mitarbeitern, Abteilungen, Entscheidungsebenen und vielfältigen Abstimmungsprozessen. Qualitätsmanagement hat das Ziel, Abläufe, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten nachvollziehbar zu regeln und transparent zu machen, und es liefert Methoden, um systematisch Verbesserungspotential zu entdecken und in eine Steigerung der Qualität umzusetzen. Für psychotherapeutische Praxen, die meist Ein-Personen-Betriebe sind, ohne Angestellte und mit einer überschaubaren Patientenzahl, sind die QM-Modelle überdimensioniert und müssen entsprechend angepaßt werden. QS- und QM-Maßnahmen müssen sich an ihrem eigenen Anspruch von Effektivität und Effizienz messen lassen. Die Forderung nach Transparenz darf nicht dazu führen, daß für Außendarstellung und Qualitäts-Nachweis mit hohem Aufwand Daten erhoben werden müssen, die keinen Nutzen für die Alltagsarbeit in der Praxis bringen. Die vielfältigen Probleme und offenen Fragen in der psychotherapeutischen Versorgung sind nicht durch Einführung einer routinemäßigen Datenerhebung zu lösen, sofern nicht hinter der Datenerhebung ein Konzept steht, das den Therapeuten die sinnvolle Zuordnung der Daten zu qualitätsverbessernden Ansätzen ermöglicht. Es ist hinreichend bekannt, daß Dokumentation sonst

nichts weiter als lästige Bürokratie ist, der man formal nachkommt, die aber die Qualität weder abbildet noch fördert. Die vielen noch offenen Fragen bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie sollten nicht QM für den Praxisalltag überfrachten, sondern weiterhin im Bereich der Wissenschaft und Forschung behandelt werden.²

Medizinische bzw. psychotherapeutische Orientierung von Qualitätsmanagement

Die Qualität ärztlicher Leistungen und ihrer Ergebnisse ist schwerer zu fassen, als die Qualität von materiellen, meßbaren Produkten, oder von eher service-orientierten Aspekten, und die Möglichkeiten für Patienten, die medizinische Qualität direkt zu beurteilen, sind begrenzt. Ein ärztlich/psychotherapeutisch orientiertes QM sollte sicherstellen, daß nicht nur die leichter zu messenden und zu beurteilenden Service-, Management- und technischen Aspekte bewertet werden (wie es bei den meisten QM-Konzepten für medizinische Einrichtungen bisher der Fall ist), sondern daß der Kernbereich der ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit in seiner Qualität erfaßt wird.

Eine international gebräuchliche Liste von Kriterien, deren Erfüllung von einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird, stammt von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO):

- Zugänglichkeit der Versorgung
- Rechtzeitigkeit der Versorgung
- Angemessenheit der Versorgung
- Stetigkeit / Koordination der Versorgung
- Patientenorientierung der Versorgung (Annehmbarkeit)
- Sicherheit der Versorgungsumgebung
- Wirksamkeit unter Idealbedingungen
- Wirksamkeit der Versorgungspraxis
- Wirtschaftlichkeit in der Versorgung

Diese Kriterien sind nach den fachlichen Erfordernissen im jeweiligen Fachgebiet zu konkretisieren und auszugestalten.

Qualitätsmanagement-Konzept für die psychoanalytische Praxis

Im Bereich der Psychotherapie lassen sich die zentralen Anforderungen aus Sicht der Kunden (Patienten, Kostenträger) an eine gute Versorgung folgendermaßen formulieren: Eine geeignete psychotherapeutische Behandlung soll für jeden Versicherten, der sie benötigt, innerhalb eines vertretbaren Zeitraums zugänglich sein, sie soll mit der höchstmöglichen Qualität unter Vermeidung von unnötigem Aufwand durchgeführt werden, und der Patient soll mit ihrer Hilfe das beste für ihn mögliche Ergebnis erreichen.

Die für das Qualitätsmanagement einer psychotherapeutischen Praxis wesentlichen Bereiche können entsprechend gegliedert werden:

1. Versorgungsauftrag und Bedarf
2. Diagnostik und Indikation
3. Durchführung der Therapie
4. Ende und Ergebnis der Therapie
5. Praxisführung

² Die Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) faßt diese Aspekte für das Gesundheitswesen so zusammen:

„Was Qualitätsmanagement nicht sein soll

Qualitätsmanagement ist kein Allheilmittel für die Bewältigung aller Probleme in Klinik und Praxis. Man muss daher die Möglichkeiten und Grenzen der am Qualitätsmanagement-Prozess Beteiligten richtig einschätzen. Viele Probleme sind durch die derzeitige Versorgungsstruktur bedingt, die weder die Arztpraxis noch das Krankenhaus verändern kann. Eine Überforderung von Projektgruppen programmiert den Misserfolg.

Ein anderer Aspekt ist der wissenschaftliche Ansatz, er sollte aber bei den Aktivitäten im Klinik- bzw. Praxisalltag nicht im Vordergrund stehen. Das Ziel ist vielmehr, die Patientenversorgung in der Routine besser zu gestalten.“ (Q-M-A. Das Informations- und Fortbildungsprogramm für Qualitätsmanagement in der Ambulanten Versorgung, www.aezq.de)

Die Gliederung des QM-Konzeptes orientiert sich an den zentralen Arbeitsabläufen in der psychotherapeutischen Praxis, da dies für die Nutzer einleuchtender ist, als eine Gliederung nach DIN ISO oder EFQM, mit der z.T. fremdartigen Begrifflichkeit und vielen Elementen, die für die psychotherapeutische Praxis eine untergeordnete Bedeutung haben. Die wesentlichen Bestandteile der QM-Systematik sind jedoch darin enthalten.

Durch alle Bereiche hindurch zieht sich das zentrale QM-Prinzip der „Kontinuierlichen Verbesserung“:

- Es wird systematisch auf das Verbesserungspotential fokussiert, um die Motivation zu erhöhen, Mängel offen darzulegen und sich damit auseinanderzusetzen, statt Forderungen, die als bürokratische Last empfunden werden, lediglich formal zu erfüllen.
- Im Rahmen des QM werden systematisch Rückmeldeschleifen in die Arbeitsabläufe eingeführt, in der QM-Sprache „PDCA-Zyklus“ (Plan-Do-Check-Act) genannt. Bisher beschränken sich Arbeitsabläufe meist auf die ersten beiden Schritte, *Planen* und *Tun*, während die Schritte *Überprüfen* und *Umsetzen des Überprüfungsergebnisses in die weitere Arbeit* vernachlässigt werden. Auch in den bisher vorliegenden QS-Vorschlägen ist dieser Zyklus nur unvollständig enthalten, z.B. indem zwar eine Überprüfung (C) vorgesehen ist, die aber keinen konzeptuellen Bezug zu einem geplanten Tun (P, D) hat, so daß unklar bleibt, wie die Umsetzung des Überprüfungsergebnisses in eine Qualitätsverbesserung (A) aussehen könnte.

