

Serge K. D. Sulz

QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIEPRAXIS

QUALITY MANAGEMENT IN AMBULANT PSYCHOTHERAPY PRACTICE

Zusammenfassung

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet Psychotherapeuten in der ambulanten Praxis zum internen Qualitätsmanagement (QM). Es gibt erst wenige Versuche, Realisierungsmöglichkeiten zu erproben. Während vor allem von den Krankenkassen auf mehr externe Qualitätskontrolle Wert gelegt wird, werden von Therapeutenseite derzeit Maßnahmen des praxisinternen Qualitätsmanagements ausgearbeitet. In diesem Artikel wird ein umfassendes Konzept für kognitive-behaviorale Therapien vorgestellt und diskutiert. Es greift die aktuellen Ergebnisse der Therapieforschung auf und verknüpft sie mit zeitgemäßen Ausbildungs- und Supervisionskonzepten. Dabei wird von einer monatelangen Einarbeitung ausgegangen, da es einer großen Umstellung beim Therapeuten bedarf. Während dieser Einarbeitungszeit und später zur Aufrechterhaltung der praxisinternen Maßnahmen ist das regelmäßige Treffen im Qualitätszirkel fester Bestandteil des Konzepts. Diese dienen einerseits der Etablierung des QM, sollten andererseits aber zunehmend den Charakter von Intervisionsgruppen haben, um den persönlichen Gewinn für die laufenden Therapien zu optimieren.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung - Qualitätsmanagement - Qualitätszirkel

Summary

Currently, the social code requires psychotherapists working in ambulant care to implement internal quality management. However, there are few attempts so far to develop quality management systems. Providers of health insurance attach more importance to external quality control, but the therapists presently develop measures to introduce quality management within their practice. In this article, an extensive concept for cognitive-behavioral therapy is presented and discussed. The most recent results of therapeutic research will be linked with a model for up-to-date training and supervision. As therapists will need to make large changes to their practice, a training and adjustment period of several months will have to take place. During this training period, a quality control group will be formed. It will continue to meet beyond the training period. Group meetings will establish the tenets of quality management; these meetings are expected to eventually take on an element of inter-vision to optimize the personal success of the ongoing therapy.

Keywords

quality assurance - quality management - quality control group

Qualitätssicherung ist ein seit Jahren formuliertes Gebot in der Medizin. Vor allem in Krankenhäusern und in den diagnostischen Disziplinen der Medizin ist sie sehr weit fortgeschritten (Gaebel 1995, Koch und Schulz 1996, Meermann 1995, Paar 1997, Kordy und Hannover 1998). Für Psychosomatische Kliniken wurde hierzu ein Basisdokumentationssystem entwickelt (Bell et al. 1996, Heuft und Senf 1998). Qualitätssichernde Maßnahmen sind auch in der ambulanten Psychotherapie gesetzlich vorgeschrieben (Sozialgesetzbuch V). Die Psyche des Menschen und den Vorgang der Psychotherapie in gleicher Weise messbar zu machen, ist zwar schon lange Anliegen der Psychotherapieforschung, in zunehmendem Ausmaß auch unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung (Grawe und Braun 1994, Palm 1998). Es ist jedoch noch nicht gelungen, die Brauchbarkeit wissenschaftlicher Datenerhebung für die alltägliche Praxis zu belegen. Es

ist noch nicht geklärt, ob derartige Messungen den Therapien eher schaden als nützen. Und ebenso wenig ist erkennbar, ob die Kosten, die sie verursachen, auf Dauer von einem schrumpfenden Gesundheitssystem getragen werden können.

Im Bewusstsein vieler Psychotherapeuten ist Qualitätssicherung Kontrolle durch gegnerische Instanzen. Sie entwickeln „Strategien, die externe Kontrolle zu unterlaufen, Daten oder Informationen entsprechend zuzubereiten oder zurückzuhalten und damit letztlich zu Selbstblockade, Ressourcenvergeudung und Verschwendung von Energie, Kompetenz, Zeit und Entwicklungsfreude führen“ (Herzog und Stein 2000). Dies ist ein Hauptargument gegen das Gutachterverfahren. Wie hoch der Prozentsatz von Therapeuten ist, die auf diese Weise wohl jegliche externe Qualitätssicherung – gegenwärtige wie künftige – boykottieren, ist nicht bekannt. Dies begrenzt tatsäch-

lich die Möglichkeiten externer Qualitätssicherung. Logisch gibt es zunächst zwei Möglichkeiten, damit umzugehen: Noch mehr Kontrolle durch fälschungssichere Kontrollen oder mehr ethisches Verantwortungsgefühl der Therapeuten. Denn nicht das Verfahren an sich ist problematisch, sondern die Interpretation des Verfahrens als feindselige Kontrolle. Die dritte Möglichkeit ist, eine Qualitätssicherung zu finden, die nicht als gegnerische Kontrolle interpretierbar ist.

Neben dem Gutachterverfahren (Faber und Haarstrick 1999) als externe Qualitätssicherungsmaßnahme, die den Aspekt der externen Kontrolle beherbergt, ist das interne Qualitätsmanagement (vergl. Härter et al. 1999, Härter und Berger 1999, Herzog et al. 2000) eine weitere Variante, bei der dem Praxisinhaber vertraut wird, daß er selbst die Qualität in seiner Praxis hoch hält, laufend prüft und verbessert. Das Ziel des Qualitätsmanagements liegt deutlich höher als das der Qualitätssicherung. Während letztere nur einen definierten Standard einhalten will, möchte Qualitätsmanagement laufende Optimierung und stetige Entwicklung (Herzog und Stein 2000). Gegenwärtig existiert nur externe Qualitätssicherung (durch das Gutachterverfahren) und praktisch keine interne Qualitätssicherung. Da die prinzipiellen Nachteile der externen Qualitätssicherung nicht durch ein anderes Verfahren der externen Qualitätssicherung korrigiert werden können, sondern nur durch die Ergänzung durch ein internes Qualitätsmanagement, ist dessen Etablierung vorrangig. Konzepte des internen Qualitätsmanagements in der ambulanten Psychotherapie wurden u. a. von Stein und Herzog (2000) und Sulz (2000) beschrieben.

Definitionen

Zunächst einige Definitionen:

Was ist Qualität?

- Qualität ist „die optimale Versorgung psychisch kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit.“ (Maß, 1997)

Diese Definition von Maß (1997) bedeutet, daß praktizierte Psychotherapie immer nur eine Annäherung an Qualität ist, denn optimal kann ein Psychotherapeut nicht immer handeln. Er kann aber einen Sinn dafür entwickeln, ob er sich der Qualität annähert oder sich von ihr entfernt. Diese Wahrnehmung ist bereits ein sehr komplexer Vorgang. Er setzt Wissen und Erfahrung bezüglich des Themas Qualität voraus. Dieses Wissen erfordert u. a. Kenntnis der Dimensionen der Qualität.

Welche Dimensionen der Qualität gibt es?

Dimensionen der Qualität sind:

- 1. Strukturqualität
- 2. Prozeßqualität
- 3. Ergebnisqualität

Die drei Dimensionen Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität sind aus anderen Bereichen übernommen. Wirtschaftsunternehmen haben lange vor Medizin und Psychotherapie Qualität als weichenstellenden Aspekt ihrer Tätigkeit erkannt. Die Übertragung auf die Psychotherapie führt zu plausiblen Aussagen. Auch die kürzlichen Übernahmen aus der Medizin sind einleuchtend, wenngleich Psychotherapie nach völlig anderen Gesetzmäßigkeiten funktioniert. So ist z. B. die Frage, ob die auf den ersten Blick professionell und durchorganisiert wirkende Praxis wirklich fast allen Patienten als günstigstes Vorzeichen einer effektiven Psychotherapie erscheint. Versucht man darüber hinaus, das Thema Qualität auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen, so muß man feststellen, daß kaum eine der Feststellungen zur Qualität empirisch untersucht und nachgewiesen ist. Andererseits geht es bei der Qualität nicht um Wissenschaftlichkeit, sondern um eine Konvention. Ebenso wie es eine Konvention ist, daß Abitur die Voraussetzung für ein Hochschulstudium ist oder daß Geschäfte sonntags geschlossen sind. Wer einen freien Beruf ausübt, begibt sich auf einen Markt und unterwirft sich den Gesetzen dieses Marktes. Geschäftspartner sind die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen. Mit ihnen werden die Geschäftsbedingungen ausgehandelt. Sie treten nur mit demjenigen in weiterführende Verhandlungen ein, der ihnen als Geschäftspartner geeignet erscheint, d. h. dessen Praxis überzeugende Strukturmerkmale aufweist. Und sie erwarten, daß die psychotherapeutische Leistung, für die sie zahlen, qualifiziert abläuft. Hierzu versuchen sie sich an transparenten Prozeßmerkmalen zu orientieren. Und schließlich wollen sie, daß die erbrachte Leistung das gewünschte Ergebnis erzielt. Erfahrene Psychotherapeuten wissen, daß oft genug völlige psychische Gesundheit nicht hergestellt werden kann und deshalb nicht das einzufordernde Leistungsmerkmal für den Geschäftspartner Krankenkassen sein darf.

Was ist Strukturqualität?

