

Aktuelle Diskussion

Zertifizierung einer Psychotherapeutischen Hochschulambulanz nach DIN EN ISO 9001

Wolfgang Hiller, Gaby Bleichhardt, Brigitte Haaf, Tanja Legenbauer,
Katrin Mauer-Matzen und Diana Rübler

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Psychologisches Institut

Die Poliklinische Institutsambulanz für Psychotherapie der Universität Mainz wurde im Frühsommer 2005 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Sie verfügt damit als erste Hochschulambulanz in Deutschland über ein geprüftes Qualitätsmanagement. In diesem Beitrag sollen einige Aspekte des Implementierungsprozesses und der entwickelten Qualitätsziele beschrieben und zur Diskussion gestellt werden.

Hintergrund

Die Qualität von Gesundheitsleistungen ist ein wichtiges öffentliches Thema. Universitäten und wissenschaftlich-klinische Einrichtungen haben die Aufgabe, neue und bessere Behandlungsmethoden zu entwickeln und deren Wirksamkeit nach strengen Kriterien zu überprüfen. Weiter wird erwartet, dass die verbesserten Behandlungen in die Praxis übertragen und damit dem einzelnen Patienten verfügbar gemacht werden. In Deutschland sind Leistungserbringer des Gesundheitssystems gesetzlich verpflichtet, entsprechende Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen. Dies hat dazu geführt, dass immer mehr Arztpraxen und Krankenhäuser ein systematisches Qualitätsmanagement (QM) eingerichtet haben. Vor dieser Herausforderung steht mittlerweile auch das psychotherapeutische Versorgungssystem (Laireiter, 1995; Fiegenbaum et al., 1997; Herzog et al., 2000; Fydrich et al., 2003; Fydrich, 2004; Scharfenstein & Fydrich, 2004; Sulz, 2004, 2005; Vogel, 2004).

Die Qualität einer psychotherapeutischen Leistung ist durch eine Vielzahl von Merkmalen gekennzeichnet. Da krankheitswertige psychische Störungen behandelt werden, ist es ein zentrales Ziel, die psychische Symptomatik deutlich zu verbessern und zur Bewältigung der bestehenden psychosozialen Probleme beizutragen. Weitere Quali-

tätsmerkmale sind die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung, die Schnelligkeit und Dauerhaftigkeit der erreichten Verbesserungen, die Kosteneffizienz der Behandlungsmethoden und die Abstimmung zwischen mehreren beteiligten Behandlern und Institutionen. Die Herstellung von Behandlungsqualität ist daher eine komplexe Aufgabe. Moderne QM-Systeme stellen hierfür einen Orientierungs- und Handlungsrahmen zur Verfügung (Härter et al., 2003; Lauterbach & Schrappe, 2004). Zu den bekanntesten gehören das prozessorientierte System der DIN EN ISO-9000-Familie, welches auf Dienstleistungen des Gesundheitssystems angepasst werden kann, das auf Selbstbewertung beruhende Excellence Modell der European Foundation of Quality Management (EFQM), das System der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) des deutschen Gesundheitswesens und das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte Modell „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP).

Psychotherapeutische Leistungen werden in Deutschland in unterschiedlichen ambulanten und stationären Settings erbracht. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1999) sind Psychotherapeutische Ambulanzen an staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten ermächtigt worden. Ein erheblicher Anteil der Psychotherapeutenausbildung wird von Psychologischen Universitätsinstituten geleistet. Aus diesem Grund wurden bislang Hochschulambulanzen an insgesamt 19 Universitäten in Deutschland eingerichtet. An vielen Universitäten existieren außerdem Forschungs- und Lehrambulanzen, an denen Psychotherapien mit wissenschaftlichen Zielsetzungen durchgeführt werden.

Auf Grund der noch kurzen Existenz der Hochschulambulanzen haben sich noch keine etablierten Strukturen entwickelt. Neben den Anforderungen von Ausbildung

und Forschung sind organisatorische und betriebswirtschaftliche Faktoren zu berücksichtigen. Die Ambulanzen müssen ihren Platz im regionalen System der Gesundheitsversorgung definieren. Wir haben in einem ersten Artikel am Beispiel der Hochschulambulanz der Universität Mainz dargelegt, nach welchen Gesichtspunkten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Psychotherapeutischen Hochschulambulanz konzipiert und umgesetzt werden können (Hiller & Bleichhardt, 2004). Diese Arbeit wurde konsequent fortgesetzt. Es gelang im Frühsommer 2005, die Ambulanz entsprechend der DIN EN ISO 9001 zu zertifizieren. Ziel dieses Artikels ist es, einige zentrale Aspekte des Zertifizierungsprozesses darzustellen. Dabei soll zur Diskussion gestellt werden, welche Qualitätsziele und -kriterien für eine Hochschulambulanz angemessen sind. Wir wollen zudem auf Vorbehalte gegenüber einem verbindlichen QM eingehen, aber auch auf einige wichtige Vorteile und längerfristige Chancen hinweisen.

Der Entwicklungsprozess bis zur Zertifizierung

Für den Aufbau einer Psychotherapeutischen Ambulanz müssen von der Schaffung erster Organisationsstrukturen bis zum zertifizierungsreifen QM mehrere Jahre veran-

schlagt werden. Die Hochschulambulanz in Mainz wurde in den ersten Jahren nicht im Sinne eines einheitlichen Konzepts entwickelt, sondern pragmatisch entlang jeweils aktueller Anforderungen und Problemstellungen. So entstand im Laufe der Zeit eine immer differenziertere Organisation mit einer wachsenden Zahl von Mitarbeitern, verteilten Verantwortlichkeiten und zunehmend komplexen Betriebsabläufen. Erst im Jahr 2004 fassten wir den Entschluss, die bis dahin eher „wild“ gewachsenen Strukturen der Ambulanz neu zu überdenken und einheitlich in den Rahmen eines vorgegebenen QM-Modells einzupassen.