Im folgenden werden Qualitätsprobleme, offenen Fragen und Verbesserungspotential für den jeweiligen Bereich beschrieben, und dafür geeignete Maßnahmen vorgeschlagen. Dabei werden die bereits vorhandenen qualitätssichernden Maßnahmen in der Psychotherapie (Intervision, Qualitätszirkel, Gutachterverfahren, bisherige Formen der Dokumentation und Selbstüberprüfung) bestimmten QM-Gesichtspunkten zugeordnet, ergänzt und systematisiert, und ihre Funktion innerhalb der QM-Systematik beschrieben. Es wird daraus abgeleitet, welche Daten im Rahmen von QM in der Alltagsroutine erhoben werden müssen, aber auch, wo es materielle oder strukturelle Grenzen gibt, oder wo noch Forschungsbedarf besteht. Das vorgeschlagene QM-Konzept kann sicher nicht direkt umfassend umgesetzt werden; für die konkrete Ausgestaltung müssen Schwerpunkte gesetzt werden, die sich auch an Aspekten der Praktikabilität orientieren.

1. Versorgungsauftrag und Bedarf

Der Kernprozeß in der psychotherapeutischen Praxis ist die Behandlung – aber eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, daß psychisch Kranke überhaupt die Chance haben, eine für sie geeignete Behandlung zu bekommen. Unter den aktuellen Bedingungen liegt bei der Zugangsmöglichkeit zur Psychotherapie ein wesentlicher Verbesserungsbereich mit hoher wirtschaftlicher Relevanz. Bei den bisherigen Honorarstrukturen ist allerdings eine professionell geführte psychotherapeutische Praxis mit Sprechstunde und entsprechenden räumlichen und personellen Voraussetzungen nicht zu finanzieren.

Niedrigschwellige Angebote zur Krisenintervention können von Psychotherapeuten bisher nicht adäquat abgerechnet werden. Der für alle Seiten unbefriedigende Ersatz für die Sprechstunde sind Anrufbeantworter, Rückrufe des Therapeuten und telefonische Sprechzeiten. Die Zeiten für Telefonate und Rückrufe sind unbezahlte Arbeitszeit, daher sind Psychotherapeuten für Patienten meist schwer zu erreichen. Durch die Anrufbeantworter-Praxis werden aber z.B. Patienten mit wenig Frustrationstoleranz und Durchsetzungsvermögen entmutigt.

Insofern ist die Gestaltung und Förderung der Zugangsmöglichkeiten für Patienten zu einem differenzierten und qualifizierten therapeutischen Angebot ein wesentliches Qualitätskriterium jeder psychotherapeutischen Praxis: Was tut der einzelne Therapeut, um für Therapie-Suchende in diesem Bereich unter den gegebenen Bedingungen möglichst viel Qualität zu bieten? Wie ist er für Patienten erreichbar? Welches therapeutische Angebot, auch für bestimmte Patientengruppen und Problembereiche, hält die Praxis bereit? Welche Möglichkeiten hat der Therapeut, Patienten bei der Suche nach einer geeigneten Be-

handlung zu unterstützen, z.B. indem er sie qualifiziert weitervermitteln kann? Wie gestaltet er die Kontakte zu somatisch tätigen Ärzten, um durch die Zusammenarbeit Information über die Möglichkeiten von Psychotherapie zu vermitteln und die Schwellenangst und Ablehnung gegenüber Psychotherapie zu senken?

Hier gibt es vielfältige Ansatzpunkte für die Vernetzung von Psychotherapeuten, aber bei entsprechender Honorierung auch für andere Formen der Kooperation, z.B. daß Psychotherapeuten in der Praxis von somatischen Kollegen oder im Krankenhaus eine psychosomatische Sprechstunde abhalten. Durch Zusammenschlüsse von Therapeuten als Gemeinschaftspraxis oder Praxisnetz wird sich aber nur ein Teil der beschriebenen Probleme lösen lassen. Da Psychotherapie ein Verfahren ist, das auf der persönlichen Beziehung begründet ist, lassen sich die organisatorischen Abläufe, die mit dem direkten Patientenkontakt zu tun haben, nur begrenzt standardisieren oder delegieren. Im Sinne der Erreichbarkeit und Effizienz der Praxis erscheint es vielleicht als gute Lösung, wenn mehrere Psychotherapeuten sich eine gemeinsame telefonische Anmeldung und Terminvergabe organisieren; aber gleichzeitig wird damit ein wichtiger Teil der Kontakt- und Beziehungsaufnahme zwischen Patient und Therapeut ausgelagert, und eine wichtige Informationsquelle für beide entfällt.

Zu diesem Bereich können Daten erhoben werden, die zu einer Diskussion und Konsensbildung unter den Psychotherapeuten genutzt werden können, so daß ein langfristiges Ziel sein kann, daraus Qualitätsstandards für die Praxen von Psychotherapeuten zu entwickeln. Mit Hilfe von Daten wird sich auch besser begründen lassen, warum bestimmte Standards zwar wünschenswert wären, aber nur dann umsetzbar sind, wenn die finanziellen oder strukturellen Bedingungen dafür geschaffen werden. Die Daten könnten im Rahmen von Versorgungsforschungs-Projekten auch dazu beitragen, Aussagen über die Struktur- und Versorgungsqualität in einer Region zu machen und allgemeine Verbesserungspotentiale festzustellen.

Aufbau und Bewertungskriterien des QM-Konzeptes sollen für diesen Punkt exemplarisch dargestellt werden; zu den einzelnen Unterpunkten gehören entsprechende Dokumentationsformulare.

Tabelle 1. Versorgungsauftrag und Bedarf

1.1. Therapeutisches Angebot	<ul style="list-style-type: none"> 1.1.1. Therapieverfahren und -modifikationen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie 1.1.2. Angebote für bestimmte Patientengruppen, Spezialisierungen, Praxisschwerpunkte (z.B. Paar, Familie, Trauma) 1.1.3. Sonstige Qualifikationen 1.1.4. Fremdsprachen, Kulturkreiskenntnisse
1.2. Erreichbarkeit des Therapeuten	<ul style="list-style-type: none"> 1.2.1. Anrufbeantworter, Sprechzeit, Sprechstunde 1.2.2. Wartezeiten auf Erstgespräch 1.2.3. Kriseninterventions-Angebot 1.2.4. Praxisvertretung Urlaub/Krankheit
1.3. Kooperation und Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> 1.3.1. Kontakte mit Kollegen für Weitervermittlung von Patienten, die man nicht selbst behandelt 1.3.2. Kontakte mit anderen Ärzten und Einrichtungen 1.3.3. Sektoren-übergreifende Kooperation
1.4. Patientenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> 1.4.1. Befragung zur Versorgungssituation (wie lange hat der Patient gesucht, wie lange auf Erstgespräch gewartet, ...) 1.4.2. Beurteilung der Praxis und der Erfahrungen mit dem Therapeuten
1.5. Ziele und Verbesserungspotential	<ul style="list-style-type: none"> 1.5.1. Einschätzung der regionalen Versorgungssituation und der versorgungsrelevanten Probleme 1.5.2. Ziele der Praxis, bezogen auf die Versorgungssituation 1.5.3. Verbesserungspotential beim eigenen Angebot