Strukturqualität ist die Qualität

- der Personen (Praxisinhaber sowie weitere (welche, wieviel) Personen, welche Ausbildung, welche und wieviel Erfahrung, welche Zusatzqualifikationen)
- der materiellen und technischen Ausstattung (Räume, Sekretariat, Bibliothek, Fragebögen und Tests, Technik wie PC, Software, Videoanlage, Biofeedback)
- der Organisation (Ablauf, Empfang, Patientenbetreuung, Verwaltung, Dokumentationssystem)

Strukturqualität betrifft die personelle, organisatorische und materielle Ausstattung der psychotherapeutischen Praxis. Sie beginnt mit der Psychotherapie-Ausbildung (Sulz 1998). Aus-Weiter- und Fortbildung kostet ebenso Geld wie die Ausstattung. D. h. sie muß in Relation zu dem erzielbaren Preis für die Leistung gesehen werden. Für ein Stundenhonorar von 70,- DM kann keine Strukturqualität verlangt werden. Dagegen kann bei einem Honorar von 200,- DM die Strukturqualität Berücksichtigung finden.

Was ist Prozeßqualität?

Prozeßqualität ist die Qualität der Diagnostik und Therapie im Prozeßablauf hinsichtlich

- Befunderhebung, Syndrom- und klassifikatorische Diagnostik, Anamnese inkl. Fremdanamnese, Exploration, Verhaltensbeobachtung, Verhaltensdiagnostik, Indikationsstellung, Zielanalyse, Therapieplanung
- Planung und Gestaltung der Therapiebeziehung
- Durchführung der Therapie und Rückfallprophylaxe
- Verlaufskontrolle
- interdisziplinäre Kooperation

Wie gut macht der Therapeut das, was er macht, und macht er alles, was im vorliegenden Fall getan werden muß? Die Prozeßqualität ist Maßstab unserer täglichen therapeutischen Arbeit. Wenn wir eine gute Ausbildung genossen haben und unser Wissen und Können ständig den neuen Erkenntnissen unserer Disziplin angepaßt haben, wenn wir unsere zunehmenden Erfahrungen mit unseren Patienten nutzen können, um unsere berufliche Kompetenz zu erweitern, dann liegen gute Bedingungen vor, daß unsere Therapieprozesse qualifiziert ablaufen. Entscheidend ist dabei, daß wir uns professionelle gedankliche und affektive Feedbackschleifen zugelegt haben, die eine Optimierung des Therapieprozesses anstreben. Gelänge es, diese internen kognitiven Feedbackprozesse zu objektivieren und ihre zeitliche Beständigkeit nachzuweisen, so könnte man auf viele Qualitätsrituale verzichten.

Was ist Ergebnisqualität?

Ergebnisqualität ist der Grad der Zielerreichung hinsichtlich

- Besserung oder Heilung der Erkrankung
- des Grades der Veränderung der Erlebens- und Verhaltensweisen, die die Krankheit aufrecht erhalten
- des Grades der Veränderung der Erlebens- und Verhaltensweisen, von denen zu erwarten ist, daß sie eine Wiedererkrankung sehr wahrscheinlich machen
- des Grades der Lebensqualität und Lebenstüchtigkeit in Bezug auf die biopsychosoziale Gesundheit des Patienten
- des Grades der Zufriedenheit des Patienten mit der Therapie

Ergebnisqualität ist den Krankenkassen als Geschäftspartner verständlicherweise am wichtigsten. Nur für das Ergebnis bezahlen sie. Auch hier muß wieder das gewünschte Ergebnis und der Preis in adäquater Relation stehen. Es gibt leider zu viele psychische Störungen, die durch die derzeit angewandten und von den Kassen bezahlten Therapien nicht völlig behoben werden können. Problem auf der Therapeuten-seite ist, daß wir nicht im voraus eine zuverlässige Vorhersage über das erzielbare Ergebnis machen können. Könnten wir das und könnten wir unsere Prognose durch differenzierte diagnostische Angaben begründen, dann wäre dies Anlaß für neue Verhandlungen mit den Krankenkassen. Wir könnten dann schon vor Beginn der Therapie – ähnlich wie andere freie Berufe – verbindliche Angaben über die zu erwartende Stundenzahl und das mit dieser Stundenzahl gewährleistete Ergebnis machen.

Was ist Qualitätssicherung?

- Qualitätssicherung ist die Prüfung der Qualität und die Veranlassung von Korrekturen, die die Qualität wiederherstellen oder verbessern sowie die Prüfung der erfolgreichen Durchführung dieser Korrekturen

Die Krankenkassen erwarten, daß Therapeuten nicht nur nach dem Auftreten therapeutischer Fehler versuchen, Qualität wieder herzustellen. Vielmehr wollen sie den Nachweis eines ständigen Monitorings, um Fehler weitgehend zu verhindern. Für Wirtschaftsunternehmen sind zu diesem Zweck nationale (DIN) und internationale (ISO) Normen entwickelt worden.

Welche Arten von Qualitätssicherung gibt es?

Qualitätssicherungsarten sind

- interne Qualitätssicherung
- externe Qualitätssicherung

Im Gegensatz zu der Vertrauen herstellenden Normierung in der Wirtschaft ist es in der Psychotherapie nicht gelungen, die Geschäftsbedingungen auf eine vertrauensvolle Basis zu stellen. Deshalb legt das Sozialgesetzbuch dem Psychotherapeuten die Pflicht zur Durchführung von interner Qualitätssicherung auf und verlangt von ihm zusätzlich die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen bedeuten natürlich äußere Kontrolle mit dem Nachteil der Entstehung eines Machtgefälles und einer Gegnerschaft mit gegenseitigem Mißtrauen. Gelänge es, die Krankenkassen und den Gesetzgeber zu überzeugen, daß ein internes Qualitätsmanagement wie in Wirtschaftsunternehmen etabliert ist und funktioniert, würde sich externe Qualitätssicherung erübrigen. Ein Audit im Abstand von zwei Jahren wäre dann ausreichend.

Was ist interne Qualitätssicherung?

Interne Qualitätssicherung ist

- die praxisinterne komplette Sicherung der Qualität, d.h. Definition der Qualitätskriterien
- Einrichtung eines Instrumentariums zur Erfassung der Qualität
- Durchführung der Messungen
- Auswertung der Messungen
- Vergleich von Ist- und Sollwerten mit Qualitätsbeurteilung
- Durchführung von qualitätswiederherstellenden und -verbessernden Maßnahmen
- Dokumentation der Qualitätssicherungsschritte durch den Praxisinhaber und sein Personal

Interne Qualitätssicherung zeichnet sich dadurch aus, daß die Verantwortung für den Qualitätssicherungsprozeß gänzlich in der Hand des Praxisinhabers bleibt. Er ist ausgebildet in Qualitätssicherung, er leitet seine Angestellten in den Maßnahmen der Qualitätssicherung an, er installiert Qualitätssicherung in seiner Praxis, er führt die Maßnahmen zur Qualitätssicherung verantwortlich durch, er delegiert sie teilweise an Angestellte und er sorgt dafür, daß Qualitätssicherung auf

qualifizierte Weise aufrecht erhalten wird. Dadurch ist ihm erspart, sich regelmäßig von außen kontrollieren und prüfen lassen zu müssen. Lediglich alle zwei Jahre erfolgt ein Audit, während dessen der Praxisinhaber zeigt, wie er interne Qualitätssicherung tatsächlich zwei Jahre lang betrieben hat und wie er mit festgestellten Mängeln umgegangen ist.

Was ist externe Qualitätssicherung?

Externe Qualitätssicherung ist

- z.B. das Gutachterverfahren (Prüfung der Anträge durch Gutachter)
- z.B. Pflicht-Basisdokumentationen, die an eine externe Prüfstelle abgegeben werden
- praxisübergreifende Definition der Qualitätskriterien durch externe Einrichtungen wie KV, MDK, Krankenkassen oder von diesen beauftragten Instituten (vergl. TÜV)
- externe Vorgabe von Erfassungsinstrumenten zur Qualitätssicherung
- Ablieferung der ausgefüllten Formulare an die externe Prüfinstitution
- Auswertung und Beurteilung durch diese Institution
- Aufforderung des Praxisinhabers zu Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen im Sinne der Qualitätswiederherstellung oder -verbesserung und zur Erbringung eines Nachweises des Erfolgs dieser Maßnahmen

Bei der externen Qualitätssicherung ist die Praxis lediglich Gegenstand der Prüfung. Der Praxisinhaber hat kein Mitspracherecht bei der Installation der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Er ist Objekt obrigkeitlicher Kontrollen. Das Sozialgesetzbuch V schreibt die Teilnahme an externer Qualitätssicherung vor. Nun könnte man allerdings sagen, daß das zwei-jährige Audit bei der internen Qualitätssicherung ja eine externe Qualitätssicherung ist und daß deshalb kein weiterer gesetzlicher Zwang zu zusätzlicher externer Qualitätssicherung besteht. Vermutlich müßte diese Frage gerichtlich geklärt werden.

Was ist Benchmarking?

Benchmarking ist eine externe Qualitätssicherung, die durch eine externe Prüfinstitution erfolgt,

- mit standardisierten quantitativen Erhebungsinstrumenten
- mit Auswertung und Beurteilung durch diese Institution
- vor allem mit dem Vergleich des Praxisergebnisses mit anderen Praxen
- mit Aufforderung des Praxisinhabers zu Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen im Sinne der Qualitätswiederherstellung oder -verbesserung und zur Erbringung eines Nachweises des Erfolgs dieser Maßnahmen bei Überschreitung einer Toleranzgrenze
- evtl. Entfernung der Praxis aus der Kassenversorgung bei wiederholtem Scheitern der Bemühungen, sich dem Niveau der anderen Praxen zu nähern

Benchmarking ist das Schreckgespenst vieler Psychotherapeuten. Und wenn tatsächlich ein unsolidarischer Konkurrenzkampf um viel zu wenig Kassensitze entbrennen würde, so

wäre Benchmarking ein Mittel, um die Zahl der Kassentherapeuten zu reduzieren. Wer einen bestimmten Standard nicht einhalten kann, verliert den Vertrag zur psychotherapeutischen Versorgung von Kassenpatienten. Das Motto heißt: „Die Spreu vom Weizen trennen“ und ist in dieser Formulierung denunzierend. Denn in Wirklichkeit geht es um nur graduell verschiedene, nahe beieinander liegende Qualitäten.