Die ersten Schritte bestanden darin, sich mit den Grundkonzepten der Qualitätssicherung und den konkreten Umsetzungsmöglichkeiten in Form eines internen QM auseinanderzusetzen. Wir orientierten uns am Modell der DIN EN ISO-9000-Familie, da dieses im Gesundheitssystem bereits eine erhebliche Akzeptanz gefunden hatte und zukunftssträftig erschien. Eine Mitarbeiterin wurde federführend mit der Ausarbeitung des QM beauftragt und besuchte entsprechende Lehrgänge. Zusätzlich ließen wir uns von einem externen, im Gesundheitssystem erfahrenen QM-Experten beraten.

Die aus unserer Sicht wichtigsten Stadien der QM-Entwicklung sind rückblickend in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tabelle 1. Der Weg zur Zertifizierung

Klärung des Selbstverständnisses	Es müssen Antworten z. B. auf folgende Fragen gefunden und formuliert werden: „Was ist der Daseinszweck der Ambulanz?“, „Wie definieren wir unsere Aufgaben?“, „Was ist uns wichtig und warum?“, „Welche Maßstäbe und Prioritäten setzen wir uns?“, „Woran wollen wir unsere Leistung messen lassen?“
Definition und Operationalisierung von Zielen	Entsprechend den Qualitätsansprüchen werden Ziele der Ambulanz klar benannt und operationalisiert (meist jahresbezogen); die Ambulanz begibt sich damit in die selbst auferlegte Verpflichtung, dass ihre Leistungen auch nach außen sichtbar an diesen Zielen gemessen werden
Festlegen von Verantwortlichkeiten und Organisationsstrukturen	Erstellung eines Organigramms: die Ambulanz benötigt Personen mit diversen Qualifikationen, die Verantwortung für bestimmte Bereiche/ Prozesse übernehmen können; räumliche und sachliche Bedingungen werden festgelegt (z. B. Anzahl und Art der Therapieräume, Video, EDV)
Definition der Ambulanzprozesse	Über ein Prozessdiagramm kann der Weg eines Patienten durch alle Abschnitte der Dienstleistung explizit und transparent festgelegt werden: vom ersten Telefonkontakt bis zur Schließung der Behandlungsakte; durch Wenn/Dann- oder Ja/Nein-Schnittstellen werden Regeln für typische und kritische Situationen festgelegt (z. B. Rücklaufkontrolle für Evaluationsdaten; Procedere bei Therapieabbruch)
Steuerung der Ambulanzprozesse	Mit Hilfe von Dokumenten (z. B. Formularen) und Verfahrensanweisungen werden Betriebsabläufe zuverlässig gesteuert (z. B. Festlegung der zu erfragenden Daten beim ersten Telefonkontakt; verbindliche diagnostische Instrumente und Erhebungszeitpunkte)
Aufbau einer positiven Fehlerkultur	Auftretende Probleme aller Art dienen als wertvolle Hinweise für die Schwächen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Ambulanz; durch definierte Abläufe werden Fehler analysiert, Lösungsmöglichkeiten generiert, Veränderungen umgesetzt und evaluiert

Ausgangspunkt war zunächst eine grundsätzliche Selbstreflexion. Es galt zu klären, welche Aufgaben die Ambulanz unter Berücksichtigung der verschiedenen Kooperations- und Interessensgruppen hat und welche Prioritäten bestehen. Es wurde deutlich, dass eine Beschränkung alleine auf die Therapeutenausbildung oder Patientenbehandlung zu kurz greift, da die Ambulanz ebenso sehr in das wissenschaftliche System der Universität und die komplexen Strukturen des Gesundheitssystems eingebunden ist (Hiller & Bleichhardt, 2004). Als wichtige Partner mussten die Universität, das Psychologische Institut, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung als Kostenträger sowie Ärzte, Therapeuten und Kliniken der Region berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund dieses komplexen Beziehungsgefüges wurde dann die für das QM erforderliche „Qualitätspolitik“ konzipiert, die als Orientierung für alle Maßnahmen und Entwicklungen der Ambulanz dienen kann. Aus der Qualitätspolitik wiederum können konkrete Qualitätsziele abgeleitet werden. Auf die

konkreten Ziele der Mainzer Hochschulambulanz werden wir weiter unten noch näher eingehen.

Als weitere Maßnahme wurden die Verantwortlichkeiten sowie grundlegende Betriebsabläufe überdacht und neu festgelegt. Zur Veranschaulichung wurde ein Organigramm erstellt, das die einzelnen Funktionen und Aufgabenbereiche berücksichtigt. Die Ambulanzleitung und leitenden Psychologinnen sind für Fachaufsicht, Supervision und Koordination von Abläufen verantwortlich, während den diversen Mitarbeitern laufende Arbeiten im Sekretariat oder spezielle Tätigkeiten wie beispielsweise Leistungserfassung oder Kontoführung zugewiesen sind. Als weitere Gruppe werden die in Ausbildung befindlichen Therapeuten berücksichtigt. Das Organigramm legt fest, in welchen gegenseitigen Beziehungen die einzelnen Personengruppen stehen und wie Verantwortungen verteilt sind (vgl. Hiller & Bleichhardt, 2004).

Ein weiterer Bestandteil des QM ist die konkrete Darstellung der zentralen Ambulanzprozesse. Der Weg des Patienten vom ersten Telefonkontakt bis zum Abschluss der Therapie lässt sich als komplexes Gefüge von sukzessiven Prozessen und Entscheidungen veranschaulichen. Wir erstellten entsprechende Prozessdiagramme (vgl. einen Ausschnitt in Abbildung 1). Wichtig erschien dabei die Festlegung von verbindlichen Regeln. Beispielsweise muss bestimmt werden, an welchen Zeitpunkten Daten zur Therapieevaluation erhoben werden, welche Dokumente im Verlaufe einer Therapie anzulegen sind oder durch welche Maßnahmen die Therapie formell abgeschlossen wird.

Das QM erfordert, dass die festgelegten Betriebs- und Entscheidungsprozesse auch tatsächlich realisiert werden. Hierfür werden Dokumente benötigt, welche die Tätigkeiten aller Ambulanzmitarbeiter steuern und aufeinander abstimmen. Beispielsweise regeln wir durch eine Checkliste, welche diagnostischen Verfahren bei einem bestimmten Patienten einzusetzen sind. Die Liste wird in der probatorischen Phase ausgefüllt und legt damit den Einsatz der entsprechenden Verfahren auch bei den weiteren Messzeitpunkten des Therapieverlaufs fest. Ein anderes Beispiel ist ein Dokument, das verbindlich regelt, welche Informationen durch die Sekretariatsmitarbeiter beim ersten telefonischen Kontakt mit einem Patienten einzuholen sind.