2. Diagnostik und Indikation

Psychotherapeuten behandeln in der Regel keine Befindlichkeitsstörungen, wie mit Formulierungen wie „Wellness“, „Ersatz für Beichtstuhl“, „frustrierte Hausfrauen, die sich mal ausquatschen wollen“ unterstellt wird. Untersuchungen der Versorgungsrealität (Dührssen/Jorswieck 1965, Brockmann et al. 2001, Keller et al. 2001) zeigen, daß Patienten in psychotherapeutischen Praxen eine wesentlich höhere Symptombelastung und Beeinträchtigung haben, als die Allgemeinbevölkerung, und daß sie deutlich höhere Kosten verursachen, als der Durchschnitt der Versicherten. Es scheint aber notwendig zu sein, dies auch immer wieder zu belegen, um der Bagatellisierung und Diskriminierung von psychischen Krankheiten entgegenzuwirken. Angesichts des Legitimationsdrucks für Psychotherapie allgemein und analytische Langzeittherapie im besonderen sollte im Rahmen des QM abgebildet werden, welche Patienten in den Praxen von Analytikern behandelt werden und in welchem Umfang Analytiker zur Versorgung von schwer kranken Patienten beitragen. Daher müssen Diagnose, Schweregrad der Störung und Grad der dadurch bewirkten Beeinträchtigung in den wichtigen Lebensbereichen umfassend dokumentiert werden. Die eingesetzten Instrumente sollten ein ausreichend differenziertes Bild der Ausgangslage liefern, auch in Hinblick auf die Bewertung des Therapieergebnisses.

Analytische Psychotherapie mit 160 bis 300 Sitzungen, die sich über 3 – 4 Jahre erstreckt, ist im Vergleich zu den anderen Psychotherapieformen ein aufwendiges Verfahren.³ Daher sind besonders bei der Indikationsstellung und im Verlauf einer langen Therapie Überprüfungen nötig, die die Notwendigkeit belegen. Das geschieht bisher im Gutachterverfahren, aber trotzdem wird der Vorwurf geäußert, daß „zu viele und zu lange Therapien bei unproblematischen Patienten durchgeführt“ würden (Sachverständigenrat 2002). Die Frage, welche Patienten mit welchen Merkmalen analytische Langzeittherapie machen müssen, um nachhaltig eine Verbesserung ihrer Beschwerden zu erfahren, und bei welchen Patienten eine kürzere Therapie ausreichend wirksam ist, ist umstritten, und kann bisher noch nicht ausreichend mit Forschungsergebnissen beantwortet werden. Es gibt Ansätze, auf der Ebene der internen Evidence (klinische Erfahrung) die Einschätzungen differenziert darzulegen, um so zu einen Konsens zu kommen, z.B. bezüglich der hochfrequenten analytischen Psychotherapie (Danckwardt/Gattig 1996). Die weitere Klärung dieser Frage ist allerdings ein Thema für die Forschung, nicht für QM. Im Rahmen von QM und der alltäglichen Praxisroutine muß der Therapeut darlegen, daß er die Differentialindikation nach den bisher bekannten Kriterien sorgfältig geprüft, und dabei alternative Indikationsüberlegungen angestellt hat.

Die Indikationsentscheidung für ein bestimmtes Therapie-Verfahren ist kein eindimensionaler Vorgang von Seiten des Therapeuten, der sich dabei nur auf „objektive“ Kriterien wie die Diagnose stützt, sondern ist ein komplexer Abstimmungsprozeß zwischen verschiedenen Perspektiven. Sie hängt davon ab, was unter den gegebenen Bedingungen für erreichbar gehalten wird, von Patient, Therapeut und Kostenträger (Gutachter), unter Einbeziehung von Fremdreferenzen und externer Evidence. Dabei sind auf Seiten des Patienten verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, wie z.B. Motivation, Stabilität und Fähigkeit, sich zu ändern; aber auch äußere Vorgaben wie die Tarifbestimmungen des Kostenträgers. Die Qualität der Arbeit des Therapeuten besteht also in der Zusammenfassung, Gewichtung und Interpretation der vielfältigen Informationen, Perspektiven und Rahmenbedingungen, und deren Rückkoppelung mit dem Patienten. Dieser Bereich wird von Analytikern in der Regel sehr aufwendig und differenziert durchgeführt, reflektiert und dokumentiert (u.a. im Bericht an den Gutachter), aber dies geschieht bisher individuell ganz unterschiedlich, und das systematische Einbeziehen von externer Evidence ist bisher noch kaum gebräuchlich. Für QM muß die Vorgehensweise und deren Dokumentation vereinheitlicht und operationalisiert werden. Dabei sind die Faktoren zu berücksichtigen, die von der Psychotherapieforschung bezüglich der Indikation bisher herausgefunden wurden, oder

³ Wobei die Kosten von etwa 8000 bis 15 000 Euro für 160 bis 300 Sitzungen, verteilt über 3 – 4 Jahre (also etwa 3000 Euro im Jahr), im Vergleich zu Kosten für Diagnostik und Behandlung von ähnlich schwerwiegenden und lebensbeeinträchtigenden somatischen Erkrankungen wiederum vergleichsweise niedrig sind.

den wurden, oder sofern noch nicht vorhanden, die Kriterien, die von den Fachgesellschaften bisher im Konsens erarbeitet wurden, und die z.T. in den Psychotherapie-Richtlinien ihren Niederschlag gefunden haben. Außerdem ist zu dokumentieren, was mit den Patienten geschehen ist, die nicht in Behandlung genommen wurden.

Durch diesen Prozeß wird bereits in hohem Ausmaß die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet: Die differenzierte Dokumentation der Diagnose stellt sicher, daß keine Behandlung für „Befindlichkeitsstörungen“ durchgeführt wird. Qualifizierte und sorgfältige Indikation verringert die Zahl von Therapieabbrüchen und Mehrfachbehandlungen.

3. Durchführung der Therapie

Es wird immer wieder behauptet, die Therapien seien unnötig lang, und die Kostenträger haben das Bedürfnis, hier stärker steuernd einzugreifen.⁴ Die externe Überprüfung der ambulanten Therapien findet bisher im Gutachterverfahren statt; außerdem gibt es etablierte Formen der internen Überprüfung. All diese Aktivitäten werden bisher so gut wie nicht bezahlt (das Honorar für den Bericht an den Gutachter ist weit davon entfernt, dem zeitlichen Aufwand gerecht zu werden); sie werden von den Psychotherapeuten in ihrer Freizeit durchgeführt. Auch in zukünftigen Kalkulationen der Arbeitszeit und der Betriebskosten (EBM 2000 plus) ist der zeitliche Aufwand dafür nicht angemessen eingeplant.