Was ist Qualitätsmanagement?

Qualitätsmanagement ist

- ein Modus der internen Qualitätssicherung durch den Praxisinhaber,
- der ihm die ganze Verantwortung für den Prozeß der Qualitätserhaltung überläßt und
- der ihn vor ständigen externen Kontrollen schützt.

Ein wichtiger Schritt zur Emanzipation des niedergelassenen Psychotherapeuten ist das Qualitätsmanagement als interne Qualitätssicherung, in der er sich selbst kontrolliert und ständig qualifiziert. Qualitätsmanagement ist die Art und Weise, in der interne Qualitätssicherung praktiziert wird.

Was beinhaltet Qualitätsmanagement?

Qualitätsmanagement beinhaltet nach DIN EN ISO (9000 - 90004)

- alle Maßnahmen der Definition und Realisierung von Qualitätszielen inkl. Planung, Durchführung, Lenkung, Prüfung, Korrektur und Vorbeugung sowie Festlegung der Verantwortlichkeiten

Qualitätsmanagement umfaßt demnach den gesamten Prozeß interner Qualitätssicherungsmaßnahmen, ist deren Konzept und deren Praxis. Qualitätsmanagement reicht von der Zielformulierung über die Planung, Durchführung, eigene Überwachung des Ablaufs der Qualitätssicherungs-Kette bis zur Dokumentation.

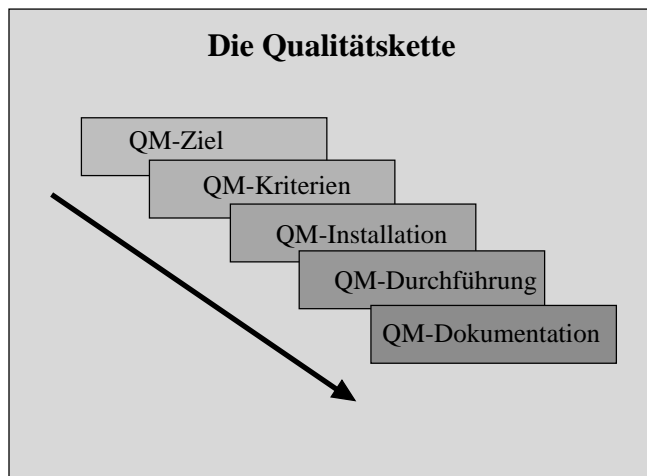
Was ist die Qualitätskette?

Die Qualitätskette besteht aus

- der Festlegung der Qualitäts-Ziele der psychotherapeutischen Praxis
- der Festlegung der Qualitäts-Kriterien
- der Installation des Qualitätsmanagements in der Praxis
- der Durchführung des Qualitätsmanagements in der Praxis
- der Dokumentation des Qualitätsmanagements in der Praxis

Die Qualitätssicherungs-Kette ist ein logischer Ablauf von der Formulierung der Qualitätsziele und der Qualitätskriterien über die Installation des Qualitätsmanagements, dessen Durchführung und Dokumentation. Sie kennzeichnet den Aufbau des Qualitätsmanagements. Die eigenständige, selbstverantwortliche Entfaltung der Glieder dieser Kette ist bereits so qualifizierend, daß allein dadurch schon die Überlegenheit interner Qualitätssicherung deutlich wird. Die wichtigste Erfahrung aus der Praxis der Qualitätssicherung ist, daß diese

nur so viel Wert ist, wie die aus ihr hervorgehende Identifizierung mit den Qualitätszielen und der Art, wie diese Ziele erreicht werden sollen.

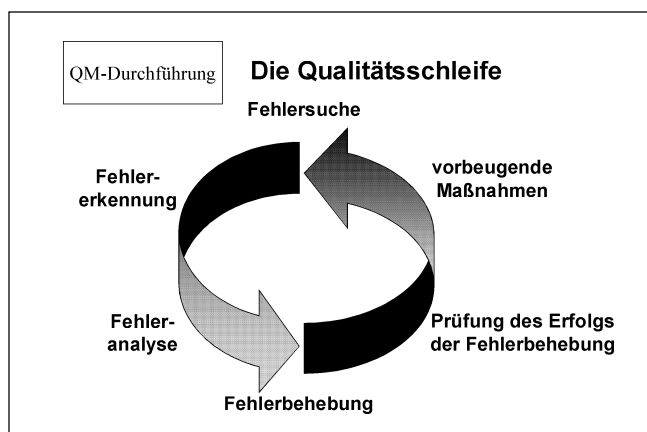


Was ist die Qualitätsschleife?

Die Qualitätsschleife ist die Art der Durchführung des Qualitätsmanagements, d.h.

- Fehlersuche
- Fehlererkennung
- Fehleranalyse
- Fehlerbehebung
- Prüfung des Erfolgs der Fehlerbehebung
- vorbeugende Maßnahmen
- weitere Fehlersuche etc.

Neben der Qualitäts-Kette ist die Qualitätsschleife ein Charakteristikum des Qualitätsmanagements. Sie beschreibt den Rückkoppelungsprozeß der Qualitätsoptimierung, der mit einer aktiven Suchhaltung, d. h. einer geschärften Wahrnehmung bezüglich zuvor definierter Qualitätssollwerte und des Abweichens von diesen Sollwerten über eine ebenfalls definierte Toleranzgrenze hinaus. Damit ist ein Sinn für Qualität entstanden und quasi ein Sinnesorgan zur Wahrnehmung von Qualität eingerichtet. Unter dieser Voraussetzung ist frühzeitige Fehlererkennung möglich. Auch die Kompetenz der Fehleranalyse aus der Qualitätsmanagement-Perspektive muß erwor-



ben werden. Sie erfordert viel Wissen über den Therapieprozeß. Die Ableitung geeigneter Maßnahmen zur Fehlerbehebung und deren Durchführung im Sinne einer Annäherung an den definierten Sollwert ist ebenfalls ein neuer Bestandteil therapeutischen Arbeitens, der allmählich zu einer selbstverständlichen und inhärenten Prozeßvariablen wird. Auch die Evaluation der Fehlerbehebung als bewußtem Vergleich von Soll- und Istwert ist ein Teilprozeß, zu dem sich der Therapeut aktiv entscheiden muß und keineswegs zu seinen professionell eingespielten zuverlässig automatisierten Handlungsabläufen gehört. Erst recht scheint die Planung vorbeugender Maßnahmen den Therapeuten unnötig lange aufzuhalten. Wenn aber der gleiche Fehler wiederholt auftritt, sind vorbeugende Maßnahmen erforderlich. Denn die Intuition und Kreativität des Therapeuten ist dann offensichtlich nicht hinreichend, um einen qualifizierten Therapieprozeß aufrecht zu erhalten. Auf den ersten Blick ist die Qualitätsschleife mit viel Aufwand verbunden. Sie wird jedoch bald zu einer Routine, die wenig Zeit kostet.

Was sind Qualitäts-Ziele?

- Ziel ist die Erhaltung und Entwicklung der Qualität der Therapien, das ist „die optimale Versorgung psychisch kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit“ (Maß, 1997)

Die Definition des Qualitätsziels in der Psychotherapie von Maß (1997) wird durch die Formulierung von Qualitätskriterien konkretisiert.

Welche Qualitätskriterien gibt es?

Wir unterscheiden Qualitätskriterien, -standards und Leitlinien. Letztere sind Empfehlungen, die den state of the art widerspiegeln. Bei einer Entscheidung für eine andere Orientierung des therapeutischen Vorgehens sollte eine Begründung möglich sein, deren Argumente überzeugend sind. Qualitätskriterien benennen die Variablen und Inhalte, Qualitätsstandards quantifizieren diese und geben Optimum und Minimum (Toleranzgrenzen) an.

- Qualitätskriterien sind Variablen, mit deren Hilfe die Qualität und das Nichteinhalten von Qualität erfaßt werden kann (personelle, organisatorische und materielle Ausstattung der Praxis, Art der Diagnostik und Therapie, Therapiebeziehung, Art der Dokumentation)
- Qualitätsstandards sind Sollwerte, die sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen oder klinischer Erfahrung (Expertenaussagen) orientieren und Toleranzgrenzen definieren, außerhalb derer Qualität nicht eingehalten ist
- Leitlinien sind Empfehlungen z.B. von Fachgesellschaften zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei bestimmten Krankheiten (z. B. Agoraphobie) oder schwierigen therapeutischen Situationen (z. B. Suizidalität)

Wie geschieht die Installation des Qualitätsmanagements?

Nach der Festlegung der Qualitätsziele und der Qualitätskriterien erfolgt

- die Vorbereitung des Personals
- die Planung der konkreten Maßnahmen
- die Schulung des Personals und
- die Einführung der QM-Maßnahmen

Hat eine Praxis mehrere Mitarbeiter, z. B. Sekretärin, psychologisch-technischer Assistent oder EDV-Operator, dann beginnt jetzt der wichtigste Abschnitt. Nur wenn es gelingt, die Mitarbeiter zu motivieren, bei ihnen einen Wunsch nach Qualität zu wecken und ihren Willen zu festigen, das Qualitätsziel zu erreichen, hat die bis dahin erarbeitete Qualitätsmanagement-Konzeption eine Chance. Das schwächste Glied bestimmt die Qualität des Ganzen.