Zu den Kernpunkten des QM-Systems gehört der Umgang mit Fehlern. Für die Weiterentwicklung der Ambulanz ist es von großer Bedeutung, dass sich eine „positive Fehlerkultur“ entwickelt. Fehler fördern eine selbstkritische Haltung und sind Ausgangspunkt für Korrekturmaßnahmen und Innovation. Wir haben in der Mainzer Hochschulambulanz mehrere Möglichkeiten vorgesehen, um Schwächen zu erkennen und Konsequenzen ziehen zu können. So wurde ein Beschwerdewesen eingerichtet. Patienten, Mitarbeiter und Therapeuten können Kritik schriftlich formulieren und sie anonym oder mit Kennzeichnung des eigenen Namens über einen Beschwerdebriefkasten, der zentral in den Ambulanzräumen angebracht ist, der Ambulanzleitung zukommen lassen. Es ist geregelt, wie diese Beschwerden ausgewertet und ggf.

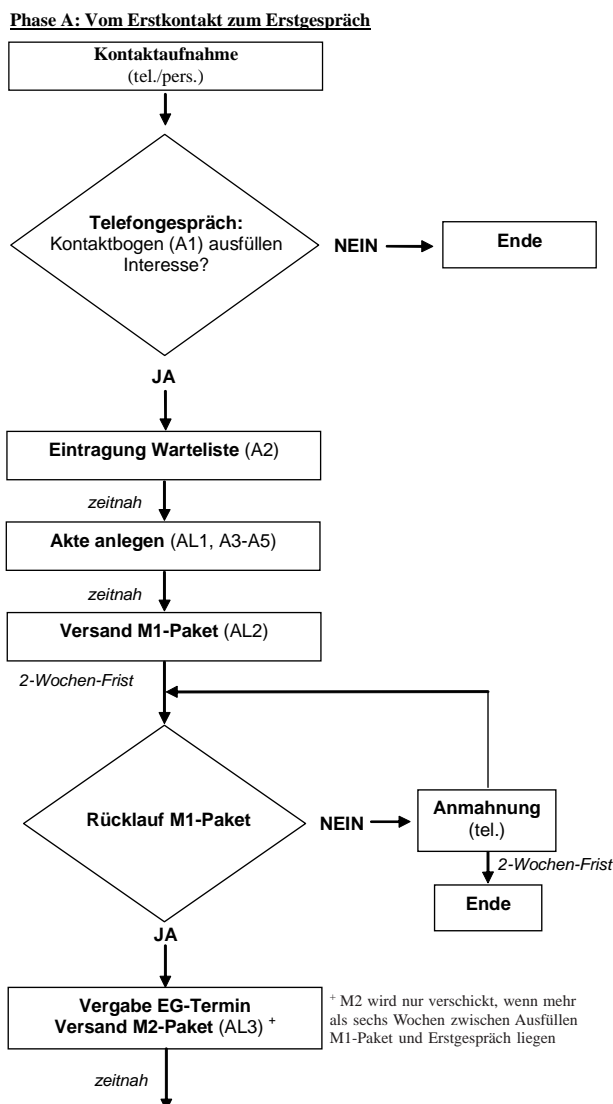


Abbildung 1. Beispiel eines Prozessdiagramms.

Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden. Mitarbeiter und Therapeuten haben außerdem die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge zum Betriebsablauf schriftlich einzureichen. Angenommene Verbesserungsvorschläge werden gratifiziert.

Die Entwicklung von Qualitätskriterien

Wie schon erläutert, werden die Qualitätskriterien aus der grundlegenden Qualitätspolitik abgeleitet. Kriterien sollten so präzise und konkret wie möglich formuliert werden. Die Operationalisierung ist erforderlich, damit zu vorgegebenen Zeitpunkten überprüft werden kann, ob oder in welchem Maß die Kriterien auch tatsächlich erreicht wurden. Dadurch kann die Ambulanz überprüfen, ob sie in ihrer tatsächlichen Leistung dem eigenen Anspruch gerecht wurde. Wird ein zertifiziertes QM eingerichtet, so wird die Zielerreichung nicht nur durch die Ambulanz selbst, sondern auch durch den externen Auditor überprüft. Damit besteht eine auch nach außen hin nachvollziehbare Qualitätsverpflichtung.

Einige der wichtigsten Qualitätskriterien, die wir für die Mainzer Hochschulambulanz aufgestellt haben, sind in Tabelle 2 aufgeführt. Durch den Grundsatz der Kundenorientierung kommt der Zufriedenheit einzelner Gruppen eine große Bedeutung zu. Weitere Kriterien betreffen die Erreichung effizienter Betriebsabläufe und hoher Therapiequalität. Nach unserem Verständnis sind Kundenzufriedenheit und effiziente Abläufe eine notwendige Voraussetzung, um gute Therapieergebnisse erzielen zu können. Die einzelnen Qualitätskriterien sollen im Folgenden

etwas näher erläutert werden. Wir möchten betonen, dass für alle genannten Qualitätsbereiche und Kriterien keine allgemein verbindlichen Konventionen existieren. Es ist einer Ambulanz freigestellt, bestimmte Qualitätsbereiche als besonders wichtig einzustufen und die Kriterien mehr oder weniger streng festzulegen. Allerdings sollten sie aus der übergeordneten Qualitätspolitik heraus begründbar sein.