Jede Überprüfung von außen ist ein Eingriff in die therapeutische Beziehung und kann den therapeutischen Prozeß störend beeinflussen. Die Auswirkungen des Gutachterverfahrens auf therapeutische Beziehung, Übertragung/Gegenübertragung und auf die Therapie wurden von Analytikern vielfach kritisch diskutiert (z.B. Nedelmann 1990). Auch der Vorwurf an das Gutachterverfahren, es sei teuer und bewirke nichts, ist ausführlich diskutiert worden (Zusammenfassung s. Piechotta 2000c). Angesichts von geplanten, weitaus stärker eingreifenden Maßnahmen wurde jedoch vielen Psychotherapeuten der Wert eines Verfahrens deutlich, das an der Prozeß- und Beziehungsorientierung von Psychotherapie ansetzt. Unter QM-Gesichtspunkten besteht das Gutachterverfahren zum einen in der Verpflichtung für den Therapeuten, seine Einschätzungen, Entscheidungen, Therapieplanung und -verlauf nach festgelegten Standards darzulegen und zu begründen, und zum anderen in der Stellungnahme eines externen Fachkollegen zu dieser Darstellung bezüglich Prozeßqualität, voraussichtlicher Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit (Peer-Review). Allerdings ist an diesem doch sehr aufwendigen Verfahren zu bemängeln, daß es intransparent ist, daß keine Operationalisierung der Kriterien vorliegt, nach denen die Gutachter vorgehen, und daß die Rückmeldung an den Therapeuten meist keine inhaltliche Stellungnahme enthält, die der Therapeut für die Überprüfung seiner Arbeit und die weitere Behandlungsplanung nutzen könnte. Außerdem fehlen eine Überprüfung der Qualität der gutachterlichen Tätigkeit sowie eine Evaluation der Effektivität und Effizienz des Verfahrens selbst. Insofern ist die Initiative der DGPT-Gutachter zur Operationalisierung der Gutachter-Tätigkeit (Rudolf et al. 2002) ein sinnvoller Schritt in Richtung QM. Die differenzierte Rückmeldung des Gutachters nach diesem operationalisierten Verfahren kann vom Therapeuten für die weitere Behandlung berücksichtigt werden, im Sinne eines PDCA-Zyklus.

Eine andere Form der Überprüfung und Reflektion während des Behandlungsverlaufs ist die kollegiale Intervision, die von Psychoanalytikern als eines der wirksamsten Mittel zur Gewährleistung der Qualität ihrer Behandlungen angesehen wird. Auch hier ist es notwendig, die Vorgänge und Wirkfaktoren in der Intervision aus dem psychoanalytischen Verständnis heraus zu benennen, und sie im Rahmen des QM zu operationalisieren und zu dokumentieren.

⁴ In Kliniken ist das schon lange so, dort prüfen MDK oder Sachbearbeiter des Rententrägers Psychodynamik, Behandlungsplan und erreichte Veränderungen in kurzen Abständen, und machen davon die weitere Kostenübernahme abhängig.

Und schließlich gibt es die Überprüfung der Behandlung durch den Therapeuten selbst. Bestimmte Aspekte der Therapie (notwendige Behandlungsschritte und Veränderungen) sind auf höherem Abstraktionsniveau vorhersehbar, und werden im Abschnitt „Behandlungsplan“ im Bericht an den Gutachter dargestellt. Es entspricht allerdings nicht dem Sinn von analytischer Psychotherapie als einer Methode, Unbewußtes aufzudecken und Neues, Eigenes zu entdecken, daß für die Therapie Behandlungsschritte, Interventionen und Ziele konkret und verhaltensnah, etwa in Form von Manualen und Zielvereinbarungen, geplant und vorgegeben werden. Die bewußten Ziele des Patienten sind zunächst immer auch geprägt von seiner Störung, und ändern sich im Verlauf der Therapie (Staats et al. 2002). Die Veränderung der Ziele kann geradezu als ein Qualitätskriterium in längeren Therapien angesehen werden, als Zeichen dafür, daß sich beim Patienten etwas verändert hat. (Hier sind sich verhaltenstherapeutische Praktiker mit Analytikern verfahrensübergreifend einig.) QM muß also auf einer Meta-Ebene ansetzen: Im Behandlungsverlauf sind immer wieder Überprüfungen der eigenen Wahrnehmungen und des therapeutischen Vorgehens notwendig. Die Durchführung dieser Überprüfungen, der Umgang mit Auffälligkeitssignalen und die Umsetzung der Ergebnisse in der Therapie werden im Rahmen von QM systematisiert und dokumentiert. Auf diese Weise kann die Darstellung, und damit die Transparenz des Behandlungsgeschehens erhöht werden, v.a. in den über lange Zeiträume laufenden analytischen Psychotherapien. Das Festhalten von Verlaufsdaten dient auch der Ergebnisorientierung: Bessere Ergebnisse können nur dann gezielt angestrebt werden, wenn bekannt ist, aufgrund welcher Faktoren im Behandlungsverlauf die Wahrscheinlichkeit für ein gutes Ergebnis erhöht wird. Auch hier ergibt sich ein wichtiger Ansatzpunkt zur Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Forschung.

Es ist notwendig, daß Psychoanalytiker Erfahrungen sammeln mit der stärkeren Verankerung von systematisierten Patientenrückmeldungen und externer Evidence in der Konzeptualisierung ihrer Behandlungen, und mit deren Auswirkungen auf therapeutische Beziehung und therapeutischen Prozeß. Die Erfahrungen, die dabei gemacht werden, können zurückfließen in die zukünftige Gestaltung des QM-Systems, z.B. was Möglichkeiten und Grenzen bei der Nutzung von Fremdreferenzen für den analytischen Prozeß angeht. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, daß die Daten intern bleiben und intern interpretiert werden, da aufgrund der Interferenzen von therapeutischer Arbeitsbeziehung und regressiven, pathologischen Beziehungselementen in der Übertragung ein irreführendes Bild vom Stand der Therapie entstehen könnte, wenn man die jeweiligen Daten für objektiv halten würde.

4. Ende und Ergebnis der Therapie

Von verschiedenen Seiten wird der Vorwurf erhoben, es sei zu wenig bekannt über die Ergebnisse von Psychotherapie in der Praxis, verbunden mit der Forderung, für alle Therapien Ergebnisdaten zu erheben.⁵ Auf der persönlichen Ebene, zwischen Psychotherapeut und Patient, wird das Ergebnis der Therapie in der Regel ausführlich besprochen und bewertet; die Ergebnisse der Therapien werden aber nirgendwo systematisch dokumentiert und ausgewertet. Derzeit wird vorgeschlagen, im Rahmen des Gutachterverfahrens einen Abschlußbericht einzuführen, außerdem gibt es verschiedene Dokumentationsvorschläge (z.B. Dokumentationsentwurf des Arbeitsausschusses, Akquasi, Psy-BaDo), mit denen Daten zu Beginn und Ende der Therapie erhoben werden sollen. Bei diesen Black-box-Ansätzen wird nur Input und Output gemessen, die zugrundeliegenden Prozesse bleiben außer Betracht bzw. werden als bekannt vorausgesetzt. In einem so komplexen Bereich wie der Psychotherapie bietet allerdings die Feststellung des Ergebnisses einer Therapie ohne die Rückbindung an den Prozeß, keinen ausreichenden Ansatz zur Interpretation der Daten und für eine Verbesserung der Qualität. Unklar ist bisher bei vielen

⁵ Der Vorwurf gilt allerdings genauso auch für die anderen Bereiche der Medizin: Was ist bekannt über die Ergebnisse von hausärztlichen, internistischen oder orthopädischen Behandlungen? In keinem anderen ärztlichen Gebiet werden für alle Behandlungen aller Patienten bei allen Ärzten des gesamten Gebietes Daten erhoben, sondern es werden gezielte Erhebungen zu bestimmten Krankheitsbildern, Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden durchgeführt.