Worin besteht die Qualitätsmanagement-Dokumentation?

Dokumentiert werden die Schritte

- der Qualitätskette
- und der Qualitätsschleife (siehe oben)

Ohne Dokumentation kann der Praxisinhaber beim zweijährigen Audit nicht nachweisen, daß und wie er zwei Jahre lang Qualitätsmanagement betrieb. Man darf jedoch nicht Dokumentation mit Qualitätsmanagement verwechseln. Sonst werden Batterien von Meßinstrumenten ausgearbeitet, die in ihrem Inhalt und ihrer Funktion weit ab vom laufenden Geschehen der Qualitätsschleife sind. Wenn ihre Ergebnisse dem Therapeuten nicht sofort zur Verfügung stehen, helfen sie ihm nicht beim Qualitätsmanagement. Da er aber schon genügend Dokumentation für sein Qualitätsmanagement durchführt, kommt durch Messungen zur externen Qualitätssicherung genau die Übersättigung zustande, die die Motivation zur Qualitätssicherung zum Erliegen bringt.

Ein Konzept des praxisinternen Qualitätsmanagements in der ambulanten Psychotherapie

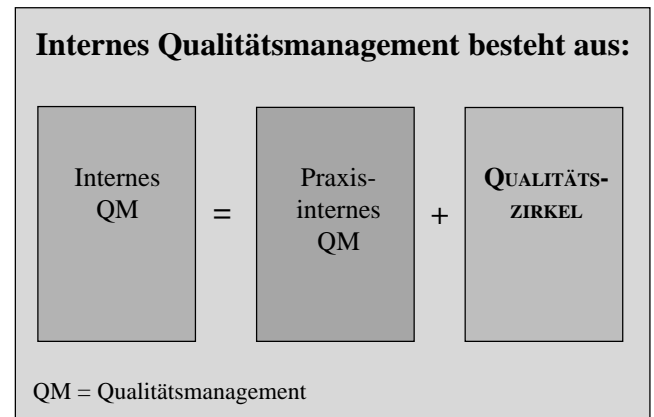
Im Kontext kognitiv-behavioraler ambulanter Psychotherapie kann ein in sich konsistentes Konzept des praxisinternen Qualitätsmanagement definiert werden, wenn man auf den Standard verhaltenstherapeutischer Diagnostik, Fallkonzeption, Therapieplanung- und durchführung (z. B. Batra et al. 2000, Margraf 1996, Reinecker 1999, Sulz 2000) sowie auf die Ergebnisse der Therapieforschung (Grawe et al. 1995, Grawe 1998) zurückgreift.

Dieses Konzept baut auf zwei Säulen auf:

- a) praxisinternes Qualitätsmanagement
- b) Qualitätszirkel.

Qualitätszirkel

Der Qualitätszirkel in der Psychotherapie (Härter et al. 1999) ist das notwendige Gegenregulativ, die erforderliche referentielle Öffentlichkeit zu qualitätserhaltenden Aktivitäten in der einzelnen Psychotherapiepraxis. Ohne diese Möglichkeit der Kommunikation und des Feedbacks verliert der Praxisinhaber leicht den Anschluß an allgemeinere Standards, verliert auch eventuell die Motivation zu qualitätserhaltenden Maßnahmen (Dauth 1996).



Innerhalb des hier vorgestellten Konzepts hat der Qualitätszirkel die Aufgabe eines Forums zum Austausch von Berichten und Erfahrungen in der Anwendung der einzelnen Bausteine des internen Qualitätsmanagements, zur Diskussion über den Umgang mit Fehleranalyse, Fehlerbehebung und – vorbeugung und zur Unterstützung des Therapeuten hinsichtlich seiner therapeutischen und Qualitätsmanagementprobleme. Im Idealfall verlaufen die Sitzungen zunehmend mehr als Intervision unter Einbeziehung des Qualitätsmanagements. D. h. die formalen Gesichtspunkte des Qualitätsmanagements werden immer weniger wahrgenommen und statt dessen treten seine therapieimmanenten Aspekte in den Vordergrund. Die Qualitätszirkelsitzungen finden 10-mal jährlich statt. Jeder Therapeut stellt jeden Fall kurz nach Abschluß der diagnostischen Sitzungen und ein weiteres Mal zum Ende der Therapie vor. Wenn ein Fall schwierig ist bzw. wenn schwierige Qualitätsmanagementfragen auftauchen, wird der Fall zwischendurch ein drittes Mal vorgestellt.

Die praktische Durchführung des praxisinternen Qualitätsmanagements

Prüfung der Strukturqualität

Wie ist die Qualität der personellen, organisatorischen und materiellen Ausstattung der Praxis?

Strukturqualität 1: personell

- Ausbildung des Praxisinhabers
- Kassenzulassung des Praxisinhabers
- Zusatzqualifikationen des Praxisinhabers
- Erfahrung des Praxisinhabers

- Persönlichkeit des Praxisinhabers
- Führungsqualität des Praxisinhabers
- weiteres Personal, Anzahl, Ausbildung, Erfahrung, Zusatzqualifikationen, Persönlichkeit, Teamklima

Der Aspekt der personellen Strukturqualität bedarf eines selbstkritischen Hinterfragens des Praxisinhabers. Reicht meine schon lange zurückliegende Ausbildung aus, um meiner heutigen Berufswelt gerecht zu werden? Habe ich durch Weiterbildung den gegenwärtigen Stand des Wissens und Könnens erreicht (Habe ich als Verhaltenstherapeut z. B. an einem Training der neuen Interventionsmöglichkeiten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und bei Posttraumatischer Belastungsstörung teilgenommen? Beteilige ich mich regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen? Begebe ich mich in patientenzentrierte Selbsterfahrung wie Balintgruppe oder deren verhaltenstherapeutischem Pendant Interaktionelle Fallarbeit (IFA)? Nehme ich bei schwierigen Fällen oder während schwieriger Therapiepassagen Supervision in Anspruch? Falls in den letzten Jahren ein extremes life event in meinem Leben stattfand, habe ich dies emotional verarbeitet oder wirkt es immer noch auf mein Therapeutenverhalten ein? Falls ich ein Praxisteam habe, kann ich dafür sorgen, daß das Teamklima förderlich für die Arbeitsqualität ist?)

Strukturqualität 2: materiell

- Erreichbarkeit der Praxis
- Beschilderung der Praxis
- Hauseingang und Flur
- Empfang
- Wartebereich
- Sekretariat
- EDV-Anlage
- Therapieräume
- Videoanlage
- Bibliothek inkl. Fragebögen und Tests

Die materielle Strukturqualität kann dafür sorgen, daß ein Patient durch die Ausstrahlung von Professionalität und solider Substanz sich entscheidet, in der Praxis zu bleiben, daß er die Erwartung eines positiven Ausgangs der Behandlung aufbaut. Das äußere Erscheinungsbild der Praxi kommt dem Therapeuten zugute, indem sie seine Wettbewerbsfähigkeit steigert. Andererseits kann jeder Aspekt Stolperstein auf dem Weg der Qualifizierung sein.

Strukturqualität 3: organisatorisch

- Telefonzeiten und Telefondienst
- Ablauf der Vereinbarung des Ersttermins
- Ablauf des Erstbesuchs und der Folgebesuche eines Patienten
 - im Empfang
 - im Therapieraum
 - im Sekretariat
 - Terminmanagement (Termine, Absagen, Verschiebungen)
- Ablauf der Auswertungen und der Dokumentation

Der organisatorische Aspekt der Strukturqualität geht schon teilweise in den Prozeßaspekt über. Er regelt auch den Kontext und kann sich stark auf den Prozeß auswirken. Ob es für den Patienten eine Gnade ist, ein Telefongespräch mit dem Therapeuten führen zu dürfen oder ob er sich willkommen fühlt, ohne über Gebühr zu stören, kann Auswirkungen haben, die u. a. die therapeutische Beziehung stark beeinflussen.

Prüfung der Prozeßqualität:

Die Prüfung der Prozeßqualität kann nicht therapieschulenübergreifend dargestellt werden. Im folgenden wird ein Management der Prozeßqualität für kognitiv-behaviorale Psychotherapien dargestellt.

Läuft ein qualifizierter Therapieprozeß ab?

Der Therapieprozeß läßt sich in Etappen gliedern, die für sich einzeln betrachtet werden können.

Der Therapieprozeß besteht aus:

- Diagnostik
- Indikationsstellung
- Therapieplanung
- Therapiedurchführung
- Therapieabschluß
- Prävention
- Selbstentwicklung

Qualität der diagnostischen Sitzungen

Wann genau ein Therapeut die einzelnen diagnostischen Maßnahmen durchführt, ist nicht von großer Bedeutung, so lange sie innerhalb der ersten fünf diagnostischen Sitzungen stattfinden.

Möchte ein Therapeut sicher gehen, daß er alle ihm notwendig erscheinenden diagnostischen Maßnahmen durchgeführt hat, kann er sich eine Checkliste erstellen, auf der seine Meß- und Erhebungsverfahren aufgelistet sind. Er kann diese ganz vorne in seine Patientenmappe oder Kartei einlegen bzw. einheften.