Die Zufriedenheit von Patienten, Therapeuten und Mitarbeitern wird in der Mainzer Hochschulambulanz einmal jährlich durch eine Befragung ermittelt. Hierfür wurden spezielle Fragebögen entwickelt. Die Bewertung erfolgt bei allen anhand des Schulnotensystems. Der Patientenfragebogen ist mit nur sieben Items sehr kurz gehalten, um nicht „abschreckend“ zu wirken und einen möglichst hohen Rücklauf zu ermöglichen. Beurteilt werden die therapeutischen Leistungen, aber auch der erlebte Service und die Zufriedenheit mit den räumlichen Gegebenheiten. Eine zentrale Frage ist, ob der Patient die Ambulanz weiterempfehlen würde oder nicht. Die Befragung der Therapeuten und Mitarbeiter erfolgt für mehrere Bereiche. So beurteilen die Therapeuten ihre Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Sekretariats (Einschätzung der Sekretariatsmitarbeiter auf den Dimensionen flexibel, hilfsbereit, teamorientiert, motiviert, kritikfähig usw.), ihr Verhältnis zur Ambulanzleitung und den Supervisoren (Einschätzung auf Dimensionen wie gerecht, rücksichtsvoll, kompetent, fair, offen usw.), die eigene therapeutische Tätigkeit in der Ambulanz (Orientierung an modernen Standards, abwechslungsreich, geeignete Patienten usw.) und die Arbeitsbedingungen (angenehm, sauber, ruhig, ausreichend Platz usw.). Abschließend wird allgemein beurteilt, wie das Betriebsklima erlebt wird, ob die technischen Mittel für die interne Kommunikation für ausrei-

Tabelle 2. Qualitätskriterien der Hochschulambulanz in Mainz

Qualitätsbereich	Maßnahmen und dazugehörige Kriterien
Externe Kundenzufriedenheit	(a) Patientenbefragung 1×/Jahr: Durchschnittsnote < 2.0 bei Rücklauf > 85% (b) Auskunftsverpflichtung: Erstellung von Epikrisen > 95 % (c) Transparenz gegenüber externen Kunden: Jahresbericht 1×/Jahr
Therapeutenzufriedenheit	(a) Therapeutenbefragung 1×/Jahr: Durchschnittsnote < 2.0 bei Rücklauf > 95%
Mitarbeiterzufriedenheit	(a) Mitarbeiterbefragung 1×/Jahr: Durchschnittsnote < 2.0 bei Rücklauf > 95 % (b) Mitarbeitergespräch: dokumentiert nach festgelegtem Zeitplan (c) Mitarbeiterqualifikation: mind. 1 Kongressbesuch/Jahr (d) Strukturierte Einarbeitung: Nachweis über Checkliste (Personalakte)
Effiziente Betriebsabläufe	(a) Koordination Ambulanzabläufe: Fortlaufende Protokolle der Konferenzen (b) Interner Newsletter 4×/Jahr
Hochwertige Therapiequalität	(a) Fortlaufende Supervision: Nachweis über Supervisionsprotokolle (b) Qualität der Therapieanträge: Ablehnungsquote < 5 % (c) Vermeidung Therapieabbrüche (durch Unzufriedenheit des Pat.): Abbruchquote nach P5 < 8 % (d) Psychometrische Evaluation: Effektstärke $d > 0.50$ bei > 85 % realisierten Messzeitpunkten

chend gehalten werden, ob Informationen angemessen weitergegeben werden und wie zufrieden der Betreffende mit seiner Arbeit insgesamt ist. Die Befragten können schließlich noch in freier Formulierung angeben, welche Faktoren für ihre persönliche Arbeitszufriedenheit von besonderer Bedeutung sind.

Wir haben als Qualitätskriterium für alle Befragungen gegenwärtig die Durchschnittsnote 2,0 festgelegt. Dies hat zur Konsequenz, dass bei schlechterer Bewertung gezielte Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Ursache für die Unzufriedenheit zu ermitteln und Verbesserungen einzuleiten. Bei allen Befragungen wurden auch Kriterien zum Umfang des Rücklaufs formuliert. Beispielsweise streben wir bei der Patientenbefragung einen Rücklauf von $> 85\%$ an und bei den Therapeuten- und Mitarbeiterbefragungen einen Rücklauf von $> 95\%$. Nur bei konsequent hohen Rücklaufquoten kann ein realistisches Bild der Zufriedenheit entstehen.

In der Zusammenarbeit mit externen Ärzten, Psychotherapeuten, Kliniken oder Kostenträgern ist es häufig erforderlich, Informationen über erfolgte diagnostische Befunde oder Behandlungen auszutauschen. Da Therapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung nur vorübergehend in der Ambulanz tätig sind, müssen nach Therapieabschluss Epikrisen erstellt werden. Als Qualitätskriterium haben wir hier festgelegt, dass bei mindestens 95% aller abgeschlossenen Therapien tatsächlich auch eine Epikrise vorliegen muss. Um die Leistungen der Ambulanz gegenüber externen Kooperationspartnern darzustellen, wurde ferner festgelegt, einen Jahresbericht zu erstellen und diesen jeweils am Anfang des Folgejahres zu versenden. Der Jahresbericht enthält unter anderem Diagnosen- und Behandlungsstatistiken, aber auch Informationen über Forschungsschwerpunkte der Ambulanz.

Im Qualitätsbereich der Mitarbeiterzufriedenheit wurden regelmäßige Mitarbeitergespräche eingeführt. Diese finden zu festgelegten Zeitpunkten statt und sollen dazu dienen, dass Mitarbeiter ihre bisherige Tätigkeit reflektieren, eine Rückmeldung über ihre Leistung erhalten und weitere Entwicklungsmöglichkeiten besprochen werden können. Um die strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter zu garantieren, haben wir eine Checkliste mit den zu erlernenden Tätigkeitsbereichen erstellt. Die Checkliste wird vom Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase gemeinsam mit seinen Kollegen abgearbeitet und ist dann Teil der Personalakte. Zur Qualifikation der leitenden Psychologinnen wurde festgelegt, dass diese jährlich mindestens einen Fachkongress zur Erweiterung der persönlichen Fachkompetenz besuchen. Effiziente Betriebsabläufe werden durch die regelmäßigen wöchentlichen Konferenzen gesteuert. Diese werden fortlaufend protokolliert inklusive der Festlegung von Verantwortungen und Zeitabsprachen. Ein interner Newsletter der Ambulanz wird viermal jährlich erstellt und an alle Mitarbeiter, Therapeuten und Supervisoren verteilt.