Vorschlägen auch, zu welchem Zweck diese Daten erhoben werden sollen, und was mit ihnen geschehen soll: wer bekommt die Auswertungsergebnisse, wer interpretiert sie, welche Konsequenzen sollen daraus gezogen werden? Es werden ganz unterschiedliche Ziele und Fragestellungen für die Erhebung von Ergebnisdaten genannt, unter anderem:

- Ist Psychotherapie in der Praxis überhaupt wirksam?
- Welches Therapieverfahren ist wirksamer und wirtschaftlicher?
- Welche Therapieverfahren sind bei welchen Patienten oder bei welchen Krankheiten wirksamer und wirtschaftlicher?
- Wie gut oder schlecht ist der einzelne Therapeut?
- Therapeuten sollen aus der Ergebnisdaten lernen und Anregungen zur Verbesserung erhalten (z.B. durch Benchmarking)

Je nach Ziel wären ganz verschiedene Daten, Bewertungskriterien und Vorgehensweisen erforderlich; das wird aber in der bisherigen Diskussion nicht berücksichtigt und nicht geklärt. Dies dürfte einer der Hauptgründe dafür sein, daß bisher kein Konsens über die Einführung von QS-Maßnahmen erzielt werden konnte.

Zu QM gehört einerseits die Feststellung, ob die Leistung den Erwartungen des Kunden entspricht, aber auch der Lern- und Verbesserungseffekt, der aus der Bewertung der Ergebnisse für die weitere Arbeit resultiert. Sowohl zur Beurteilung und Interpretation des Ergebnisses, als auch für das Lernen aus dem Ergebnis ist es notwendig, das Ergebnis im Zusammenhang mit Diagnostik, Indikation und Verlauf zu betrachten. Verbesserungen können nur dann gezielt angestrebt werden, wenn bekannt ist, welche Faktoren sich positiv oder negativ auswirken. Es gibt vielfältiges Erfahrungs- und z.T. auch durch Forschung belegtes Wissen, das im Rahmen von QM berücksichtigt werden muß. Um nur ein Beispiel zu nennen: In bisherigen Dokumentationsvorschlägen wird im Rahmen der Ergebnisbeurteilung nur der Therapieabbruch von Seiten des Patienten für erhebenswert gehalten. Die Forschung zeigt aber, daß einschränkende Vorschriften der Kostenträger bezüglich der Länge der Behandlung sich negativ auf das Ergebnis auswirken (Seligman 1995, Hartmann/Zepf 2002). Es ist daher in Hinblick auf die Ergebnisbeurteilung nicht ausreichend, lediglich die vorzeitige Beendigung von Seiten des Patienten zu erfassen.

Damit die Datenerhebung im Rahmen von QM geeignete Hinweise liefern kann, muß sie die Ergebnisdimensionen abbilden, die tatsächlich etwas mit der verfahrensspezifischen Qualität der durchgeführten Behandlung zu tun haben. Analytische Psychotherapie beansprucht, nicht nur Symptome zu beseitigen, sondern die Ursachen für die Symptome – pathologische Persönlichkeitsstrukturen, Bindungs- und Beziehungsmuster – zu verändern, und dadurch eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Daher ist eine lediglich symptom-orientierte Beurteilung bei Behandlungsende nicht ausreichend; es müssen weitere Beurteilungskriterien hinzukommen, die etwas über die Fähigkeit des Patienten aussagen, das Leben besser zu bewältigen. Auch ist das Ergebnis der Therapie zum Zeitpunkt des Therapie-Endes nur unzureichend beurteilbar, das belegen katamnestischen Untersuchungen: Wesentliche Änderungen sind noch nach 2 - 3 Jahren feststellbar, und nur Katamnesen erlauben zuverlässig die Unterscheidung zwischen vorübergehender Symptombesserung oder -verschiebung und einer strukturellen Veränderung der Ausgangslage, die in den Lebenslauf integriert werden kann. Daher gehört eine entsprechend langfristige katamnestische Untersuchung des Patienten zwingend zur Ergebnisbeurteilung. Wie die Untersuchungen von Leuzinger-Bohleber (1997) gezeigt haben, reichen Fragebogenergebnisse zur Würdigung des subjektiv vom Patienten empfundenen Therapieergebnisses nicht aus, sondern es ist ein persönliches Gespräch notwendig.

Da Fragen zur Wirksamkeit (nicht nur in der Psychotherapie) komplex sind, können sie nur im Rahmen von gezielten wissenschaftlichen Untersuchungen beantwortet werden. Erhebungen wie die bisher vorgeschlagenen (Psy-BaDo, Dokumentation des Arbeitsausschusses), ohne konkrete Fragestellungen und Hypothesen, und nach Kriterien, die unter den Therapeuten höchst umstritten sind, können keine sinnvollen Aussagen hervorbringen. In der Psychotherapie gibt es eine Vielfalt von Krankheitsbildern, Einstellungen des Patienten zur Behandlung, Behandlungsmethoden und individuell angepaßten Vorgehensweisen, in den unterschiedlichsten Kombinationen, die entsprechend differenziert,

mit klaren Fragestellungen untersucht werden müssen. Das ist nicht im Arbeitsalltag einer Praxis als routinemäßiges QM zu leisten, sondern muß begrenzten Forschungsprojekten vorbehalten bleiben.

Es dürfte relativ unproblematisch sein, sich auf geeignete Instrumente für QM, auch verfahrens-übergreifend, zu einigen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Instrumente sollten geeignet sein, die Möglichkeiten der analytischen Psychotherapie abzubilden, sie sollten sich bewährt haben, und möglichst wenig Aufwand von Seiten des Therapeuten erfordern,
- ihr Einsatz muß im Rahmen von internen QS-Maßnahmen erfolgen: interne Diskussion und Bewertung der Ergebnisse darf nicht durch externe Einflüsse und Konsequenzen verhindert werden,
- sie müssen im Rahmen von Projekten erprobt und bewertet werden in Hinblick auf ihre Nützlichkeit und Aussagekraft für die ambulante Therapie (da hier die Bedingungen andere sind, als in der Forschung),
- der Schutz der Vertraulichkeit und Intimität der Daten über Patient und therapeutische Beziehung, als einem wesentlichen Qualitätsmerkmal von Psychotherapie, muß gewährleistet sein.

Die Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Forschern dürfte davon profitieren, wenn klarer als bisher zwischen QS/QM und Forschung unterschieden wird, und wenn deutlich wird, daß mit Hilfe der Forschung Fragen beantwortet werden, die sich für Praktiker in der täglichen Arbeit stellen.

5. Praxisführung

Im Bereich Praxisführung werden die Voraussetzungen der Strukturqualität und die organisatorischen Abläufe zusammengefaßt, die den Kernprozeß Behandlung unterstützen und damit für die Qualität der Patientenversorgung relevant sind, soweit sie nicht bereits im Punkt 1. Versorgungsauftrag und Bedarf, also den direkten Patientenkontakt betreffend, behandelt sind. Gerade Psychoanalytikern ist bewußt, daß auch scheinbar rein organisatorische Dinge wie Terminplanung und -einhaltung oder Abwicklung des Antragsverfahrens sich auf die therapeutische Beziehung und damit auf die Qualität der therapeutischen Arbeit auswirken. Daher sind auch die unterstützenden Prozesse im Rahmen der Praxisführung in einem umfassenden Qualitätsmanagement zu berücksichtigen, allerdings nicht in dem Ausmaß, wie in größeren Unternehmen.⁶ Hier ist das Verhältnis zwischen bürokratischem Aufwand und Nutzen für die Qualität der Arbeit zu berücksichtigen. Andererseits ist Psychoanalytikern oft nicht klar, zu welchen bürokratischen Maßnahmen (z.B. Leistungsdokumentation) sie aufgrund rechtlicher Vorgaben tatsächlich verpflichtet sind, was in Hinblick auf eventuelle rechtliche Auseinandersetzungen mit Patienten oder KV (Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen) riskant ist (Piechotta/Meier 2002).