Das ist aber nur der Beginn des Qualitätsmanagements. Wenn eine diagnostische Maßnahme nicht oder nicht vollständig durchgeführt wurde, kann ein Korrekturzettel oben auf geheftet werden, der hilft, den noch bestehenden Mangel zu korrigieren. Im Einpersonenbetrieb entfällt die Angabe, wessen Aufgabe das ist. Im Fachjargon nennt man solche immer wieder auszufüllenden Formblätter ebenso wie freie Niederschriften QM-Aufzeichnungen (QM steht für Qualitätsmanagement). Sie bleiben zunächst bis zu ihrer abschließenden Bearbeitung ganz vorne in der Patientenmappe und werden dann im QM-Ordner abgeheftet. Später kann mit ihrer Hilfe nachvollzogen werden, z. B. bei dem zweijährigen Audit, wie das Qualitätsmanagement ablief.

Checkliste Qualität der Eingangsdiagnostik

(Beispiel)

Bitte vollständig und korrekt durchgeführte Maßnahmen ankreuzen

- Erstuntersuchung: Beschwerden und Symptome des Patienten erfaßt?
- symptomauslösender Aspekt der Lebenssituation exploriert?
- symptomaufrechterhaltende Faktoren bestimmt?
- Interviewleitfaden: Psychischer/psychosomatischer Befund erhoben?
- Fragebögen: SCL90-R ausgefüllt und ausgewertet?
- symptomspezischer Fragebogen (z.B. Angst, Anorexie)?
- Persönlichkeitsskalen, Entwicklungsskalen?
- Fragebögen zu Vermeidungs- und Aggressionstendenzen, Verstärkern, Emotions- und Kognitionsanalyse inkl. Wertorientierung und Ressourcenanalyse, Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte etc. ausfüllen lassen?
- Verhaltensbeobachtung: Beobachtung der typischen Situation, in der das Symptom auftritt, Beobachtung der Interaktion der Bezugsgruppe (Partnerschaft, Familie etc.) durchgeführt?
- Fremdanamnese: Einladung des Angehörigen und Fremdanamnese erfolgt?

Korrektur zur Qualität der Eingangsdiagnostik

(Beispiel)

- Welche Maßnahmen wurden nicht oder unvollständig ausgefüllt?
-
- Wann ist die Vervollständigung vorgesehen?
- Wer führt sie durch?
- Wer prüft wann die erfolgte Durchführung?
- _____
- Die Maßnahmen sind jetzt vollständig ausgefüllt.
- Ich habe die Vollständigkeit überprüft.
- Datum: Unterschrift:
- Bis zur Vollständigkeit bleibt diese QM*-Aufzeichnung im QM-Ordner „zu erledigende QM-Maßnahmen“.
- Diese QM-Aufzeichnung wird nach erreichter Vollständigkeit abgelegt im QM-Ordner „QM-Aufzeichnungen“ (in chronologischer Reihenfolge).

*QM = Qualitätsmanagement

Qualität der Therapiesitzungen

Schwieriger und komplexer ist es, die Qualität der Therapie-sitzungen zu erfassen und zu beurteilen. Wir sind auf die Wahrnehmungen und Beurteilungen von Patient und Therapeut angewiesen. Da qualifizierte Therapie auf so vielfältige Weise ablaufen kann, ist es völlig unmöglich, einen verbindlichen Weg vorzuzeichnen. Vermutlich ist es in der Verhaltenstherapie noch am einfachsten, weil hier die Hausaufgabenbesprechung und –planung eine zusätzliche Strukturierung schafft. Ohne diese ist aber das Vorgehen ebenso offen wie in anderen Therapieformen. Es muß nicht unbedingt eine tiefe

emotionale Erfahrung erfolgen – wenn diese nur in ganz wenigen Sitzungen erfolgt, wäre es allerdings nachteilig. Und es muß auch kein Rollenspiel erfolgen – denn durch mentales Probandeln läßt sich ein Veränderungsschritt gut vorbereiten. Das Thema einer Stunde bzw. das Vorgehen des Therapeuten muß auch nicht unbedingt stringent zielführend sein, da kreative oder intuitive Vorgehensweisen eher qualitativ Neues hervorbringen und echte Lösungen ergeben.

Checkliste Qualität der Therapiesitzung

(Beispiel)

- Wurde das Ergebnis der letzten Stunde formuliert?
- Wurden die Aufgaben und deren Bewältigung besprochen?
- Wenn sie nicht gemacht oder nicht gekonnt wurden, erfolgte eine Verhaltensanalyse und Erarbeitung eines sicheren Aufgabenplans?
- Erhielt der Patient Gelegenheit, sich emotional mitzuteilen?
- Ging der Therapeut auf emotionale Bedürfnisse des Patienten ein?
- Wurde das geplante Thema bearbeitet?
- Kam es dabei zu einer tiefen emotionalen Erfahrung des Patienten?
- Entstand eine kognitive Neueinschätzung, die neue Perspektiven eröffnet und neue Verhaltensweisen zuläßt?
- Wurde aus dem Thema ein neues Verhaltensprojekt entwickelt?
- Wurde die hierzu erforderliche Veränderungsmotivation aufgebaut?
- Wurde ein geplantes neues Verhalten im Rollenspiel geprobt?
- Wurde festgelegt, wann, wie oft und in welcher Situation der Patient das neue Verhalten üben wird?
- Wurde die Sitzung nachbesprochen (Feedback)?

Die Kriterien der Qualität einer Therapiesitzung bleiben also in sehr allgemeinen Formulierungen ausgedrückt. Ein Therapeut könnte für sich selbst Präzisierungen durchführen, könnte diese aber nicht auf einen anderen Therapeuten übertragen. Oft wird auch erst nach einer längeren Zeit erkenntlich, inwiefern eine zunächst nicht so optimal verlaufende Therapiestunde vielleicht doch gerade die entscheidende war. Und der Therapeut hätte sie nicht - so wie sie ablief - vorausplanen können. Insofern muß jeder Therapeut zunächst selbst seine persönliche Checkliste der Qualität seiner Therapiesitzungen erstellen. Wenn er seine Kriterien im Intervisionskreis bzw. im Qualitätszirkel (Groß-Hardt et al. 1999) gut begründen kann, so daß sie anderen Therapeuten nachvollziehbar erscheint, kann er sie erproben. Er wird sie später mehrfach modifizieren wollen und müssen, da ihm zu Beginn ja die Qualitätsmanagementenerfahrungen fehlen.

Wenn die Checkliste Qualität der Therapiesitzung den Einstieg in die Qualitätsschleife bildet, so setzt die Korrekturliste Qualität der Therapiesitzung den Qualitätssicherungsprozeß fort. Es wird ausgesprochen, worin der Fehler des Therapeuten bestand (z. B. den Patienten nicht ausreden lassen), wie es zu dem Fehler kommen konnte (weil das Thema für ihn selbst so wichtig ist) und was das richtige Therapeutenverhalten gewesen wäre (z. B. seine eigene Involviertheit klären und zurückstellen). Wenn der Therapiefehler nicht so stehen bleiben darf (weil sich der Patient z. B. durch das Verhalten des Therapeuten nachhaltig beeinträchtigt fühlt), wird überdacht, durch welche Intervention bzw. Interaktion der Fehler behoben werden kann (z. B. Thematisieren der Szene, der Äußerung der emotionalen Wirkungen des Fehlverhaltens des Therapeuten Raum geben, Validieren der Gefühle des Patienten und Eingestehen des Fehlers). Trat der Fehler in letzter Zeit gehäuft auf, so werden konkrete Maßnahmen zur Fehlervermeidung eingeplant (z. B. Bearbeiten des Themas in der Interaktionellen Fallarbeitsgruppe).

Korrekturprotokoll

Wenn z. B. durch Reflexion obiger Fragen Fehler festgestellt werden, so wird ein Korrekturprotokoll angelegt und bearbeitet. Dieses ist ein Dokument, das belegt, wie mit Fehlern umgegangen wurde. Ein Beispiel ist folgendes Formblatt:

Korrekturprotokoll

Themenbereich

Fehlersuche:

Wann wurde der Fehler entdeckt (Datum)?

Wie wurde der Fehler entdeckt?.....

Fehleranalyse:

Worin genau bestand der Fehler?.....

Welche Auswirkungen hatte der Fehler?.....

Welche Situation hat der Therapeut nicht oder falsch wahrgenommen bzw. falsch eingeschätzt?.....

Welche diagn. oder therap. Interventionen wurden nicht oder ineffektiv durchgeführt?

Was hinderte den Therapeuten daran?.....

Wie kann der Therapeut dies ändern, was muß er konkret wie tun?

Fehlerbehebung:

Worin besteht die Fehlerbehebung?.....

Wann ist die Fehlerbehebung vorgesehen?

Die Fehlerbehebung wurde eingeleitet.

Prüfung des Erfolgs der Fehlerbehebung:

Wie wird geprüft, ob der Fehler behoben ist?.....

Woran ist erkennbar, daß die Fehlerbehebung erfolgreich war?

Die Fehlerbehebung war erfolgreich und ist abgeschlossen.

Fehlervorbeugung:

Kam der Fehler in letzter Zeit wiederholt vor? Ja/Nein

Wenn ja, welche Maßnahmen können dem Fehler zukünftig vorbeugen?

Welche vorbeugende Maßnahme wird durchgeführt?.....

Woran ist erkennbar, daß die vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden und greifen?

Die Maßnahmen zur Fehlervorbeugung sind effektiv etabliert worden.