Auf die Qualität der durchgeführten Therapien beziehen sich mehrere Kriterien. Bei den Ausbildungstherapien stellt die fortlaufende Supervision eine verpflichtende

Maßnahme dar. Therapeuten führen regelmäßige Supervisionsprotokolle, die im Rahmen der Fachaufsicht abgezeichnet werden. Jede Therapie muss durch einen während der probatorischen Phase ausgearbeiteten Antrag beantragt und genehmigt werden. Hierbei handelt es sich um eine Form der externen Qualitätssicherung (externe Gutachter), die sich nach unserer Erfahrung zumindest für Ausbildungstherapien gut bewährt hat. Wir haben als Qualitätskriterium festgelegt, dass die Ablehnungsquote pro Jahr nicht größer als 5% sein soll. Als weiteres Merkmal von Therapiequalität kann die Zahl der Therapieabbrüche auf Grund von Unzufriedenheit auf Seiten der Patienten angesehen werden. In unserer Ambulanz wurde daher ein differenziertes System zur Erfassung von Therapieabbrüchen und den jeweiligen Gründen entwickelt. Engmaschige Supervision, sorgfältige Auswahl der geeigneten Patienten und Unterstützung der Therapeuten in Problem- und Krisensituationen sollen dazu beitragen, die Abbruchquote möglichst niedrig zu halten. Als Kriterium haben wir eine Abbruchquote $< 8\%$ festgelegt (exklusive der probatorischen Phase).

Das Herzstück der Therapieevaluation ist die psychometrische Erfassung von Veränderungen. Die Ambulanz verfügt über ein Evaluationssystem mit diversen Messzeitpunkten, kategorialer Diagnostik zur Bestimmung der jeweils vorliegenden Störung sowie einer Reihe von allgemeinen und störungsspezifischen Testverfahren (vgl. ausführlich Hiller & Bleichhardt, 2004). Im ambulanten Setting ist das Risiko fehlender Daten besonders groß, da Patienten immer nur kurzfristig in der Ambulanz anwesend sind und der Therapieverlauf in manchmal unübersichtlicher Form durch Urlaubs- oder Krankheitsintervalle unterbrochen wird. Ein Hauptziel unserer Datenerfassung liegt daher in einer möglichst hohen Rücklaufquote. Wir gehen davon aus, dass die Therapieevaluation nur dann aussagekräftig ist, wenn mindestens 85% der festgelegten Messzeitpunkte auch tatsächlich realisiert werden. Dieser Wert ist als Kriterium festgelegt. Wir erwarten unter diesen Bedingungen eine mittlere Effektstärke über alle Patienten hinweg von $d > 0,50$ (Effektstärke nach Cohen). Für die künftigen Evaluationen sollen die erwarteten Therapieeffekte noch genauer ausdifferenziert werden. So könnte z. B. präziser zwischen Patientengruppen differenziert werden, bei denen realistischerweise nur wenig Veränderung auf der psychopathologischen Ebene zu erreichen ist und solchen, bei denen auf Grund des Störungsbilds annähernde oder sogar vollständige Symptomfreiheit möglich erscheint.

Die in Tabelle 2 aufgeführten Qualitätskriterien stellen einen ersten Ansatz dar, die Leistungsqualität einer Psychotherapeutischen Ambulanz zu definieren. Es wäre wünschenswert, wenn unterschiedliche Ambulanzen einen Konsens über Kriterien fänden, um damit Austausch und Wettbewerb zu ermöglichen. Die hier vorgestellten Kriterien sollen eine erste Diskussionsgrundlage darstellen. Weitere Erfahrungen sind erforderlich, um zu beurteilen, inwieweit durch diese oder andere Kriterien tatsächlich eine angemessene Leistungsbewertung erfolgen kann.

Tabelle 3. Zufriedenheit mit der Ambulanz 2005

	Ergebnisse <i>M (SD)</i>
Patientenbefragung (N = 110; Rücklauf 80,3 %)	
Wie beurteilen Sie die therapeutische Leistung?	1,66 (0,71)
Wie beurteilen Sie den Service durch unser Sekretariat?	1,71 (0,67)
Wie zufrieden sind Sie mit unserer räumlichen Ausstattung?	1,94 (0,70)
Wie beurteilen Sie unsere Leistungen insgesamt?	1,76 (0,60)
Würden Sie die Poliklinische Institutsambulanz weiterempfehlen?	Ja 93,5 % Eingeschränkt 6,5 % Nein 0,0 %
Therapeutenbefragung (N = 28; Rücklauf 65,1 %)	
Wie zufrieden sind Sie mit den Sekretariatsmitarbeitern?	2,04 (0,79)
Wie zufrieden sind Sie mit der Ambulanzleitung?	2,30 (0,77)
Wie zufrieden sind Sie mit den Supervisoren?	1,46 (0,58)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer therapeutischen Tätigkeit?	1,81 (0,75)
Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen?	2,48 (0,77)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in der Ambulanz, wenn Sie diese im Gesamten betrachten?	2,27 (0,92)
Mitarbeiterbefragung (N = 17; Rücklauf 89,5 %)	
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Kollegen?	1,29 (0,47)
Wie zufrieden sind Sie mit den Therapeuten?	2,00 (0,79)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Vorgesetzten?	1,59 (0,51)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?	2,00 (0,87)
Wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen?	2,41 (0,62)
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit in der Ambulanz, wenn Sie diese im Gesamten betrachten?	1,59 (0,51)

In der Mainzer Hochschulambulanz werden die Kriterien jährlich überprüft und im Qualitätsbericht zusammenfassend berichtet. In Tabelle 3 sind einige Ergebnisse des Jahres 2005 wiedergeben. Wir konnten unsere Zufriedenheitskriterien bei Patienten und Mitarbeitern, jedoch nicht bei den Therapeuten erreichen. Die mittlere Patientenzufriedenheit betrug 1,76, die der Mitarbeiter 1,59 und die der Therapeuten 2,27 (noch nicht zufriedenstellend waren 2005 die Rücklaufquoten, weshalb die in Tabelle 2 genannten strenger Kriterien für die Folgejahre definiert wurden). Die Bereichsbewertungen geben Hinweise auf die Stärken und Schwächen der Ambulanz. Für Bereiche mit schlechterer Bewertung werden Verbesserungsmöglichkeiten gesucht und in die Wege geleitet. Beispielsweise war die geringere Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den Arbeitsbedingungen durch die zum Teil beengten räumlichen Verhältnisse bedingt. Wir konnten durch eine Erweiterung der Ambulanzräumlichkeiten und eine Neuordnung der Arbeitsplätze im Sekretariat bereits Verbesserungen erreichen. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies in den kommenden Zufriedenheitswerten niederschlagen wird.