Ein Qualitätsproblem sind die unprofessionellen Praxisstrukturen und die mangelhafte Wirtschaftlichkeit in der Praxisführung, die durch die Honorarstrukturen bedingt sind: Psychotherapeuten sind gezwungen, die Arbeiten, die üblicherweise in Arztpraxen von Angestellten oder im Rahmen der Sprechstunde, mit entsprechenden Abrechnungsziffern, erledigt werden, unbezahlt in ihrer Freizeit selbst zu erledigen: Bereitstellen einer Telefonzeit, Rückrufe der Patienten, die auf den Anrufbeantworter gesprochen haben, Schreibarbeiten, Dokumentation, Abrechnung, usw. Durch Zusammenschlüsse von Therapeuten in Gemeinschaftspraxen oder Praxisnetzen wird sich nur ein Teil dieses Aufwands effizienter organisieren lassen; stattdessen entstehen neue organisatorische Aufgaben. Im Rahmen von QM muß das berücksichtigt werden, gleichzeitig ist aber auch

⁶ Es ist beispielsweise fraglich, wie sinnvoll es ist, für ein Ein-Personen-Unternehmen ein QM-Handbuch zu erarbeiten, in dem der Praxisinhaber für sich selbst sämtliche Arbeitsabläufe detailliert beschreibt. Das wäre nach DIN ISO gefordert, und ist für die klare Regelung von Verantwortlichen und Information aller Mitarbeiter in einer größeren Organisation (wie z.B. der Ausbildungsambulanz eines Instituts) auch durchaus sinnvoll.

unklar, wie die zusätzlichen Aufgaben für das QM der Praxis (z.B. höherer Dokumentationsaufwand, Auswertung von Fragebögen) finanziert werden können.

In allen QM-Modellen wird neben den technischen auch den personellen Ressourcen, also den Mitarbeitern, ein großer Stellenwert eingeräumt, aufgrund ihres Einflusses auf die Qualität der Produkte oder Leistungen. In einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis leistet der Praxisinhaber ganz persönlich die wertschöpfende Arbeit, die in größeren Organisationen von den Mitarbeitern erbracht wird; die zentrale personelle Ressource einer ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis ist also der Arzt/Psychotherapeut. Noch stärker ausgeprägt als in der somatischen Medizin sind die psychischen Ressourcen des Psychotherapeuten das wichtigste Arbeitsmittel. Ihre Pflege und Wartung ist von ebenso großer Bedeutung für die Qualität der Arbeit, wie in somatischen Arztpraxen die Pflege und Wartung von Mitarbeitern, Apparaten und Instrumenten. Insofern müssen die Forderungen, die in QM-Systemen bezüglich der Mitarbeiter gelten, auch auf den Praxisinhaber angewandt werden, und zwar nicht nur die Pflichten (z.B. Fortbildung), sondern auch die Rechte (Gesundheits-, Arbeitsschutz), mit denen die Arbeitskraft erhalten und die Arbeitszufriedenheit gefördert wird (s. EFQM, Kriterium 3 Mitarbeiter: Belohnung, Unterstützung und Anerkennung der Mitarbeiter). Dazu gehören Aktivitäten der Psychotherapeuten wie Selbstreflexion und Austausch mit Kollegen (Supervision, Intervision). Aber auch geeignete Praxisstrukturen, ausreichende Bezahlung, Begrenzung der Arbeitszeit und ausreichende Erholungszeit sind für Psychotherapeuten kein unangemessener Luxus in einer Zeit, in der es allen schlechter geht, sondern Voraussetzung dafür, daß sie ihr psychisches Instrumentarium mit höchster Qualität einsetzen können, gerade auch unter der hohen psychischen Beanspruchung in der Behandlung von schwerer gestörten Patienten.

Zum Bereich Praxisführung gehören außerdem:

- Alle Aktivitäten, die der Qualitätsorientierung dienen, die in QM-Systemen unter „Verantwortung der Leitung“ und „Ständiger Verbesserungsprozeß“ gefaßt werden: Praxis-Leitbild, Qualitätsziele und -politik der Praxis, Identifizieren von Verbesserungspotential, Qualitätsplanung, Fortbildung und Innovation, Qualitätsbericht der Praxis.
- Zusammenstellung und Kenntnis der Rahmenbedingungen: Vertrags-, Berufs-, Sozialrecht, KV-Richtlinien, ethische Standards (Fachgesellschaften), Psychotherapie-Richtlinien, Leitlinien, usw.
- Dokumentation und Datenmanagement: Sammeln qualitätsrelevanter Daten, Vollständigkeit und Übersichtlichkeit der Dokumentation, Datenschutz, Datensicherheit.
- Evaluation und Monitoring: Analyse und Nutzung qualitätsrelevanter Daten, Auswertung von Tests, Fragebögen und sonstigen Rückmeldungen.

Für diesem Bereich gibt es zum Teil rechtliche Vorgaben oder Standards, über die innerhalb der Fachgruppe Konsens besteht (Fortbildungs-Curricula, Ethik-Richtlinien). Darüber hinaus muß der Praxis-Inhaber selbst definieren, welche Standards und Verbesserungspotentiale er für seine Praxis im Rahmen seiner Möglichkeiten und Praxisschwerpunkte sieht und für umsetzbar hält. Auch hier können langfristig weitere Qualitätsstandards und Meßgrößen für die Praxen von Psychoanalytikern sowie die notwendige Infrastruktur (z.B. geeignete Auswertungsmöglichkeiten) entwickelt werden.

Zertifizierung des Qualitätsmanagement-Systems

Eine Zertifizierung hat das Ziel, nach außen darzulegen, daß das zertifizierte Produkt oder Unternehmen bestimmten Anforderungen genügt. Im Rahmen einer QM-Zertifizierung wird entweder ein bestehendes Qualitätsmanagement-System auf seine Funktionsfähigkeit geprüft (z.B. Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 durch ein akkreditiertes Zertifizierungsunternehmen), unter der Annahme, daß ein gut funktionierendes QM-System auch zu guten Produktionsergebnissen führt. Oder aber es gibt einen Katalog von Qualitätskriterien und -Indikatoren, die überprüft werden und ab einem bestimmten Ausmaß der Erfüllung zu einem Zertifikat, Gütesiegel o.ä. führen. Die Aussage einer Zertifizierung

kann je nach zugrundeliegendem Modell eher statisch sein: das QM-System entspricht der Norm, die Einrichtung erzeugt gleichbleibende Qualität, erfüllt einen Mindeststandard. Sie kann aber auch eher dynamisch sein: die zertifizierte Einrichtung befindet sich in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozeß, strebt nach immer besseren Leistungen. Eine externe Zertifizierung durch offizielle Zertifizierungsunternehmen bedeutet zum einen erhebliche Kosten, und zum anderen, daß das Qualitätsmanagement-System der psychoanalytischen Praxen sich für die Zertifizierung an vorgegebene Konzepte anpassen müßte. Das hätte Auswirkungen auf Arbeitsabläufe und Inhalte, und hätte vor allem eine erhebliche Zunahme an Bürokratie zur Folge, die für Ein-Personen-Unternehmen nicht angemessen und notwendig erscheint.