Datum: Unterschrift:

(erst unterschreiben, wenn alle notwendigen Schritte der Korrekturschleife abgeschlossen sind)

Bis zur Erledigung bleibt das Korrekturprotokoll vorne auf dem Therapieprotokollheft fixiert. Diese QM-Aufzeichnung wird nach Fehlerkorrektur und -vorbeugung abgelegt im QM-Ordner. „QM-Aufzeichnungen“ (in chronologischer Reihenfolge, die neueste ganz vorne)

Feedback des Patienten als Qualitätsaspekt

Ebenso kann der Patient durch einen Feedbackbogen die Therapiesitzung einschätzen. Dabei wird ihm erläutert, daß in einer einzelnen Therapiesitzung nur ein Teil der im Feedbackbogen genannten Aspekte im Vordergrund stehen können. Er wird gebeten, festzuhalten, welche in der aktuellen Sitzung mehr und welche weniger oder gar nicht präsent waren.

Ihr Feedback zur Therapiesitzung am (Es war die ...-te Therapiestunde)

Ihr Name:

Viele Wege führen nach Rom und Therapiesitzungen sind sehr verschieden. Bei jeder Therapiesitzung stehen einige Aspekte im Vordergrund. Wodurch war die jetzige Therapiestunde gekennzeichnet? War etwas anders als in der letzten Stunde bzw. den letzten Stunden? Was erlebten Sie in dieser Sitzung? Was gehörte zu dieser Sitzung?

Tragen Sie in die Klammern eine der Ausprägungen von 0 bis 5 ein

(0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = sehr, 5 = extrem)

- Haben Sie über das Ergebnis der vorausgegangenen Stunde gesprochen?
- Wurden die Aufgaben bis zur heutigen Sitzung und deren Bewältigung besprochen?
- Wenn die Aufgaben nicht gemacht oder nicht gekonnt wurden, haben Sie besprochen, woran es lag und wie es erfolgreicher gemacht werden kann?
- Konnten Sie Ihre Gefühle mitteilen?
- Haben Sie es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen?
- Ging der/die Therapeut/in auf Ihre Bedürfnisse ein?
- Kam es dabei zu einer tiefen Erfahrung mit intensiven Gefühlen?
- Konnten Sie das besprochene Problem mit anderen Augen sehen, so daß eine neue Perspektiven eröffnet wurde und ein neuer Umgang mit dem Problem möglich erscheint?
- Entstand aus dem Thema der Therapiestunde eine neue Aufgabe, ein neuer Plan?
- Wie sehr wollen Sie die vereinbarten Änderungen anpacken?
- Wurde ein geplantes neues Verhalten im Rollenspiel geprobt?
- Wurde festgelegt, wann, wie oft und in welcher Situation Sie das neue Verhalten (aus-) üben werden?
- Wie förderlich erlebten Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem/der Therapeuten/in?
- Wieviel trug die Stunde dazu bei, daß Sie sich selbst und daß Sie dieses Problem (noch) haben akzeptieren können?
- Wie sehr trug die Stunde dazu bei, daß Sie sich für fähig halten, das Vorhaben der kommenden Woche(n) erfolgreich zu meistern?
- Wieviel Hoffnung und Zuversicht wurde in der Stunde aufgebaut?
- Wurde die Sitzung nachbesprochen (Feedback)?
- Haben Sie es geschafft, unangenehme oder Sie störende Verhaltensweisen des /der Therapeuten/in während der Stunde anzusprechen?

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Stunde?

Dokumentation der Sitzungen

Der Therapeut entwickelt und gestaltet seine persönliche Art des Dokumentierens. Der eine macht Tonbandaufnahmen, der andere Videodokumentation, wieder andere schreiben ein Stundenprotokoll mit Rede und Gegenrede der wichtigsten Interaktionen. Und viele notieren während bzw. nach der Stunde fünf Zeilen über Inhalt und Art der stattgefundenen Therapie und Interaktion. Um das Arbeiten mit dem praxisinternen Qualitätsmanagement zu erleichtern ist ein Qualitätsmanagement-Therapieprotokollheft Bestandteil der hier dargestellten Konzeption. Statt auf irgendeinen Spiralblock zu schreiben, oder mit verschiedenen Zetteln zu arbeiten, können alle zu erfassenden patientenrelevanten Daten in dieses Heft geschrieben werden. Durch seine Gliederung ist es zugleich ein Führer durch das Qualitätsmanagement bzw. eine Erinnerungshilfe.

Qualitätsmanagement in den verschiedenen Aspekten der Therapie

Nachdem wir die Prinzipien des praxisinternen Qualitätsmanagements betrachtet und diskutiert haben, können wir nun die wichtigsten Anwendungsbereiche untersuchen. Dies ist wiederum nur beispielhaft gedacht. Jeder Therapeut wird andere Schwerpunkte für seine Praxis setzen. In einem kognitiv-behavioralen Therapiesetting (Einzeltherapie von Erwachsenen) sind folgende Anwendungsbereiche des Qualitätsmanagements zentral:

- die Patient-Therapeut-Beziehung,
- die Diagnosestellung incl. Erhebung der dazu benötigten Daten,
- die Verhaltensanalyse,
- die Zielanalyse,
- die Indikationsstellung,

die Therapieplanung,
die Therapieprozeßgestaltung,
der Therapieinhalt und
der Umgang mit Störungen.

Qualitätsmanagement am Beispiel der Patient-Therapeut-Beziehung

Vielleicht ist die Patient-Therapeut-Beziehung wichtigster und zugleich schwierigster Gegenstand des Qualitätsmanagements. Hier gibt es außer einem eventuellen Therapieabbruch kaum harte Daten. Sie ist der Boden, der die Saat der Veränderung keimen läßt und so viel Verwurzelung ermöglicht, daß Wachstum und Entwicklung erfolgen können, der Reifung zuläßt, bis schließlich die Ernte eingefahren werden kann.

Hier werden nur einige Fragen beispielhaft formuliert. Sie decken das Spektrum der qualitativen Merkmale der therapeutischen Beziehung nicht ab, können aber Anregungen geben für eigene Fragestellungen.

Die Einstiegsfrage ist: War die Therapiebeziehung förderlich?
Wenn nein:

Fehleranalyse:

- Wurden berechnigte Bedürfnisse des Patienten nicht befriedigt?
- Wurden gerechtfertigte Befürchtungen des Patienten nicht entkräftet?
- Wiederholte der Therapeut ein pathogenes Beziehungsmuster aus der Biographie des Patienten?
- Förderte die Therapiebeziehung nicht ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten?
- War die Therapiebeziehung nicht ausreichend unterstützend/fördernd?
- War die Therapiebeziehung nicht ausreichend konfrontierend/herausfordernd?
- War die Therapiebeziehung zu distanziert, kühl?
- War die Therapiebeziehung zu emotional, privat?
- Stagnierte die Therapiebeziehung auf dem Eingangsniveau und hemmte dadurch die Entwicklung des Patienten?

Fehlerbehebung:

- Was muß unternommen werden, um den Fehler zu beheben?
- Wie kann die therapeutische Beziehung wieder therapieförderlich werden?
- In welchen Situationen muß der Therapeut besonders darauf achten, den alten Fehler zu vermeiden?
- Welches Therapeutenverhalten ist in diesen Situationen notwendig?

Prüfung des Erfolgs der Fehlerbehebung:

- Wurden die oben genannten Fehler behoben? Ist die Beziehung wieder förderlich?
- Von wem?
- Mit welchem Erfolg?
- Woran ist der Erfolg zu erkennen?

Vorbeugende Maßnahmen zur Fehlerverhinderung:

- Welche vorbeugenden Maßnahmen wurden eingeleitet, um diese Fehler künftig zu verhindern? z. B. regelmäßiges Thematisieren der Beziehung, Feedback am Ende jeder Therapiestunde

Qualitätsmanagement am Beispiel der Therapieinhalte

Therapie ist das Wechselspiel von Prozeß und Inhalt. Keiner von beiden trägt allein die Therapie weiter. Es gibt zwar Therapeuten, die sich nur auf Inhalte konzentrieren und doch am Ziel ankommen, ebenso wie es Therapeuten gibt, die überzeugt sind, daß nur der Prozeß entscheidend ist, und auch sie erreichen das Therapieziel. Betrachtet man ihre Vorgehensweisen jedoch, so wird man beim einen finden, daß implizit ein förderlicher Therapieprozeß von statten ging, und beim anderen, daß der Prozeß zum Inhalt geworden ist und daß diese Inhalte stellvertretend für Themen stehen, die zu Geschichte und Gegenwart des Patienten gehören. Jedem Therapeuten passiert es aber, daß er sich in der Bedeutung bestimmter Therapieinhalte täuscht (z. B. kann die Klärung der Mutterbeziehung evtl. weggelassen werden, wenn es gelingt, neue Beziehungen aufzubauen). Oder daß er meint, durch die Bearbeitung eines bestimmten Therapieinhalts die Therapie entscheidend voranzubringen, während sich später herausstellt, daß sich über die Bearbeitung dieses Inhalts nichts bewegen ließ (daß z. B. ein selbständiges Leben niemals realisierbar sein wird und die Therapie sich auf eine optimierte Dependenz einstellen muß). Aber auch das Verlieren des roten Fadens durch zu ausgedehnte Ausflüge zu nebensächlichen aber spannenden Themen ist nicht selten.

Wir fragen: Waren die Therapieinhalte nicht korrekt?