Zentrales Instrument der Therapieevaluation ist das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000). Der Verlauf des Globalwerts GSI wird den Therapeuten und Supervi-

soren fortlaufend im Sinne einer systematischen Verlaufsbeobachtung (Richard, 2004) zurückgemeldet. Ähnliche Ansätze wurden von Fydrich et al. (2003) und Lutz et al. (2005) beschrieben. Wir erreichten 2005 aus allen festgelegten Messzeitpunkten eine außergewöhnlich hohe Rücklaufquote von 93,2%. Die mittlere Prä-Post-Effektstärke im GSI aus 77 beendeten Therapien lag bei $d = 0,45$ und damit unterhalb unseres Kriteriums. Eine Detailanalyse ergab, dass 36,8% der betreffenden Patienten keine pathologischen Anfangswerte im GSI hatten. Wurden nur die 48 Patienten mit pathologischen Anfangswerten ausgewertet, so lag die Effektstärke bei 0,78. Bei der Gruppe der Patienten ohne pathologischen Anfangswert kam es im Therapieverlauf nicht zu einer signifikanten Verschlechterung. Für die Untergruppe der Patienten mit depressiven Störungen ergaben sich im Beck Depression Inventory Prä-Post-Effektstärken von 0,74 (Kurzzeittherapien; $N = 13$) und 1,16 (Langzeittherapien; $N = 30$). Auf Grund der heterogenen Ergebnisse sehen wir die Notwendigkeit, für die künftigen Jahre differenziertere Kriterien für Effektstärken zu entwickeln. Die vorliegenden Daten erlauben es jedoch bereits jetzt, einige Schwächen unserer Therapieleistungen genauer zu untersuchen und Konsequenzen daraus zu ziehen.

Auswirkungen der Zertifizierung auf den Ambulanzbetrieb

Die Zertifizierung hat vielfache Anerkennung gefunden und sehr rasch zu einer spürbar höheren Wertschätzung der Ambulanz geführt. Für die Selbsteinschätzung unserer Arbeit war es wichtig, dass das QM-System der Überprüfung einer externen Zertifizierungsagentur standgehalten hatte. Die ursprünglich rein subjektive Perspektive hatte damit eine Bestätigung gefunden und wir fühlten uns zur Fortführung des begonnenen Weges motiviert.

Ähnlich wie in der allgemeinen Diskussion zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie waren die Reaktionen beim Meinungsaustausch mit anderen Hochschul- und Ausbildungsambulanzen gemischt. Wir möchten auf einige Argumente etwas näher eingehen. Die aus unserer Erfahrung wichtigsten Vorteile eines zertifizierten QM sind in Tabelle 4 aufgeführt. Ein QM stellt für Hochschulambulanzen durch die Einbeziehung von betriebs- und marktwirtschaftlichen Größen eine Erweiterung der wissenschaftlichen Perspektive dar. Der Erfolg einer Ambulanz wird nicht nur durch die erreichten Effektstärken definiert, sondern auch durch die Qualität der Dienstleistungsprozesse in Form eines professionellen Betriebsablaufs sowie ernst gemeinter Kundenorientierung (Waldherr, 2003). Bei der Verwendung vorgegebener Systeme wie der DIN EN ISO muss das „Rad nicht neu erfunden“ werden, sondern der Ambulanzbetrieb kann in ein bewährtes und akzeptiertes Modell eingefügt werden. Die externe Begutachtung ergänzt die Innenperspektive, bei der die Gefahr einer positiven Verzerrung besteht. Durch die Formulierung von Qualitätszielen und -kriterien geht die Ambulanz eine Art Selbstverpflichtung ein. Das Erreichen der Ziele ist nie selbstverständlich. Werden sie verfehlt, so liegen Schwä-

chen offen und das eigene Tun muss kritisch hinterfragt werden. Wir sind daher überzeugt, dass ein funktionierendes QM dynamische Entwicklungen begünstigt und einen gewissen Schutz gegen lähmende Stagnation darstellt.

Als weiteren Vorteil soll auf das sog. Benchmarking hingewiesen werden. Beim Benchmarking orientiert sich eine Einrichtung an anderen erfolgreichen Einrichtungen des gleichen Marktsegments, bevorzugt am Marktführer. Eine unmittelbare Vergleichbarkeit kann beispielsweise durch gleiche oder ähnliche Qualitätskriterien hergestellt werden. Es ist oft schwer, allein aus der Innenperspektive rationale Maßstäbe für die Qualität einer Leistung zu finden oder neue Leistungspotenziale zu erschließen. Als Beispiel sei auf die in unseren Qualitätskriterien geforderte Effektstärke von mindestens 0,50 verwiesen. Auf den ersten Blick handelt es sich um ein konservatives Kriterium, da in Therapiestudien vielfach Effektstärken über 1,0 erreicht werden. Bis heute ist jedoch wenig darüber bekannt, wie hoch realistischere Effektstärken in Einrichtungen der Routineversorgung sein können. Ebenso unklar ist, ob in Ausbildungsambulanzen von einer vergleichbaren Therapiequalität ausgegangen werden kann. Ein Vergleich von Therapieeffekten verschiedener Hochschulambulanzen könnte hier zu wichtigen neuen Erkenntnissen führen. Eine in einer Ambulanz erreichte Effektstärke mag den eigenen Qualitätskriterien genügen, im Vergleich zu anderen Ambulanzen jedoch unterdurchschnittlich sein. Konstruktives Benchmarking beeinflusst die Definition von Qualitätszielen und führt im Rahmen des QM zu neuen Verbesserungsanstrengungen.

