

Qualitätssicherung für niedergelassene analytische Psychotherapeuten (QNAP) Evaluation eines QS-Projektes von niedergelassenen Psychoanalytikern in NRW 2001 – 2004

Beatrice Piechotta, Dr. Ulrich Müller

Nicht alles was zählt, kann gezählt werden, und
nicht alles was gezählt werden kann, zählt!
Albert Einstein

Zusammenfassung:

Das QNAP-Projekt (2001 – 2004) wurde initiiert von niedergelassenen Psychoanalytikern, um Instrumente für die interne Qualitätssicherung in der Praxis zu erproben. Für die Datenerhebung zu den Behandlungen wurde QPP (Prof. Rudolf, Heidelberg) eingesetzt, das aus einer Testbatterie und Elementen der OPD besteht.

In der anschließenden Evaluation wurden die Teilnehmer nach ihrer professionell begründeten Einschätzung befragt, ob die eingesetzten Instrumente geeignet sind, Krankheitsbild und Behandlungsergebnisse zutreffend abzubilden, auf Blockaden in den Behandlungen aufmerksam zu machen, und neue Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten für die Behandlung zu eröffnen. Sie beurteilten den Nutzen der Instrumente für die Qualität der therapeutischen Arbeit, die Praktikabilität im Praxisalltag, sowie die Veränderungen von therapeutischer Beziehung, Übertragung und Gegenübertragung durch den Einsatz der Fragebögen.

Die Aussagen von 15 Teilnehmern, bezogen auf 63 Behandlungen, erlaubten keine quantitative Analyse; die qualitative Auswertung stellt einen Erfahrungsbericht von berufserfahrenen, am Thema interessierten Praktikern dar. Die Teilnehmer attestierten dem Einsatz der Instrumente einen begrenzten Nutzen, gaben aber auch skeptische bis negative Rückmeldungen zu vielen Aspekten. Der Nutzen rechtfertigte aus Sicht der meisten Teilnehmer nicht den Aufwand. Aus den differenzierten Rückmeldungen lassen sich Konsequenzen für die zukünftige Gestaltung von QS- und QM-Maßnahmen folgern.

Das Projekt „Qualitätssicherung für niedergelassene analytische Psychotherapeuten“ (QNAP) ist eines der ersten QS-Projekte von niedergelassenen Psychotherapeuten in der BRD, durchgeführt von Psychoanalytikern in NRW von 2001 bis 2004. Es wurde initiiert von der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des „Arbeitskreises Freiberuflich Tätiger Analytischer Psychotherapeuten in NRW“ e.V. (AFTAP), einem Verein von niedergelassenen Psychoanalytikern. Die Arbeitsgruppe (Jutta Baur-Morlok, Dr. Kurt Husemann, Bettina Mudrich, Dr. Dr. Stefan Nagel, Leitung: Beatrice Piechotta) beschäftigt sich seit 1996 mit Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten Psychotherapie.

Hintergrund für das Projekt war die Forderung nach objektiven Daten für die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie, und die kritische Auseinandersetzung vieler

niedergelassener Psychotherapeuten und Psychoanalytiker mit den vorgeschlagenen QS-Maßnahmen (z.B. der Psy-BaDo), die sowohl hinsichtlich der Instrumente, als auch der Vorgehensweise für ungeeignet gehalten wurden. Auf der Suche nach besser geeigneten QS-Verfahren entschied sich die Arbeitsgruppe dafür, ein Konzept von Professor G. Rudolf, Heidelberg, zu erproben. Dieses Konzept stellt unter dem Namen „Qualitätssicherung für Psychotherapeutische Praxen (QPP)“ eine Testbatterie und Elemente der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) zusammen.

Ziel des Projektes war von Seiten der Initiatoren: Die Eignung, Nützlichkeit und Praktikabilität dieses Konzeptes für die Qualitätssicherung¹ von Psychoanalytikern soll im Praxistest untersucht werden, um daraus Schlüsse für das weitere Vorgehen hinsichtlich QS ziehen zu können. Es ging nicht – wie bei anderen QS-Projekten – darum, anhand der Auswertung von Behandlungsdaten die Qualität der Arbeit für gesichert oder nachgewiesen zu erklären. Das Wesentliche des Projektes bestand darin, daß berufserfahrene niedergelassene Psychoanalytiker ihre professionell begründeten Einschätzung äußern, ob die eingesetzten Instrumente und deren Auswertung geeignet sind, Krankheitsbild und Behandlungsergebnisse zutreffend abzubilden, auf Qualitätsmängel oder -blockaden in den Behandlungen aufmerksam zu machen, und neue Verstehens- und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Daher plante die Projektgruppe von vornherein eine Evaluation. Sie formulierte vor Beginn des Projektes Anforderungen und Fragestellungen, anhand derer der Nutzen beurteilt werden sollte:

1. Neue, zusätzliche QS-Maßnahmen sollen die bereits praktizierte Eigenverantwortung der Therapeuten für die Qualitätsüberprüfung und -verbesserung nicht durch externe Kontrolle einschränken, sondern weiter fördern.
2. QS-Instrumente, die Psychoanalytikern verwertbare Hinweise für die Therapie geben sollen, dürfen sich nicht auf Symptome beschränken, sondern müssen auch die Bereiche (Beziehung, Konflikte, Struktur) erfassen und abbilden, die in der analytischen Psychotherapie behandlungsrelevant sind.
3. Eine Maßnahme, die darauf abzielt, Ergebnisse zu verbessern, sollte nicht nur am Anfang und Ende, sondern auch im Verlauf der Behandlung ansetzen und entscheidungsrelevante Informationen zur Prozeßqualität geben.