Wenn ja:

Fehleranalyse:

- Gelang es nicht, einen umrissenen Problemfokus zu formulieren, von dem als Gesamtstörungsdefinition aus ein Gesamtziel und eine Gesamtstrategie entfaltet werden kann?
- Gingen die Therapiethemen nicht auf die wesentlichen Therapieprobleme und -ziele ein?
- Wurden sehr wichtige Themen einfach weggelassen?
- Wurden zu viele verschiedene Themen angerissen, so daß ein konsequentes Hinarbeiten auf einige wenige Ziele nicht möglich war? (Verzetteln)
- Wurden die Therapieinterventionen dem Ausgangsproblem nicht gerecht?
- Führte die Bearbeitung der inhaltlichen Themen nicht zur Annäherung an die gesteckten Ziele?
- Blieben die Therapieinhalte zu sehr an der Oberfläche, so daß keine ausreichende Änderungsmotivation entstand?
- Gingen die Therapieinhalte zu sehr in die Vergangenheit, so daß sich keine ausreichende Änderungsorientierung in die Zukunft hinein entwickelte?

- Wurden emotionale Themen ausgespart und nur auf kognitive Einsichten hingearbeitet?
- Wurde in emotionalen Themen verharrt ohne zu kognitiven Erkenntnissen und willentlichen Änderungsvorhaben zu finden?
- Wurden die zentralen Beziehungen und die dysfunktionalen Beziehungs- und Interaktionsmuster in diesen Beziehungen nicht thematisiert?

Wird ein Fehler festgestellt, so erfolgen Fehlerbehebung, Prüfung des Erfolgs der Fehlerbehebung und Einleitung vorbeugender Maßnahmen zur künftigen Fehlerverhinderung.

Qualitätsmanagement am Beispiel des Umgangs mit Störungen

Ist das qualitätssichernde Verhalten schon in Fleisch und Blut übergegangen? Besteht eine wachsame Wahrnehmung im Sinne einer Fehlersuche? Führt das Wahrnehmen des Fehlers zum Innehalten im Therapieprozeß, zum Beginn einer Analyse des Fehlers und zu korrigierenden Maßnahmen mit dem Ziel der Fehlerbehebung? Wird der Erfolg der Fehlerbehebung geprüft? Und werden vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung von Fehlern eingeleitet? Wie gut beherrsche ich als Therapeut die Qualitätsschleife im Sinne eines Selbstkontrollprozesses (Kanfer 1998).

War der Umgang mit Störungen nicht wirksam? Wenn ja:

Fehleranalyse:

- Versuchte der Therapeut, Störungen zu lange nicht wahrzunehmen?
- Versuchte der Therapeut, Störungen dem Patienten anzulasten?
- War die Fehleranalyse nicht effektiv?
- War die Fehlerbehebung nicht effektiv?
- Wurde die Prüfung des Erfolgs der Fehlerbehebung unterlassen?
- Wurden vorbeugende Maßnahmen zur Fehlerverhinderung unterlassen?

Gegebenenfalls erfolgen Fehlerbehebung, Prüfung des Erfolgs der Fehlerbehebung und Einleitung vorbeugender Maßnahmen zur künftigen Fehlerverhinderung

Die Evaluation von Teilzielen (Einzelfallanalyse)

Oft ist in kognitiv-behavioralen Therapien zu beobachten, daß Themen angerissen werden und lange vor ihrer abschließenden Bearbeitung wieder verlassen werden. Ein Beispiel ist der Aufbau eines neuen Interaktionsverhaltens im Kollegenkreis. Der Therapeut verliert das Interesse für das Thema, sobald der Patient in einer Stunde berichtet, daß er das neue Interaktionsverhalten erfolgreich angewandt hat, z. B. sich dagegen wehren, daß die Kollegen ihm die undankbaren Arbeiten zuschieben. Da der Patient es nur auf Geheiß des Therapeuten machte, ist offen, ob er das Verhalten aufrecht erhal-

ten wird. Außerdem bleibt offen, ob das Verhalten so wirksam bleiben wird, wie es vielleicht zufällig beim ersten Mal war. Ob eine Generalisierung auf andere Kollegen stattfindet, ist erst recht nicht vorhersehbar. Dieses Dranbleiben ist für den Therapeuten so wenig interessant wie eine Wohnung zu Ende putzen zu müssen, wenn man so stolz war, ein Zimmer gemacht zu haben. Wenn die Veränderung dieses Verhaltens aber ein wichtiges Teilziel war, darf nicht so damit umgegangen werden. Es sollte zu den habituellen Maßnahmen des Therapeuten gehören, in diesem Fall eine Einzelfallanalyse durchzuführen. Dies ist ohne viel Aufwand möglich. Begonnen wird mit einer Baseline-Erhebung.

Baseline-Erhebung

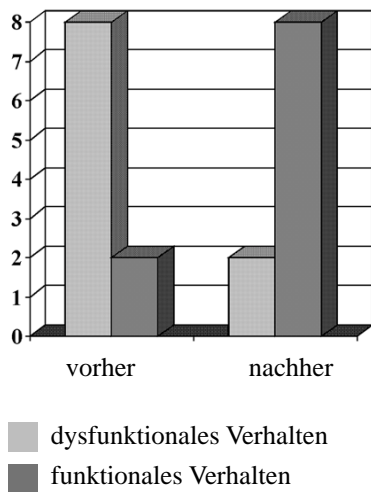
- Beschreibung des alten dysfunktionalen Verhaltens
- Operationalisierung des neuen funktionalen Verhaltens
- Beobachtung: 10 fortlaufende Situationen, in denen das dysfunktionale Verhalten bisher vorkam
- Erfassung der Anzahl der Situationen, in denen es vorkam
- Erfassung der Anzahl der Situationen, in denen das neue Verhalten auftrat
- Zeichnen eines Säulendiagramms

Die Baseline-Erhebung ergibt die Datenbasis für die Einzelfallanalyse. Es werden zehn aufeinanderfolgende Situationen als Stichprobe genommen. Dabei wird festgehalten, ob das alte oder ob das neue Verhalten gezeigt wurde. Falls das neue Verhalten auftrat, kann zudem festgehalten werden, ob es auch wirksam war. Anschließend wird ein Säulendiagramm oder ein Polygon-Diagramm begonnen, in das später auch die Nachher-Daten eingetragen werden können.

Schritte der Einzelfallanalyse

1. Definition und Operationalisierung des zu verändernden Verhaltens
2. Definition und Operationalisierung des angestrebten Verhaltens
3. Baseline-Erhebung dieser Verhaltensweisen in einer festgelegten Situation
4. Konkrete Planung des angestrebten Verhaltens in einer Situation
5. Konkrete Zieldefinition des angestrebten Verhaltens und seiner Wirkung
6. Quantifizierung dieser Zieldefinition (in X von 10 Situationen vorhanden bzw. erfolgreich)
7. Durchführung des Veränderungsvorhabens
8. Vorher-Nachher-Vergleich der Häufigkeit des Verhaltens
9. Vorher-Nachher-Vergleich der Wirksamkeit des Verhaltens

Das Ergebnis der zweimal zehn Beobachtungen kann in ein Diagramm eingetragen werden, so daß eine Sicht-Auswertung erfolgen kann.



Die Therapieverlaufskontrolle

In der täglichen Routine kann nur eine sehr begrenzte Zahl von Datenerhebungen wiederholt durchgeführt werden. Deshalb ist es wichtig, nur diejenigen Skalen mitlaufen zu lassen, die wirklich für die Qualitätssicherung und für die Therapie relevante Ergebnisse verspricht. Die Auswertung kostet so viel Zeit, daß die Krankenkassen sich die dadurch erreichte Qualitätsverbesserung nicht leisten können. Therapeuten dürfen nur so viel Qualität in ihre Kassenleistung einbringen, wie die Krankenkassen zahlen können. Wer eine Leistung auf Dauer ohne Bezahlung erbringt, handelt nicht professionell und damit unqualifiziert.

Eine überschaubare Menge an Verlaufsdaten erhält der Therapeut, wenn er z. B. dem Patienten alle zwei Wochen einen symptom-spezifischen Fragebogen zum Ausfüllen gibt, wie den BDI (Becks Depressions Inventar). Zudem kann er ihm monatlich die Symptom Check List 90-R geben, die Beschwerden in gut gestreuter Hinsicht erfaßt und so zeigen kann, wie sehr der Patient zu einem gewissen Zeitpunkt noch psychisch beeinträchtigt ist. Auf die individuelle Zielsetzung des Patienten bezogen kann der Patient ebenfalls monatlich einschätzen, wie nahe er jetzt schon dem einzelnen Ziel gekommen ist. Aus ihr geht hervor, ob das gerade bearbeitete Ziel näher rückt und ob der Patient die Therapie insgesamt als fortschreitend oder stagnierend erlebt. Ebenfalls monatlich bis zweimonatlich kann die Checkliste zum Therapieprozeß vom Patienten und vom Therapeuten ausgefüllt werden, so daß beide reflektieren können, was gerade im Therapieprozeß abläuft. Es gibt neben diesen beispielhaft genannten Erhebungsinstrumenten zahlreiche Alternativen, auf die hier nicht eingegangen werden kann.

(Beispiel, die Frequenz wird vom Praxisinhaber festgelegt) Ausgefüllt wird:

- 14-täglich vom Patienten
symptom-spezifischer Fragebogen
- Monatlich vom Patienten
SCL90-R
- Monatlich von Patient und Therapeut
Zielentfernungsskala
- Monatlich von Patient und Therapeut
Checkliste Therapieprozeß

Als ein Beispiel kann die folgende Zielentfernungsskala (ZEnt) dienen, auf der der Patient und der Therapeut getrennt angeben, wie weit vom vereinbarten Ziel der gegenwärtige Stand der Therapie ist. Auf diese einfache Weise sind Verlaufsdaten zu erhalten, die hinreichend zuverlässig den Fortschritt dokumentieren und sich direkt auf die Therapieziele und die therapeutische Arbeit beziehen.