Eine Alternative wäre das Prinzip der Qualitätsüberprüfung durch kollegiale Praxisvisitationen, wie es in Kanada, England und Holland seit einigen Jahren in der ambulanten Medizin entwickelt und durchgeführt wird (Möller 2001, Klemperer 2002). Dieses Prinzip wird auch von der ÄZQ empfohlen, da es nicht den Aspekt der (fachfremden) Kontrolle enthält, sondern die fachlich-inhaltliche Diskussion fördern soll. Das Modell basiert auf der kollegialer Beurteilung der Praxis nach einem vorgegebenem Kriterienkatalog, der z.B. von der entsprechenden Fachgesellschaft festgelegt wird, mit Hilfe verschiedener Instrumente:

- Selbstbewertung der Praxis
- Praxisbegehung durch Visitoren
- Befragung von Patienten, Personal und Arzt
- Feedback-Report der Visitoren mit Verbesserungsvorschlägen

Bewertet werden Kompetenzen und Maßnahmen im Bereich der Praxisorganisation, Einhaltung bestimmter Standards und Leitlinien, Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung teilnehmenden Professionen, Dokumentation und bisher realisierte Ansätze zu einer systematischen Qualitätsförderung. Durch die Auseinandersetzung mit einer Außenperspektive auf der fachlich-kollegialen Ebene sollen die konstruktive Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit gefördert und Anreize zur Verbesserung gegeben werden.

Das Konzept stammt aus dem somatischen Bereich; es muß für psychotherapeutische Praxen entsprechend adaptiert, und die zu überprüfenden Inhalte und Kriterien müssen neu definiert und operationalisiert werden. Das Prinzip des Peer-Review, das das Modell der Praxisvisitationen kennzeichnet, existiert bereits in der Psychotherapie und ist den Psychoanalytikern grundsätzlich vertraut (Gutachterverfahren, Intervision). Durch kollegiale Praxisvisitationen würde allerdings noch wesentlich stärker direkt Einblick genommen in die Abläufe der Praxis. Bei der Einführung dieses Verfahrens wird es für die Akzeptanz wesentlich sein, daß der Nutzen für die eigene Arbeit deutlich wird.

Ein Zertifikat nach diesem Modell würde, bezogen auf das vorgeschlagene QM-Konzept, aussagen: Diese Praxis befindet sich in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozeß, den sie regelmäßig nach bestimmten, von der Fachgesellschaft definierten und öffentlich nachvollziehbaren Kriterien in einem festgelegten Verfahren von Fachkollegen überprüfen und bewerten läßt. Bei Bedarf könnte das Verfahren aber auch in Richtung DIN ISO-Zertifizierung oder EFQM-Bewertung weiterentwickelt werden, da in dem zugrundeliegenden QM-Konzept die wesentlichen Bestandteile dafür enthalten sind.

Zusammenfassung und Zukunftsperspektive

Das vorgeschlagene QM- und Zertifizierungskonzept hat zum Ziel,

- eine qualitativ hochwertige Versorgung im Bereich der ambulanten analytischen Psychotherapie zu gewährleisten, und diese auch nach den Kriterien der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit darzustellen,
- Formalisierungen und Kontrolle weitgehend zu vermeiden, stattdessen Stärken und Kompetenzen, aber auch Verbesserungspotentiale deutlich zu machen, um so das Interesse für eine kontinuierliche Verbesserung (und QM als einer Möglichkeit dafür) bei den niedergelassenen Psychoanalytikern zu fördern,

- die bereits vorhandenen qualitätssichernden Aktivitäten von Psychoanalytikern zusammenzufassen und zu systematisieren, implizite Annahmen und Vorgehensweisen explizit zu formulieren und damit transparent und kommunizierbar zu machen,
- QM-Prinzipien wie Bedarfs- und Ergebnisorientierung und insbesondere die Patienten- und Beziehungsorientierung als fundamentale Bestandteile von analytischer Psychotherapie (und ihre entscheidende Rolle für ein gutes Therapieergebnis) darzustellen,
- die Auseinandersetzung mit neuen Elementen wie externer Evidence (EbM, Leitlinien) und Fremdreferenzen zu fördern und einen geeigneten Rahmen für deren Erprobung zur Verfügung zu stellen,
- zur (Weiter-)Entwicklung von geeignete Qualitätskriterien und -Indikatoren und klinischen Meßgrößen beizutragen,
- Transparenz über die Tätigkeit in psychoanalytischen Praxen herzustellen, und damit einen Weg zu etablieren, wie man „Öffentlichkeit“ in einem bisher nicht-öffentlichen Bereich einführen kann, ohne die Qualität eines Verfahrens zu mindern, das sehr stark auf Intimität und Vertraulichkeit begründet ist,
- und damit letztlich die spezifische Qualität von analytischer Psychotherapie deutlich zu machen: für potentielle „Kunden“ sollte erkennbar werden, welches besondere „Produkt“ sie in einer analytischen Praxis erwartet, und aufgrund welcher Nöte und Bedürfnisse sie sich davon angesprochen fühlen könnten.

Es kann eine Aufgabe für Fachgesellschaften und Berufsverbände sein, ihren Mitgliedern ein solches professionelles QM-Konzept und ein entsprechendes Zertifizierungsverfahren (evtl. in Kooperation mit geeigneten Institutionen) zur Verfügung zu stellen. Mit dem Zertifikat würden zum einen die Forderungen des Gesetzgebers (SGB V) erfüllt: Es bestätigt, daß nach fachlichen Kriterien überprüft wurde, ob der Therapeut seine Leistungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechend und in der fachlich gebotenen Qualität erbringt, und daß er an umfangreichen einrichtungsübergreifenden Maßnahmen teilnimmt, die zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zum anderen würden die so Zertifizierten die Zielvorgaben der Gesundheitsministerkonferenz erfüllen, was vor allem in Hinblick auf die geplante Koppelung von Versorgungsverträgen an Qualitätskriterien von existentieller Bedeutung für die niedergelassenen Analytiker sein wird.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind wohl doch keine Modeerscheinung, die vorübergehen wird und die man nur aussitzen muß – was viele Psychotherapeuten immer noch hoffen. QS und QM stehen, abgesehen vom ökonomischen Druck, im Zusammenhang damit, daß immer komplexer werdende Produktionsprozesse und immer unübersichtlicher werdendes Wissen neue Techniken der Systematisierung und Standardisierung erfordern, nicht nur auf der Ebene der materiellen, sondern auch auf der Ebene der geistigen Produktion und ihrer Planung und Organisation. Die technischen Möglichkeiten erlauben es, immer größere Datenmengen zu sammeln und auszuwerten, und damit auch wesentlich detaillierter komplexe Prozesse und Abläufe zu „berechnen“. Von einem solchen Wandel werden alle Bereiche erfaßt, auch die persönlichen Beziehungen und damit auch die Entwicklung der psychischen Strukturen, z.B. hinsichtlich Identität, Intimität, Bindungs- und Beziehungsmustern. So wie die Menschen im Zuge der industriellen Revolution neue Sozialtechniken und psychische Strukturen entwickeln mußten, z.B. einen neuen Umgang mit Zeit und Geschwindigkeit, so müssen sie angesichts der jetzigen technischen und Wissens-Explosion neue Fähigkeiten und soziale Kompetenzen entwickeln. Qualitätsmanagement ist eine davon, und bestimmte Prinzipien des QM werden vielleicht den nächsten Generationen schon „in Fleisch und Blut“ übergegangen sein.