¹ Hier wird noch ein unscharfer Begriff von Qualitätssicherung gebraucht, ohne zwischen QM und QS zu differenzieren, wie es damals in der gesundheitspolitischen Diskussion üblich war.

4. Eine systematisierte Dokumentation wesentlicher Aspekte der Therapie, die mehr Transparenz über die höchst subjektiven und individuellen Abläufe in der Psychotherapie herstellen soll, sollte die subjektiven Einschätzungen vom Therapeut und Patient möglichst zutreffend darstellen.
5. QS-Maßnahmen sollten möglichst wenig in den Therapieprozeß und in die therapeutische Beziehung störend eingreifen.
6. QS-Maßnahmen, die zusätzlich zu den bisherigen, arbeitsaufwendigen Maßnahmen (Gutachterverfahren) durchgeführt werden, müssen im Routineeinsatz in der Praxis handhabbar sein, sie müssen einen direkten Nutzen für die Anwender bringen, und der Zeit- und Kostenaufwand muß in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen.
7. Die Projekt-Laufzeit muß lang genug sein, um analytische Psychotherapien bis zum Ende verfolgen zu können und eine Katamnese nach frühestens einem halben Jahr zu ermöglichen, also 4 – 5 Jahre.

Die Projektgruppe entwickelte vor Beginn des Projektes einen Fragebogen (überarbeitete Fassung s. Anhang), in dem diese Anforderungen für die abschließende Evaluation konkretisiert und operationalisiert wurden.

Erster Teil des QNAP-Projektes: Einsatz von QPP

Die Projektgruppe gewann 31 niedergelassene psychologische und ärztliche Psychoanalytiker in NRW zur Mitarbeit. Nach einer Einführung zu den Instrumenten setzten die Teilnehmer von Mai 2001 bis Anfang 2004 die Fragebögen von QPP in ihren Praxen ein, zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Behandlungen. Die ursprünglich vorgesehene Laufzeit von 4 - 5 Jahren wurde vom Auswertungszentrum Heidelberg zu Beginn des Projektes auf knapp 3 Jahre verkürzt.

QPP besteht aus einer Testbatterie (Selbst- und Fremdeinschätzungsskalen, Elemente der OPD) und einer bestimmten Vorgehensweise im Umgang mit Datenerhebung und Daten. Um die therapeutische Beziehung vor Einflüssen durch die Datenerhebung zu schützen, sollten die Patienten ihre Fragebögen nicht ihrem Therapeuten zurückgeben, sondern direkt an das Auswertungszentrum Heidelberg schicken. Die Anonymität der

Patientendaten wurde durch eine Chiffre gewährleistet. Die Auswertung der Behandlungsdaten zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten wurde in Heidelberg durchgeführt, und dann jeweils dem behandelnden Therapeuten per e-mail zugeschickt. Die Finanzierung für die Arbeit des Auswertungszentrums Heidelberg übernahm die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG).

QPP – Instrumente

Patient:

- Psycho-sozial-kommunikativer Befund PSKB (Rudolf)
- Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D (Horowitz, Strauß, Kordy)
- Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF (Becker): Skala Seelische Gesundheit
- Therapeutische Arbeitsbeziehung TAB (Rudolf)
- Einschätzung der durch die Therapie bewirkten Veränderungen

Therapeut:

- Diagnose nach ICD 10
- Beschreibung des Zentralen Beziehungsthemas
- Globale Einschätzung des strukturellen Niveaus
- Beeinträchtigungsschwere-Score BSS (Schepank)
- Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD: Festlegen von Fokussen auf der Achse Konflikt und Struktur
- Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande, Oberbracht): Einschätzen der Fokusse auf der Umstrukturierungsskala
- Therapeutische Arbeitsbeziehung TAB (Rudolf)
- Direkte Einschätzung von Symptomatik und Krankheitserleben
- Direkte Einschätzung der erreichten strukturellen Veränderungen

Die Rückmeldung des Auswertungszentrums bestand aus einer Wiedergabe der Therapeutenangaben, einer grafischer Darstellung und kurzen, weitgehend standardisierten Interpretation der Testergebnisse, sowie einer ebenfalls weitgehend standardisierten „Zusammenfassung und Beurteilung“; sie umfaßte 5 Seiten bei der Ersterhebung, und jeweils 11 Seiten bei den Folgerhebungen. Die Fragebögen von Patient und Therapeut blieben in Heidelberg.

Ergebnisse der Diskussion mit den Teilnehmern

Die Projektgruppe veranstaltete mehrere Teilnehmertreffen, zu denen insgesamt 15 Teilnehmer kamen und ihre Behandlungen inklusive der Datenauswertung vorstellten und intensiv diskutierten; die Diskussion wurde umfassend protokolliert.

Die meisten Teilnehmer hatten vorher keine Tests in der Praxis eingesetzt, und hatten nur zum Teil vom Studium her Kenntnisse der Testtheorie. In der detaillierten Diskussion einzelner Fälle kamen viele Fragen zu den Tests und ihrem Einsatz in der psychoanalytischen Praxis auf. Beispielsweise war für den Fragebogen zur Therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) nicht bekannt, was die angegebenen Durchschnittswerte, die offenbar aus dem stationären Bereich stammen, für den ambulanten Bereich aussagen. Auch war unklar, ob die Fragen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung auf der Ebene des manifesten Verhaltens zu beantworten sind, oder auf der Ebene dessen, was der Therapeut dahinter spürt und erschließt. Frage einer Teilnehmerin: „Auf welcher Ebene soll ich die Frage beantworten „Der Patient reagiert negativ auf mich“ – oberflächlich gesehen tut er das nicht, aber ich spüre unterschwellige Feindseligkeit, und dahinter steht wiederum der abgewehrte Wunsch, anerkannt und geliebt zu werden.“

Die Rückmeldungen des Auswertungszentrums waren ohne nähere Informationen über die eingesetzten Tests nur begrenzt verständlich. Sie bestanden zum Teil aus Textbausteinen, die nicht immer einen Sinn ergaben oder manchmal als redundant erlebt wurden.