Gibt es auch Nachteile einer QM-Zertifizierung? In der Literatur und Fachdiskussionen werden Argumente vorgebracht, die durch Zurückhaltung und Skepsis geprägt sind (vgl. auch Laireiter & Vogel, 1998; Vogel, 2004). Wir

Tabelle 4. Vorteile einer Zertifizierung

Professionelle und stabile Betriebsstrukturen	Die Organisation der Ambulanz erfolgt nach einem einheitlichen, konsequenten Konzept; betriebs- und marktwirtschaftliche Größen werden dabei berücksichtigt
Orientierung an akzeptierten Standards	Das QM muss nicht „neu erfunden“, sondern kann entlang eines vorgegebenen, bewährten Konzepts Schritt für Schritt entwickelt und umgesetzt werden
Verbindlichkeit des Qualitätsanspruchs	Durch die regelmäßigen externen Audits verringert sich die Gefahr von Betriebsblindheit, Verkrustungen und lähmender Selbstbeweihräucherung; die Ambulanz bekennt sich zu Transparenz und kritischer Diskussion
Außendarstellung und Wettbewerbsfähigkeit	Die Außenwirkung des Qualitätssiegels sollte nicht geringgeschätzt werden, insbesondere im Hinblick auf gesundheitspolitische Fragen (z. B. gesetzliche Qualitätsverpflichtung, Einbindung in das Gesundheitssystem) und Konkurrenzsituationen
Möglichkeit des Benchmarking	Die eigene Leistungsfähigkeit kann mit anderen vergleichbaren Ambulanzen verglichen werden, so dass gegenseitiger Austausch gefördert wird; neue Impulse können von der Orientierung am „Marktführer“ kommen

möchten einige dieser Argumente aufführen und dazu Stellung nehmen:

„Eine Zertifizierung ist zu aufwändig.“ Aufwändig ist zunächst die professionelle Organisation einer Ambulanz. Die Betriebsabläufe einer Psychotherapeutischen Hochschulambulanz sind komplexer als die der Praxis eines einzelnen niedergelassenen Psychotherapeuten oder selbst einer therapeutischen Gemeinschaftspraxis. In der Mainzer Hochschulambulanz müssen zu jedem Zeitpunkt 40–50 Therapeuten und 200–300 Patienten koordiniert werden. Zudem besteht eine Ausbildungsverpflichtung, für die eine geeignete Infrastruktur aufgebaut und unterhalten werden muss. Die Ambulanz muss schließlich als Betrieb wirtschaftlich überlebensfähig sein. Insgesamt ist also die logistische Struktur eines solchen Unternehmens gegebenenmaßen komplex. Der Zertifizierungsprozess selbst ist deshalb nur ein zusätzlicher, vergleichsweise kleiner Schritt.

„Das ist alles zu bürokratisch.“ Nach unserer Einschätzung ist es im Gegenteil das Ziel eines QM, die Bürokratie auf das absolut Notwendige zu reduzieren. Sind Abläufe fehlerhaft oder schlecht aufeinander abgestimmt, so muss mit zusätzlichem und überflüssigem Aufwand gerechnet werden. Einer Ambulanz ohne erforderliche Regelung von Prozessen drohen Pannen oder Chaos. Der Aufbau eines QM ist daher eine lohnende Investition, um auf längere Sicht Ressourcen einzusparen.

„Als Universität sind wir ohnehin Vorreiter der Qualität, so dass eine Zertifizierung überflüssig ist.“ Bei diesem Argument wird Qualität qua Institution vorausgesetzt. Jeder erfahrene Universitätsmitarbeiter wird keine Schwierigkeiten haben, Gegenbeispiele anzuführen. Dies gilt beispielsweise auch für medizinische Universitätskliniken, die als Forschungseinrichtungen zwar einen guten Ruf genießen, in der konkreten Patientenerfahrung aber nicht immer gut bewertet werden (z. B. lange Wartezeiten, schlechte Koordination, fragliche Behandlungsergebnisse). Aufgeklärte und kritische Patienten werden sich nicht blind einem vermuteten Qualitätsstandard „ausliefern“. In der gesundheitspolitischen Diskussion werden nicht Statusfragen entscheidend sein, sondern der empirische Nachweis von Qualität.

„Die Orientierung an der DIN EN ISO 9001 ist dem Wesen der Psychotherapie nicht angemessen.“ Es stehen mehrere QM-Systeme zur Verfügung, deren Vor- und Nachteile man abwägen kann. Die DIN EN ISO gilt als das „klassische System“, gut standardisiert, in allen Branchen vertreten und international bekannt, wodurch sich Wettbewerbsvorteile leichter als mit anderen Systemen erreichen lassen. Andererseits verfügt sie nicht über spezielle Instrumente für Gesundheitsinstitutionen und zielt von der Grundausrichtung mehr auf Struktur- und Prozessqualität, weniger auf Ergebnisqualität ab. Beim EFQM-Modell wird eine Selbstbewertung durchgeführt, was meist mit mehr Akzeptanz verbunden ist, jedoch ist der Standardisierungsgrad geringer. Das KTQ ist ein nationales System, zu dessen Entwicklung sich die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft,

der Deutsche Pflegerat, die Bundesärztekammer und der Hartmannbund zusammengetan haben. Es ist spezifisch auf die Anforderungen von Krankenhäusern und Arztpraxen ausgerichtet, kann aber auch auf psychotherapeutische Praxen übertragen werden. Mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelten QEP liegen noch wenige Erfahrungen vor. Wir vermuten, dass die unterschiedlichen Modelle in der Praxis zu ähnlichen Ergebnissen führen. Gemeinsam ist allen, dass man sich als Anwender zur grundsätzlichen Haltung des QM bekennt.