Der Psychoanalyse und den Psychoanalytikern steht einiges bevor: Sie sind gefordert, sich differenziert mit diesen gesellschaftlichen Entwicklungen auseinanderzusetzen, statt sie nur als pathologisch und pathologisierend zu beklagen, und damit Gefahr zu laufen, den Anschluß an den gesellschaftlichen Dialog zu verlieren. Sie müssen für die Anwendungsbereiche der Psychoanalyse, z.B. für das Überleben als Krankenbehandlung, Möglichkeiten für den Umgang mit den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen entwickeln, sich andererseits aber auch mit den Grenzen des Machbaren auseinandersetzen: an welchen Stellen wird der „Spagat des Psychoanalytikers“ (Baur-Morlok 2000) gesund-

heitsschädlich? Die gesellschaftliche Realität unserer Patienten macht auch vor unseren Praxen nicht halt, wir werden dort keinen gesellschaftsfreien Raum erhalten können, sondern müssen für uns selbst einen psychoanalyse-gemäßen Umgang mit diesen Realitäten entwickeln, und damit auch unseren Patienten vermitteln, wie man damit umgeht und sich trotzdem seinen inneren Raum erhält. Qualitätsmanagement hält nicht DIE Lösung bereit, sondern konfrontiert uns mit neuen Fragen und Auseinandersetzungen. Ein Konzept wie das vorgelegte ist dabei nur ein Anfang; es muß durch die Umsetzungsarbeit der einzelnen Analytiker ausgefüllt werden, was angesichts der jetzt bereits bestehenden Belastungen wie Sisyphosarbeit erscheint.

Aber wie schreibt Camus in seinem Mythos von Sisyphos: „Wir müssen uns Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen.“

Literatur

- Adams S (1999) Das Dilbert Prinzip. Die endgültige Wahrheit über Chefs, Konferenzen, Manager und andere Martyrien. Heyne, München
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Q-M-A. Das Informations- und Fortbildungsprogramm für Qualitätsmanagement in der Ambulanten Versorgung. www.aeqz.de
- Badura B, Strodtholz P (1998) Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwarz, FW, Badura, B, Leidl, R, Raspe, H, Siegrist, J (Hg): Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore: 574-584
- Baur-Morlok J (2000) Der Spagat des Psychoanalytikers. In: Schlösser A-M, Höfeld K (Hg.) Psychoanalyse als Beruf. Psychosozial-Verlag, Gießen: 349-366
- Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2001) Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie – Ergebnisse der Untersuchung psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-Psychotherapien in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg.) Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart: 271-276
- Camus A (1997) Der Mythos von Sisyphos. rororo
- Dankwardt JF, Gattig E (1996) Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. fromman-holzboog, Stuttgart Bad Cannstadt
- DIN EN ISO 9000 (2000) Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe. Beuth-Verlag, Berlin Wien Zürich
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36: 455-473
- European Foundation for Quality Management (1999) Das EFQM-Modell für Excellence. Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen. Brüssel
- Hartmann S, Zepf S (2002) Effektivität von Psychotherapie. Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. Forum Psychoanal 18: 176-196
- Heinzel R (2001) Psychotherapie verringert Gesundheitskosten – Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnesticen Evaluationsstudie. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg.) Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart: 356-375
- Keller W, Westhoff G, Dilg R, Bohner R, Studt H (2001) Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestiche Studie. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hg.) Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart: 343-355
- Klemperer D (2002) "Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten" – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (1997) Psychoanalysen im Rückblick. Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnesticen Forschung. Psychosozial Gießen
- Möller J (2001) Methoden zur Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen. Gesundh ökon Qual manag 6: 26-33
- Nedelmann, C (1990) Die Psychoanalyse als Krankenbehandlung in der kassenärztlichen Versorgung. Ein Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien. Forum Psychoanal 6: 1-14, 7-162
- Piechotta B, Karger A (1996) C³I [Command, Control, Communications and Intelligence]. Überlegungen zur Qualitätssicherung in der analytischen Psychotherapie. Forum Psychoanal 12: 356-362
- Piechotta B (1998) Basisdokumentation Fachpsychotherapie – Wer sichert die Qualität der Qualitätssicherung? Forum Psychoanal 14: 275-288
- Piechotta B (2000a) Psychoanalyse im Elch-Test – Analytische Behandlungsqualität und Behandlungsziele unter veränderten Rahmenbedingungen für ambulante Psychotherapie. In:

- Schlösser A-M, Höhfeld K (Hg.): Psychoanalyse als Beruf. Psychosozial-Verlag, Gießen: 367-384
- Piechotta B (2000b) Zum Dialog zwischen Praxis und Klinik. Ein Beitrag zur Struktur- und Prozeßqualität der psychotherapeutischen Versorgung. In: Ruff W (Hg.) Heilsame Begegnungen: Netzwerke in der stationären Psychotherapie. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen: 29-47
- Piechotta B (2000c) Bericht über die DPTV-Veranstaltung „Pro und Contra: Das Gutachterverfahren in der Psychotherapie“ am 26.8.00 in Köln. Supplement 3 der Zeitschrift Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Jg. 32, Heft 3) dgvt-Verlag, Tübingen
- Piechotta B, Meier U (2002) Zwischen Scylla und Charybdis – Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen im Spannungsfeld von Nachweispflicht und Praktikabilität. Psychotherapeutische Praxis 2: 158-164
- Rudolf G, Jakobsen T, Hohage R, Schlösser A (2002) Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste. Psychotherapeut 47: 249-253
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (1999) Evidenzbasierte Medizin. W. Zuckschwerdt Verlag, München
- Sandell R (1997) Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hg.) Psychoanalysen im Rückblick. Psychosozial-Verlag, Gießen: 348-365
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nomos-Verlag, Baden-Baden
- Seligman M (1995) The Consumers Report Study. American Psychologist 50, 12: 965-974
- Staats H, Biskup J, Kreische R, Leichsenring F (2002) Symptome, Ziele und Probleme: Veränderungsverläufe in psychoanalytischen Therapien. Psychother Psychosom med Psychol 52, 114 ff.

Autorenbiographie:

Beatrice Piechotta, niedergelassene Psychoanalytikerin (DPG, DGPT), Dozentin und Lehranalytikerin am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. QM-Auditorin (TÜV), TQM-Assessorin (DGQ).

Berufspolitische Tätigkeit in DGPT (Leitung des Arbeitskreises „QS-Konzeption für niedergelassene analytische Psychotherapeuten“), DGPM (Stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes NRW) und AFTAP, mit Schwerpunkt Qualitätssicherung.

Veröffentlichungen zu Qualitätssicherung (www.psychotherapie.org/piechotta)

Anschrift:

Beatrice Piechotta

Rosmarinstr. 12 L

40235 Düsseldorf

e-mail: bpiechotta@t-online.de