Ausschnitt aus einer Rückmeldung der Testergebnisse (Zitat):

Zusammenfassung und Beurteilung:

Der *Patient* gibt in seiner Selbsteinschätzung zu Beginn (PSKB-Se-R **Symptomskalen**) **eine extreme Belastung an**.
Später gibt er **eine deutliche Belastung an, die Belastung als nicht vorhanden an**, , .
Der *Patient* gibt in seiner Selbsteinschätzung zu Beginn (PSKB-Se-R **Charakterstabilen**) **eine deutliche Belastung an**.
Später gibt er **eine schwere Belastung an, eine erkennbare Belastung an**, , .
(Mögliche Ausprägungen der Symptombelastung sind:
nicht erkennbar / erkennbar / deutlich / schwer / extrem)

Nach den Angaben des *Patienten* (im IIP) ist zu Beginn **eine interpersonelle Belastung als schwer einzuschätzen**. Später ist dann eine interpersonelle **Belastung erkennbar, nicht vorhanden**, , .

Beispiel für den individualisierten Teil der Rückmeldung (Zitat)

Als **Beziehungsfigur** wurde beschrieben:²

Die Pat. versucht, die Erwartungen ihres Partners zu erfüllen, von dem sie sich Sicherheit, Geborgenheit und Versorgung wünscht. Die Beziehung ist geprägt davon, dass sie sich durch Trennungsdrohungen einschüchtern lässt und Wünsche nach Eigenständigkeit zurückstellt. Die abgewehrte Aggression und Enttäuschung werden in Form von Depression und masochistischem Triumph gegen das Selbst gewendet, z.T. dringen sie ins Bewusstsein durch und rufen Angst vor Impulsdurchbrüchen und den zu erwartenden Konsequenzen hervor.

Dieser Text wurde aus den handschriftlichen Angaben übernommen und kann deswegen Übertragungsfehler enthalten.

Zusammenfassung und Beurteilung:

...

Zur Beachtung:

Bei der Patientin liegt nach der Aussage der Th. eine durchaus relevant symptomatische Belastung vor, wobei die Pat. jedoch weder im PSKB noch im IIP und auch auf der Skala seelische Gesundheit symptomwertige Werte hat. Es wäre zu überlegen welche Persönlichkeitsstruktur /Störung eventuell dieses Antwortverhalten beeinflusst. Die geschilderte Beziehungsepisode läßt bereits vermuten, daß die Pat. kaum ein offenes Klagen /Anklagen zeigen kann. Es liegt eine gute Arbeitsbeziehung vor. Sollten die Überlegungen zum Antwortverhalten stimmen, ist für den weiteren Verlauf ist wahrscheinlich mit einer „Verschlechterung“ der Symptomwerte zu rechnen, ja gerade im positiven Sinne zu erwarten.

Es erschien als unnötiger Aufwand, daß der Therapeut auch die Daten, die er selbst produziert (Beschreibung des Zentralen Beziehungsthemas, Einschätzung der Struktur, BSS, OPD-Fokusse), an eine externe Stelle schickt, um dann die Wiedergabe seiner eigenen Angaben als „Auswertung“ zurückzubekommen. Auch erschien es als etwas mühsam, die relevanten neuen Informationen aus den 5- bis 11-seitigen Rückmeldungen herauszufiltern.

Der praktische Umgang mit den Patientenfragebögen warf ebenfalls Fragen auf: Soll man mit dem Patienten besprechen, wie er die Fragebögen ausgefüllt hat, z.B. ihn auf Angaben ansprechen, die aus dem direkten Gespräch bisher nicht bekannt waren? Soll man mit dem Patienten das Auswertungsergebnis besprechen? Wie kann man den Patienten die Ergebnisse erläutern, wenn man sie selbst nicht richtig versteht?

² Wiedergabe dessen, was der Therapeut im Therapeutenfragebogen geschrieben hatte.

Der zeitliche Abstand der Rückmeldung zur Datenerhebung wurde häufig als zu groß erlebt. Wenn die Auswertung erst Wochen später kam, ging den Therapeuten der Bezug zu der Situation verloren, in der die Daten erhoben worden waren.

Ergebnisse der Patientenfragebögen

Den Teilnehmern wurde deutlich, wie stark die Angaben der Patienten durch ihre Introspektionsfähigkeit und ihr Bewußtsein für ihre Problematik beeinflusst wurden. Es kam aber auch vor, daß Patienten im Fragebogen Probleme nicht angaben, die ihnen bewußt waren. Beispielsweise kreuzte ein Patient mit massiver Angstsymptomatik als einziges Problem ein Körpersymptom an, nämlich Schwitzen.

Schriftliche Stellungnahme einer Teilnehmerin:

„Also eines fiel mir sehr auf - was ich so nicht erwartet hätte: die narzißtischen Männer beschreiben im Gespräch durchaus ihre Probleme und gestehen ihre Schwierigkeiten zu, aber im Fragebogen stellen sie sich auffallend und überwertig gesund dar. ... ich hatte damit nicht gerechnet, weil ich dachte, in der Anonymität des Fragebogens könnten die Befragten ganz allgemein "ehrlicher" sein.

Auffallend war auch, daß die eher abhängig/depressiv strukturierten Patienten sich im Fragebogen (noch) kränker darstellten, als sie es schon im Gespräch erkennen ließen. Dort fanden sich auch Hinweise auf Suizidalität, die die Befragten auch auf direktes Nachfragen im Gespräch so nicht geäußert hatten.“

Bei einigen Patienten wurden die zentralen Problembereiche (z.B. paranoide Symptome, Suchtverhalten bezüglich Internet und Pornographie), durch die Fragebögen überhaupt nicht abgebildet, weil keine entsprechenden Fragen darin vorkamen.