„Das Korsett des QM schränkt die Freiheit der wissenschaftlichen Psychotherapie ein.“ Diesem Argument liegt ein Missverständnis zu Grunde. Ein QM ist von der inhaltlichen Zielsetzung her neutral. Vielmehr beschreibt und regelt es Prozesse, die es im Hinblick auf ein selbstgewähltes Ziel zu optimieren gilt. Für eine Ambulanz ist es dabei zunächst nicht relevant, mit welchen psychotherapeutischen Methoden gearbeitet wird. Durch das QM werden keine Vorgaben für bestimmte Schulen oder Behandlungstechniken gemacht. Das QM verlangt lediglich, dass die Ambulanz Qualität definiert, Kriterien hierfür aufstellt und bereit ist, sich an diesen messen zu lassen. Für die Ergebnisqualität ist es im Laufe der Entwicklung allerdings erforderlich, diejenigen Methoden auszuwählen, mit denen die Ziele am besten erreicht werden (z. B. größtmögliche Effektstärken). Dies deckt sich mit dem Anspruch, den jede wissenschaftlich fundierte Psychotherapie haben sollte.

„Qualitätssicherung ist lediglich ein Trick des Gesundheitswesens, um Psychotherapie zur Ware zu machen; dem sollte man sich verweigern.“ Diese Auffassung hat eine gewisse weltanschauliche Dimension. Wir meinen, dass Psychotherapie eine Dienstleistung darstellt, bei der die Gesellschaft – vertreten durch den Patienten und die Solidargemeinschaft der Krankenversicherung – das berechnete Interesse hat, Qualität und Kosteneffizienz einzufordern. Wird die Kundenperspektive des Patienten eingenommen, gehen interessanterweise die Meinungen weniger weit auseinander. Wer sich beispielsweise einer Knieoperation unterziehen muss, ist für Informationen dankbar, welche Methode nachgewiesenermaßen am aussichtsreichsten bzw. risikoärmsten ist und welche Klinik einen belegbar hohen Qualitätsstandard bei der Durchführung der betreffenden Operation aufweist (Stichwort „treatment through the patient’s eyes“; Gerteis et al., 1993). Verbraucheranalysen wurden längst auf medizinische und andere Gesundheitsleistungen ausgeweitet. Neuere Beispiele sind Tests der Beratungsleistungen von Apotheken (Stiftung Warentest, 2004) oder zur Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen (Federspiel & Herbst, 2005). Es ist eine Frage der Zeit, bis auch psychotherapeutische Leistungen nach Verbrauchergesichtspunkten geprüft und bewertet werden.

„Eine Zertifizierung ist zu teuer (würde beispielsweise dazu führen, dass an Therapeuten weniger Geld ausgezahlt werden kann).“ Bei diesem Argument sollte bedacht werden, dass eine Hochschulambulanz im Spannungsfeld unterschiedlicher beteiligter Gruppen und Interessen steht. Unbestritten sind die Interessen der in Aus-

bildung stehenden künftigen Therapeuten sehr wichtig. Die Ambulanz ist aber z. B. auch „Aushängeschild“ wissenschaftlich profunder und professioneller Therapie, sowohl gegenüber der Universität (in der Psychotherapie oft keinen hohen Status genießt) als auch gegenüber den Partnern des Gesundheitswesens. Aus der Kundenperspektive der Patienten steht die Ambulanz in Konkurrenz zu anderen ambulanten Psychotherapieanbietern. Es muss daher im vitalen Interesse einer Ambulanz sein, Ressourcen in die Qualitätsentwicklung zu investieren.

Resümee

Wir möchten mit diesem Beitrag aufzeigen, dass Qualitätssicherung und QM für Psychotherapeutische Hochschulambulanzen ein wichtiges Entwicklungspotenzial darstellen. Wissenschaftliche Beschäftigung mit Psychotherapie darf sich nicht auf die klassischen Felder der Prozess- und Outcomeanalysen begrenzen, sondern muss auch den Transfer von Behandlungsmethoden in Routinetherapien und den Aufbau leistungsstarker Therapieeinrichtungen einschließen. Hier ergeben sich im übrigen auch interessante Querverbindungen zu den Forschungs- und Anwendungsbereichen der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie sowie zur Versorgungsforschung. Die Evaluation von Versorgungssystemen ist ebenso sehr Gegenstand wissenschaftlicher Analyse wie die Evaluation von Behandlungsmethoden. Es wäre fatal, wenn Universitätsinstitute und Psychotherapeutische Hochschulambulanzen es versäumten, hier in der ersten Reihe gestaltend mitzuwirken.

Literatur

- Federspiel, K. & Herbst, V. (2005). *Die Andere Medizin: „Alternative“ Heilmethoden für Sie bewertet* (5. Aufl.). Berlin: Stiftung Warentest.
- Fiegenbaum, W., Tuschen, B. & Florin, I. (1997). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 138–149.
- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version*. Manual. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W. & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie*, 13, 291–295.
- Fydrich, T. (2004). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 286–304.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco, T. L. (Eds.). (1993). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (Hrsg.). (2000). *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.
- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.). (2003). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W. & Bleichhardt, G. (2004). Qualitätssicherung in einer psychotherapeutischen Hochschulambulanz. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 315–344.
- Lauterbach, K. W. & Schrappe, M. (Hrsg.). (2004). *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Laireiter, A.-R. (1995). *Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie*. Psychotherapie Forum, 3.
- Laireiter, A.-R. (1998). Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Praxis: Möglichkeiten für Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 9–38.
- Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hrsg.). (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lutz, W., Tholen, S., Kosfelder, J., Tschitsaz, A., Schürch, E. & Stulz, N. (2005). Evaluation und störungsspezifische Rückmeldung des therapeutischen Fortschritts in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 15, 168–175.
- Richard, M. (2004). Systematische Verlaufsbeobachtung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 128–133.
- Scharfenstein, A. & Fydrich, T. (2004). Pilot-Modelle für Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 305–316.
- Stiftung Warentest (2004). Mehr schlecht als recht. *Beratung in Apotheken*, 3, 91.
- Sulz, S. K. D. (2004). *Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2005). Internes Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis und die Frage, ob Pflicht zur Kür werden kann. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10, 32–36.
- Vogel, H. (2004). Qualitätssicherung: ein Arbeitsprogramm im Spannungsfeld zwischen Förderung und Disziplinierung. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 121–127.
- Waldherr, B. (2003). Was leistet Qualitätsmanagement (QM) in der psychotherapeutischen Praxis? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35, 829–832.

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Psychologisches Institut
der Johannes Gutenberg-Universität
Staudingerweg 9 (Campus)
55099 Mainz