Auswirkungen auf Übertragung und Gegenübertragung

Besonders interessant waren für die Teilnehmer die möglichen Zusammenhänge und Auswirkungen hinsichtlich Übertragung und Gegenübertragung; dazu wurden verschiedene Erfahrungen und Überlegungen diskutiert:

- Wie wirkt sich die Übertragung auf die Antworten im Fragebogen aus, bzw. wie können die Auswertungsergebnisse auf dem Hintergrund der Übertragung interpretiert werden?

Beispiele:

Eine Patientin mit chronifizierter Phobie stellt bei der Verlaufserhebung nach einem Jahr keinen Fortschritt fest und beurteilt die Therapeutische Arbeitsbeziehung leicht negativ. Das wird von der Therapeutin nicht als tatsächliches Ausbleiben eines Fortschritts bewertet, sondern als Ausdruck der im therapeutischen Prozeß aktuell wirksamen negativen Mutterübertragung (Die Mutter hat mir nie das gegeben, was ich brauche.) verstanden.

Narzißtische Patienten schätzen sich im Fragebogen als überdurchschnittlich gesund ein; auch bei der Verlaufserhebung geben sie im Fragebogen nicht das an, was ihnen inzwischen als eigene Problematik bewußt geworden ist. Vermutete Übertragung: einem fremden Dritten (Fragebogen) gegenüber keine Schwäche zugeben.

- Bringen die Auswertungsergebnisse neue Erkenntnisse zur aktuellen Übertragung?

Beispiel:

Eine depressive Patientin mit ausgeprägter Somatisierung, die am Rande der Dekompensation stand, stellte sich sowohl bei der Eingangs- als auch bei der Verlaufserhebung als völlig unbelastet dar. Darauf angesprochen, sagte sie, sie sei gewohnt, nicht zu jammern, sich nicht „anzustellen“. Das war zwar für die Therapeutin keine ganz neue Information, verdeutlichte aber das Ausmaß dieses Übertragungsaspektes, und konnte für die therapeutische Arbeit genutzt werden.

- Wie wirkt sich der Einsatz der Fragebögen auf Übertragung und Gegenübertragung aus?

Es wurden keine Beobachtungen berichtet, daß der Einsatz der Fragebögen sich auf die Übertragung der Patienten auswirkt, wohl aber wurden Gegenübertragungsreaktionen auf Seiten der Analytiker diskutiert, die sich eher auf die externe Auswertung bezogen. Die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse wurde tendenziell nicht mehr als eine direkte Meinungsäußerung des Patienten erlebt, sondern als etwas Fremdes, scheinbar Objektives, das von dritter Seite hinzukommt. Vor allem negative Äußerungen von Patienten wurden auf diesem Weg als irritierend erlebt: der Patient ruft eine „höhere Instanz“ an, es gibt eine externe Instanz, die es besser weiß. Das wurde als eine Art Spaltung erlebt: Bestimmte Themen werden außerhalb der Therapie abgehandelt („Es geht etwas weg aus der Beziehung, wie durch ein Leck.“), und kommen auf eine nicht nachvollziehbare Weise verdaut wieder zurück. Wiederholt wurde die Frage diskutiert: Wie lassen sich scheinbar „objektive“ Rückmeldungen von außen in

die Behandlungsstrategie integrieren; sie wurden als etwas anderes erlebt, als Rückmeldungen im Rahmen von Supervision und Intervention.

Schließlich wurde auch der Versuch von QPP diskutiert, die therapeutische Beziehung möglichst wenig zu stören: Auch wenn der Therapeut die Fragebögen des Patienten nicht sieht, wird der Patient sich trotzdem fragen, über welche Informationen der Therapeut verfügt. Indem so getan wird, als würde die externe Datenauswertung nicht in die therapeutische Beziehung eingreifen, könnte ein blinder Fleck bzw. ein Tabu bei Patient und Therapeut entstehen.

Von den Teilnehmern wurde als besonders wichtig erachtet, daß bei den Fallbesprechungen überdeutlich wurde: Die Interpretation der Testergebnisse war nur mit Kenntnis des Patienten und des Behandlungsverlaufs möglich. Fragebögen – auch wenn sie anonym und extern ausgewertet werden – sind für Patienten kein neutraler Bereich, in dem sie sich frei und ungehemmt oder gar „objektiv“ äußern können. Die Antworten hängen von vielen Faktoren ab, wie z.B. von der Introspektionsfähigkeit des Patienten und von der aktuellen Übertragungssituation in der Therapie, aber auch von Übertragungen, die durch das Instrument selbst ausgelöst werden.

Zweiter Teil des QNAP-Projektes: Schriftliche Evaluation des Nutzens von QPP für die Qualitätssicherung in der psychoanalytischen Praxis

Der zweite Teil des Projektes bestand in der schriftlichen Befragung der Teilnehmer mittels eines Fragebogens, in dem sie den Nutzen von QPP für die Qualitätssicherung in der psychoanalytischen Praxis beurteilen sollten. Diesen Teil plante die Projektgruppe in Eigenregie, nachdem sich die ursprünglich erhoffte Gleichberechtigung zwischen Praktikern und Wissenschaftlern bei der Gestaltung des Projektes in einigen Punkten als nicht verwirklicht erwiesen hatte.

Die Durchführung der Evaluation erfolgte durch Beatrice Piechotta und Dr. Ulrich Müller (Leiter der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie, Rheinische Kliniken Düssel-

dorf - Kliniken der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf).³ Sie überarbeiteten den von der Projektgruppe vor Beginn des Projektes entworfen Evaluations-Fragebogen. Am Ende der Laufzeit des QPP-Einsatzes (Anfang 2004) wurde dieser Fragebogen von der Forschungsstelle an die Teilnehmer verschickt und ausgewertet. Aufgrund der kleinen Fallzahl war eine Auswertung mit den Methoden der quantitativen analytischen Statistik nur begrenzt möglich. Die Fragebögen wurden qualitativ ausgewertet.

Zu beachten ist, daß diese „Studie über eine Studie“ nicht intendierte, die QPP-Instrumente wissenschaftlich zu überprüfen und zu validieren. Die schriftliche Befragung sollte die Erfahrungen der Psychotherapeuten im Umgang mit den Instrumenten und dem Konzept von QPP im Praxisalltag faßbar machen.

Ergebnisse der Evaluation

30 von 31 Teilnehmern beantworteten den detaillierten Evaluations-Fragebogen, zum Teil mit differenzierten Kommentaren, die bei der Auswertung berücksichtigt wurden.

15 Teilnehmer hatten aktiv im Projekt mitgearbeitet, das heißt, Behandlungsdaten für insgesamt 63 Patienten erhoben (insgesamt 139 Erhebungszeitpunkte) und zur Auswertung nach Heidelberg geschickt. Die andere Hälfte der ursprünglich registrierten Teilnehmer hatte sich frühzeitig zurückgezogen. Diese beiden Gruppen unterschieden sich nur in einem Punkt signifikant: es beteiligten sich mehr weibliche (13 von insgesamt 18), als männliche (2 von insgesamt 12) Analytiker aktiv. Die in den Evaluationsbögen ausführlich dargestellten Gründe für den Ausstieg bezogen sich hauptsächlich auf die Praktikabilität: Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis war ihnen unergiebig, die Schulung für die Instrumente nicht ausreichend, und die praktische Umsetzung zu schwierig erschienen, die Kommunikation mit dem Auswertungszentrum Heidelberg hatte Unzufriedenheit hervorgerufen. Auch die verkürzte Laufzeit des Projektes trug zum Ausstieg bei, da die Teilnehmer gerade an der Erprobung des Konzeptes für die länger dauernden analytischen Psychotherapien interessiert waren, die aber im knapp 3-jährigen Projektzeitraum in der Regel nicht abgeschlossen werden konnten.

³ Die Arbeit der Forschungsstelle Düsseldorf (wissenschaftlichen Beratung, Überarbeitung der Evaluations-Fragebögen, Durchführung der Befragung und Auswertung) wurde von AFTAP und DGPT-Landesverband NRW finanziert.

Aufgrund der kleinen aktiven Teilnehmerzahl erlaubte die Evaluation keine statistisch signifikanten Aussagen. Hinsichtlich der ursprünglich formulierten Anforderungen (s. oben) lassen sich aber Tendenzen erkennen, die hier zusammengefaßt werden; sie beziehen sich auf die 15 Teilnehmer, die Patientendaten erhoben hatten:

- Patientenfragebögen: Obwohl im Rahmen von QPP mehrere Tests mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten eingesetzt wurden, konnten nach dem Eindruck der Teilnehmer die Problematik der Patienten und die relevanten Veränderungen im Verlauf der Therapie nicht immer ausreichend abgebildet werden. Für einen Teil der Behandlungen konstatierten die Therapeuten erhebliche Differenzen zwischen Testergebnissen und klinischem Bild (17 von 139 Erhebungszeitpunkten), und in einigen Fällen wurden wesentliche Bereiche der Problematik überhaupt nicht erfaßt. (Anforderung 4)
- Auch die Instrumente, die den verfahrens-spezifischen Bezug gewährleisten sollten (OPD-Skalen mit Heidelberger Umstrukturierungsskala), erschienen 9 von 14 Teilnehmern nur teilweise bis garnicht geeignet, die spezifisch psychoanalytische Sicht von Patient und Veränderungen in der Therapie abzubilden. (Anforderung 2, 4 und 6)
- Mit der Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Rückmeldungen vom Auswertungszentrum sowie dem zeitlichen Abstand zwischen Datenerhebung und Rückmeldung (meist 2 – 4 Wochen, z.T. erheblich länger) waren mehr als die Hälfte der Teilnehmer nicht zufrieden. Auch die Schulung der Instrumente wurde mehrheitlich nicht als ausreichend erachtet.
- Die vom QPP-Konzept beabsichtigte Trennung zwischen therapeutischer Beziehung und Patientenbefragung ließ sich in der praktischen Umsetzung offenbar nicht aufrechterhalten. Die Patienten gaben zum Teil ihre Fragebögen direkt an ihre Therapeuten zurück, 10 von 14 Therapeuten sprachen mit ihren Patienten über die Ergebnisse.
- Die Hälfte der Teilnehmer gab an, eine Veränderung der therapeutischen Beziehung durch den Einsatz der Instrumente beobachtet zu haben; diese Veränderung wurde überwiegend positiv bewertet. Diese Aussage steht im Kontrast zu dem gerade von

Psychoanalytikern häufig postulierten negativen Einfluß von Fragebögen auf die therapeutische Beziehung. In den mündlichen Äußerungen bei den Treffern wurde diese positive Einschätzung differenziert; die dort beschriebenen negativen Einflüsse standen aber eher im Zusammenhang mit der externen Auswertung. (Anforderung 5)

- Die Teilnehmer attestierten QPP einen gewissen Nutzen (Anforderung 6): Durch die Auswertungen der Patientenfragebögen bekamen sie für manche Behandlungen neue Informationen, die sich vor allem für das Verständnis von therapeutischer Beziehung und Übertragung verwerten ließen. In einzelnen Fällen gaben die Rückmeldungen Hinweise auf problematische Aspekte in der Behandlung, die dem Therapeuten noch nicht bekannt waren (Auffälligkeitssignal). Die Festlegung von OPD-Fokussen und ihre Einschätzung auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala erwies sich für die Hälfte der Teilnehmer als hilfreich für Therapieplanung oder Beurteilung von Verlauf und Ergebnis der Therapie. Die andere Hälfte verneinte dies. Die Hälfte gab an, daß die Auswertungen Denkanstöße hinsichtlich der Qualität der Arbeit lieferten, und ein wenig zur Verbesserung der Behandlungen beitrugen.
- Die Mehrzahl der aktiven Teilnehmer (10 von 14) kam abschließend zu dem Ergebnis, daß der Zeitaufwand (durchschnittlich 1,5 bis 4 Stunden pro Erhebung) eine hohe Belastung darstellt und sich gemessen am Nutzen nicht lohnt (Anforderung 6.). Sie würden QPP im Praxisalltag nicht einsetzen, oder wenn, dann nur mit Modifikationen. (Zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis kann inzwischen noch ergänzt werden: Im Realbetrieb soll der Einsatz von QPP voraussichtlich 80,- bis 100,- Euro pro Behandlung kosten.)

Hier soll nochmals betont werden, daß die Aussagen nicht statistisch signifikant sind. Sie sind als Erfahrungsbericht von 30 berufterprobten niedergelassenen Psychoanalytikern zu werten, von denen 15 die Instrumente in der Praxis eingesetzt und sich anhand eines umfangreichen Evaluationsfragebogen damit nochmals differenziert auseinandergesetzt haben. Diese Auseinandersetzung erbrachte zumindest die deutliche Tendenz, daß es im Praxistest zu vielen Aspekten von QPP keine überwiegende Zustimmung gab. Zu den meisten Evaluations-Fragen haben die Hälfte oder mehr als die Hälfte der

Teilnehmer eine skeptische bis negative Bewertung abgegeben. Bei denjenigen Teilnehmern, die viele Patienten ins Projekt einbrachten und dadurch mehr Erfahrung mit den Instrumenten sammeln konnten, war die negative Bewertung tendenziell noch ausgeprägter.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Das Ziel des Projektes bestand darin, Erkenntnisse zu gewinnen zu der Frage: Wie können niedergelassene Psychoanalytiker auf sinnvolle und nützliche Weise Behandlungsdaten erheben und für die Qualitätssicherung nutzen? Insofern ging es den Initiatoren und Teilnehmern des Projektes bei der kritischen Auseinandersetzung nicht darum, bestimmte Maßnahmen oder Instrumente abzulehnen, sondern in erster Linie war es ihr Ziel, aus den Erfahrungen Verbesserungen für zukünftige QS-Maßnahmen abzuleiten. Auch wenn sich die in QPP gesetzten Hoffnungen für die Teilnehmer nicht bestätigt haben, so hat das QNAP-Projekt als solches doch wertvolle Befunde und Anregungen erbracht, die nicht nur für Psychoanalytiker, sondern zum Teil auch für Psychotherapeuten mit anderem Verfahrenshintergrund gelten können.

Das Vorgehen der organisatorischen Trennung von Patientenfragebögen und therapeutischer Beziehung wirkt speziell für Psychoanalytiker zunächst ansprechend, weil dadurch gewährleistet scheint, daß die therapeutische Beziehung durch die Befragung weniger beeinflusst wird. Allerdings wurde die Trennung in der realen Umsetzung häufig nicht eingehalten, und beobachtete Einflüsse auf die therapeutische Beziehung wurden sogar positiv beurteilt. Die berichteten Gegenübertragungs-Phänomene lassen vermuten, daß die Intransparenz dieses Verfahrens die etwaigen negativen Einflüsse nicht verringert, sondern lediglich verlagert. So stellt sich die Frage, ob der aufwendige Versuch der Entkoppelung von Patientenbefragung und therapeutischer Beziehung überhaupt sinnvoll ist. Das übliche Vorgehen, daß nämlich der behandelnde Therapeut diagnostische Maßnahmen selbst durchführt, ist für beide Seiten transparenter, auch was die Handhabung damit verbundener Übertragungen angeht.

Es mag niedergelassenen Psychotherapeuten als Arbeitserleichterung erscheinen, sich nicht selbst um Auswahl, Auswertung und Interpretation der Tests kümmern zu müssen.

Ohne eigene Kenntnis von Testverfahren und Testtheorie, und ohne eigenen Einblick in die Patientenfragebögen – um sie z.B. hinsichtlich eigener Fragestellungen auszuwerten – bleibt der Therapeut aber auf die zwangsläufig rudimentäre Interpretation der Testergebnisse durch eine externe Stelle angewiesen. Es bedeutet eine Deprofessionalisierung und Selbst-Entmündigung des Therapeuten, wenn er nicht selbst die Verfügung über die Daten seiner Behandlungen hat, und keine Kompetenzen besitzt, mit diesen Daten fachlich korrekt umzugehen.

Schließlich befördert das Vorgehen auch die Vorstellung, man könnte Behandlungsdaten interpretieren und Aussagen über Patienten machen, ohne Patient und Behandlung zu kennen. Das führt letztlich zu Strategien, wie sie im Modellprojekt der Techniker Krankenkasse vertreten wurde, die Daten-Interpretation und daraus folgende Behandlungsentscheidungen durch eine Software vornehmen zu lassen. Das QNAP-Projekt hat den Teilnehmern anschaulich gemacht, daß die Selbstbeschreibung der Patienten in den Tests vielfältigen Einflüssen unterliegt, was nicht selten zu erheblichen Abweichungen der Testergebnisse vom klinischen Bild führt. Das ist allen Psychotherapeuten, die Tests einsetzen, bekannt, und trotzdem wird für QS häufig ein Umgang mit Tests zugrunde gelegt, der dieses Wissen ignoriert.

Die Aussagekraft der Daten ist zusätzlich eingeschränkt, wenn die Patienten die Fragebögen zuhause bearbeiten, und nicht bekannt ist, welche Konstellationen dort die Beantwortung beeinflussen. Auch auf Seiten der Therapeuten sind Validität und Reliabilität der Daten sehr begrenzt, wenn keine ausreichende Schulung der Instrumente stattgefunden hat.

Für Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und auch für die aktuelle Diskussion um Qualitätsindikatoren kann daraus gefolgert werden:

- Behandlungsdaten aus psychometrischen Tests und Einschätz-Skalen können vom einzelnen Therapeuten im Rahmen der internen QS zur Selbstüberprüfung und Reflexion genutzt werden, aber sie machen keine zuverlässigen „objektiven“ Aussagen zur Notwendigkeit, Wirksamkeit oder (Ergebnis-)Qualität der einzelnen Behandlung.
- Die Therapeuten müssen für die Instrumente, die sie einsetzen, ausreichend geschult sein. Wenn das nicht mit vertretbarem Aufwand möglich ist, dann taugen diese Instrumente zwar für die Forschung, aber nicht für QS im Praxisalltag.

- Die Therapeuten müssen die Möglichkeit haben, ihre Behandlungsdaten selbst auszuwerten und zu interpretieren, z.B. um zeitnah entscheidungsrelevante Hinweise oder Auffälligkeitssignale zu erhalten, und um eigene Fragestellungen anhand der Daten verfolgen zu können.
- Neben dem zeitlichen ist auch der finanzielle Aufwand zu berücksichtigen: Die Kosten für eine Testbatterie und entsprechende Auswertungsprogramme zusammen mit dem Zeitaufwand stehen in keinem Verhältnis zur Honorierung dieser Leistungen, die aufgrund der Budgetierung der nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen im Cent-Bereich liegt.
- Um unnötigen Aufwand zu vermeiden, sollte auf eine „Breitspektrum“-Datenerhebung ohne gezielte Fragestellung verzichtet werden. Stattdessen sollten die Fragestellungen im Rahmen von QS und QM konkretisiert und eingegrenzt werden, und gezielt nur diejenigen Instrumente eingesetzt werden, die mit vertretbarem Aufwand dazu Aussagen machen können.

Das QNAP-Projekt hat den Teilnehmern und den das Projekt unterstützenden Berufsverbänden wichtige Informationen und Anregungen gegeben. Die Erfahrungen zeigen auch, daß weitere Erprobungen von QS-Instrumenten im Praxisalltag notwendig sind, um die Grenzen und Möglichkeiten der Datenerhebung genauer zu bestimmen, bevor es hier zu Empfehlungen oder Festlegungen kommen kann.

ANHANG

Der **Fragebogen zur Evaluation des Projektes „Qualitätssicherung für niedergelassene analytische Psychotherapeuten NRW (QNAP)“** (Piechotta/Müller 2003) enthielt folgende Fragen an die teilnehmenden Psychoanalytiker:

1. Angaben zur Person und zur Datenerhebung

- 1.1. – 1.3. Alter, Geschlecht, psychotherapeutisch tätig seit ..., Abschlussjahr der analytischen Ausbildung, Ausbildungskandidat, Grundberuf
- 1.4. Wie viele Datenerhebungen haben Sie durchgeführt und an das Auswertungszentrum Heidelberg geschickt?
- 1.5. Welche Therapieverfahren waren von der Erfassung im Projekt betroffen?
- 1.6. Kam es vor, dass Patienten ihren Teil der Fragebögen nicht bearbeitet haben ?

2. Beschreibung der Patientenproblematik und therapeutischen Arbeit durch die eingesetzten Instrumente

- 2.1. Bilden aus Ihrer Sicht die Patienten-Fragebögen zu Beginn der Therapie die Problematik des Patienten gut ab?
- 2.2. Bilden die Patienten-Fragebögen im Therapieverlauf und am Ende der Therapie die relevanten Veränderungen beim Patienten gut ab?
- 2.3. Bei wievielen Erhebungspunkten wich das Auswertungsergebnis der Patienten-Fragebögen von ihrer klinischen Einschätzung deutlich ab, und welche Teile der Patienten-Fragebögen betraf das:
 - a) Selbstbeschreibung des Patienten in den Beschwerde-Fragebögen (IIP-D, PSKB-SER)
 - b) Beschreibung der Therapeutischen Arbeitsbeziehung durch den Patienten (TAB)
 - c) Einschätzung der erreichten Veränderungen durch den Patienten bei Verlaufs- und Enderhebung
- 2.4. Wenn es Abweichungen gab: Wie haben Sie diese Abweichungen erlebt/aufgenommen?
- 2.5. Kam es vor, dass durch die Patienten-Fragebögen wesentliche Bereiche der Problematik des Patienten nicht erfasst wurden ?
- 2.6. Haben Sie den Eindruck, dass die eingesetzten Instrumente gut in der Lage sind, Ihre psychoanalytische Sichtweise von Patient und therapeutischem Geschehen abzubilden?
 - a) Fragebögen des Patienten
 - b) Einschätzskalen des Therapeuten

3. Informationsgewinn durch die Patienten-Fragebögen

- 3.1. Hat die Auswertung der Patienten-Fragebögen Ihnen zusätzliche Informationen gebracht für die Einschätzung der Patienten?
 - a) zu Beginn der Therapie
 - b) im Verlauf der Therapie
 - c) am Ende der Therapie
- 3.2. Wenn die Auswertung der Patienten-Fragebögen Ihnen zusätzliche Informationen gegeben hat, konnten Sie diese Informationen nutzen
 - a) für die Indikationsstellung?
 - b) für das Verständnis von therapeutischer Beziehung, Übertragung, Gegenübertragung?
 - c) für den Bericht an den Gutachter?
- 3.3. Beschreiben Sie bitte kurz die Informationen, die Sie ohne die Fragebogen-Auswertungen zu dem jeweiligen Zeitpunkt nicht bekommen hätten.

3.4. Brachte die Fragebogen-Auswertung Hinweise auf problematische Aspekte in der Behandlung? Wenn ja, welche?

4. Nutzen der eingesetzten Instrumente für die therapeutische Arbeit

- 4.1. Schätzen Sie die Festlegung der Konflikt- und Strukturfokusse zu Beginn der Therapie als hilfreich für Ihre Therapieplanung ein?
- 4.2. Ist die Einschätzung der festgelegten Konflikt- und Strukturfokusse auf der Umstrukturierungsskala hilfreich für
 - a) die Beurteilung des Verlaufs
 - b) für die weitere Therapieplanung
 - c) die Beurteilung des Therapieergebnisses
- 4.3. Kam es vor, dass Sie die anfangs festgelegten Fokusse im Verlauf der Therapie hätten verändern wollen?
- 4.4. Inwieweit halten Sie die einzelnen Teile bzw. Aspekte von QPP für nützlich?
 - a) Auswertungsergebnisse der Patienten-Fragebögen
 - b) eigene Einschätzung auf den Einschätz-Skalen
 - c) die „Zusammenfassung und Beurteilung“ von Seiten der Auswertungsstelle
 - d) Diskussion der Auswertungen mit Kollegen/innen (z.B. bei Treffern)
- 4.5. Kann man aus Ihrer Sicht eines oder mehrere Instrumente hinsichtlich ihres Nutzens weglassen?

5. Veränderungen durch den Einsatz der Fragebögen

- 5.1. Haben Sie den Eindruck, dass sich durch die Fragebögen und Rückmeldungen die Beziehungen zu den Patienten anders gestaltet haben, als ohne diese Instrumente?
- 5.2. Wenn ja: Wie beurteilen Sie diesen Einfluss?
- 5.3. Haben Sie den Eindruck, dass die Fragebögen und Rückmeldungen zur Qualitätsverbesserung der Behandlungen beigetragen haben?
- 5.4. Haben die Auswertungen Ihnen Denkanstöße hinsichtlich der Qualität Ihrer Arbeit gegeben?

6. Praktikabilität und Durchführung des Projektes

- 6.1. Halten Sie die Einführung (Einführungsveranstaltung und schriftliche Information) hinsichtlich der verwendeten Instrumente für ausreichend?
- 6.2. Waren die Rückmeldungen des Auswertungszentrums für Sie
 - a) verständlich
 - b) übersichtlich gestaltet
- 6.3. Wie groß war der zeitliche Abstand zwischen dem Einsenden der Fragebögen an das Auswertungszentrum und der Rückmeldung von dort?
- 6.4. Wie groß sollte Ihrer Meinung nach der zeitliche Abstand zwischen Datenerhebung und Rückmeldung höchstens sein, um noch einen Bezug zur Therapie herstellen zu können?
- 6.5. Haben Sie über die Auswertungen mit den Patienten gesprochen?
- 6.6. Wie hoch schätzen Sie die Belastung durch die eingesetzten Instrumente ein?
 - a) für Sie selbst
 - b) für die Patienten
- 6.7. Schätzen Sie bitte den durchschnittlichen Zeitaufwand ein, den Sie pro Erhebung hatten (Ausdrucken und Ausfüllen der Fragebögen, Erläuterungen für die Patienten, Auswertung lesen)
- 6.8. Halten Sie den Zeitaufwand für angemessen, bezogen auf den Nutzen der Rückmeldungen für Ihre Arbeit?
- 6.9. Wären Sie bereit, QPP auch nach Beendigung des Projektes weiter einzusetzen?

7. Gründe für die Nicht-Beteiligung am Projekt oder für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Projekt

Obwohl ich mich zunächst zur Teilnahme an dem Projekt angemeldet hatte, habe ich dann doch keine Patienten eingebracht, bzw. habe vorzeitig meine Beteiligung beendet und keine weiteren Patienten mehr eingebracht, aus folgenden Gründen:

- Ich habe nach genauer Überlegung das Konzept für ungeeignet gehalten.
- Es war mir zuviel Aufwand.
- Ich fühlte mich nicht ausreichend informiert und geschult.
- Es ließ sich nicht in meinen Praxisablauf integrieren.
- Ich war unzufrieden mit der Durchführung des Projektes.
- Sonstige

Autorenbiographie:

Beatrice Piechotta, niedergelassene Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin (DPG, DGPT) am Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Düsseldorf, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie. QM-Auditorin (TÜV), EFQM-Assessorin (DGQ), QEP-Trainerin und -Tutorin. QS-Beauftragte der DPG, Mitglied der Konsensuskonferenz der DGPT. Leiterin der Psychotherapie-Tutoren der KV Nordrhein. Veröffentlichungen zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (www.qm-psychotherapie.de).

Ulrich Müller, Dr. rer. soc., Dipl. Sozialwirt, Jhg. 1944, Leiter der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie der Klinik mit Poliklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Rheinische Kliniken Düsseldorf. Zahlreiche Studien und Publikationen, insbesondere zur Gemeindepsychiatrie, EKT, rTMS und insbesondere zur Euthanasie. 1. Vorsitzender der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Düsseldorf.