Die Zielentfernungsskala (ZEnt)	() Patient	() Therapeut/in
	– 0 = Wir sind gar nicht vorangekommen	
	– 5 = Wir haben die halbe Strecke bis zum Ziel zurückgelegt	
	– 10 = Wir haben das Ziel erreicht	
Problem 1:	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Ziel 1:
.....	
Problem 2:	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Ziel 2:
.....	
Problem 3:	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Ziel 3:
.....	
Problem 4:	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Ziel 4:
.....	
Problem 5:	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Ziel 5:
.....	
Gesamtproblem:	0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10	Gesamtziel:

Bei der Zielentfernungsskala werden zuerst die Probleme kurz auf der linken Seite und dann das zu jedem Problem gehörige Ziel auf der rechten Seite beschrieben. Auch für das Gesamtproblem wird versucht eine Formel zu finden sowie die ihr entsprechende Gesamtzielformulierung. Darauf können Patient und Therapeut getrennt das bisherige Vorankommen bezüglich jeden Ziels einschätzen. Sie werden vermutlich nicht übereinstimmen, aber dies kann ja thematisiert werden. Vorteil dieses Vorgehens ist, daß es nicht viel Zeit in Anspruch nimmt und immer wieder das Augenmerk auf den gesamten zielorientierten Prozeß lenkt.

Die SCL 90-R ist die am häufigsten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung verwendete Selbstbeurteilungsskala. Durch diese unausgesprochene Einigung über den Einsatz dieses Instruments gewinnen die veröffentlichten Studien an Vergleichbarkeit. Auch in der Praxis niedergelassener und stationär arbeitender Psychotherapeuten gewährleistet die Skala einen Meßstandard, der dem Betrachter hilft, berichtete Ergebnisse einzuordnen. Sie deckt die häufigsten Symptombereiche ab, erfaßt aber nicht Eßstörungen und Suchterkrankungen. Insofern ist es wichtig, sie durch ein symptomspezifisches Meßinstrument zu ergänzen.

Außer zur Therapiebegleitung kann die SCL90-R auch als Teil einer diagnostischen Batterie in der Therapieevaluation eingesetzt werden. Dann werden die Vorher-Werte mit den Nachher-Werten verglichen.

Berücksichtigt man die in der Therapieforschung genannten Wirkfaktoren der Psychotherapie (vergl. Grawe et al. 1995, Grawe 1999) und die in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie formulierten Prozessvariablen (Kanfer et al. 1996, Sulz 2001), so kann eine Checkliste erheben, welche dieser Faktoren im bisherigen Verlauf offensichtlicher Gegenstand der Therapie geworden sind. Die folgende Checkliste zählt die prozessualen therapeutischen Variablen entlang des Therapieverlaufs in der Reihenfolge auf, in der sie meist zur Geltung kommen. Dies bedeutet, daß zu einem bestimmten Zeitpunkt einige Variablen schon eine große Rolle spielen, während andere noch nicht am Horizont erscheinen. Die Eigenschaft von Prozeßvariablen ist, daß sie oft implizit zur Wirkung kommen, d. h. daß sie nicht Thema bzw. expliziter Gegenstand therapeutischer Interaktion werden. Und einige müssen auch nicht expliziert werden. Dennoch sollte der Therapeut in der Lage sein, beim Ausfüllen der Checkliste angeben zu können, auf welche Weise der betreffende prozessuale

Checkliste zum Therapieprozeßverlauf CTV (für den Therapeuten)

Bitte schätzen Sie das Ausmaß und den Erfolg ein, in bzw. mit dem Sie die prozessualen Parameter aktiv eingegangen sind. Verwenden Sie hierzu als Skalierung: 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = sehr, 5 = extrem

Abhängig vom Stand der Therapie können einzelne Prozesse noch nicht stattgefunden haben:

- Die Therapie befindet sich in der Klärungs- und Motivierungsphase (1 - 10)
- Die Therapie befindet sich in der Änderungsphase (11 - 20)
- Aufbau (11 - 13)
- Stabilisierung (14 - 17)
- Abschluß (18 - 20)

- 1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
- 2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen
- 3. Aufbau von Therapiemotivation
- 4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition)
- 5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen
- 6. Herstellen von Akzeptanz
- 7. Ressourcenmobilisierung
- 8. Herstellen einer Änderungsentscheidung
- 9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer
- 10. Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem
- 11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens
- 12. Erfahrung von Selbsteffizienz
- 13. Umgang mit Niederlagen
- 14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
- 15. Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
- 16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens
- 17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung
- 18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie
- 19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate)
- 20. Vorbereiten auf die Zukunft

Schritt in seiner Therapie bislang erfolgte. Wenn er durch die Checkliste immer wieder auf diese Prozeßvariablen aufmerksam gemacht wird, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, daß er sie häufiger in seine bewußte Wahrnehmung der therapeutischen Interaktion einbezieht und zunehmend als therapeutische Ressource utiliziert.

Prüfung der Ergebnisqualität (Therapie-Evaluation)

Während im Krankenhaus der Abschlußbericht das Ergebnis der stationären Behandlung zusammenfaßt (Bast 1996), ist eine Dokumentation am Schluß einer ambulanten Psychotherapie erstaunlicherweise unüblich. Vielleicht weil es niemanden gibt, dem dieser Bericht als Arztbrief zu schreiben ist – dabei ist gar nicht bekannt, ob der überweisende und weiterhin betreuende Hausarzt oder Psychiater nicht doch einen Bericht über das Ende und das Ergebnis der Psychotherapie wünscht. Wenigstens eine **Epikrise** im Rahmen der Therapiedokumentation wäre jedoch ein erster Schritt in die Ergebnisbetrachtung und –darlegung. Sie wird zu den Akten gelegt und im Falle einer späteren Anfrage z. B. eines Psychotherapeuten, der ein bis mehrere Jahre später erneut eine Therapie beginnt, oder einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik, in die der Patient aufgenommen wurden, liegt dann ein verwendbarer Ergebnisbericht vor.

Als die Krankenkassen und die Psychotherapeuten 1998 im Arbeitsausschuß des Bundesausschusses für Psychotherapie versuchten, Meßinstrumente zur Messung der Ergebnisqualität zu definieren, schien die Fragestellung klar:

1. Ist die Krankheit abgeklungen, deren Therapie das Ziel der Psychotherapie war?
2. Ist dies zu belegen durch Beendigung der Arbeitsunfähigkeit bzw. durch erheblich verminderte Fehlzeiten?
3. Ist dies weiter zu belegen durch deutlich gesunkene Inanspruchnahme von psychotherapeutischen oder ärztlichen ambulanten oder stationären Leistungen?
4. Hat die Therapie weitere der Gesundheit und der späteren Aufrechterhaltung der Gesundheit dienenden Therapieziele erreicht?

Die ersten drei Kriterien sind relativ leicht und zuverlässig zu erfassen. Befund und Diagnose vor und nach der Behandlung ergeben eindeutig zu beurteilende Fakten. Krankmeldungen liegen den Krankenkassen ebenso vor wie die Art und Ausmaß der vom Patienten in Anspruch genommenen medizinischen oder psychotherapeutischen Leistungen. Lediglich das vierte Kriterium bereitet methodische Schwierigkeiten. Denn die Zielinhalte und die Art der Erfassung der Zielerreichung müssen vom Therapeuten selbst definiert werden – einmal für sich selbst und einmal gemeinsam mit dem Patienten, damit dieser auch eine Einschätzung der Zielerreichung vornehmen kann. Einerseits ist das Verfahren der Zielerreichungsskalierung kein sehr zuverlässiges und valides Meßinstrument. Andererseits ist ob der Spezifität des Falles und der persönlichen theoretischen und methodischen Ausrichtung des The-

rapeuten keine Objektivität der Messung herzustellen. Doch jeder Versuch, objektive Meßinstrumente zu entwickeln, gibt das ausreichend umfassende und treffende Fallverständnis preis, ohne das eine Therapie nicht abschließend gewürdigt werden kann. Da dies das höhere Gut ist, gilt es, den methodischen Mangel zu tolerieren. Eine mögliche Zusammenstellung von Datenerhebungsformen zum Vorher-Nachher-Vergleich sei hier genannt:

Messungen zum Vorher-Nachher-Vergleich

- Jeweils vor und nach der Therapie:
- 1. Erhebung des psychischen Befundes (z. B: VDS14-Befund)
- 2. Syndromdiagnose (z.B. Angst- oder depressives Syndrom)
- 3. ICD-10-Diagnose (z.B. mit den IDCL)
- 4. Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R)
- 5. Symptomspezifischer Fragebogen (z.B. Angst-, Depressions-, Zwangs-, Anorexiefragebogen für Patienten)
- 6. Zielerreichungsskalierung (z. B. Zerr)
- 7. Feststellen der Arbeitsfähigkeit des Patienten
 - a) Istzustand zum Zeitpunkt der Messung
 - b) Zahl der Fehlzeiten in den letzten drei Monaten aufgrund psychischer Beschwerden (Kapitel V (F) der ICD-10) einschließlich körperlicher Beschwerden, bei denen körperliche Faktoren eine Rolle spielen (F54)
- 8. Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung in den letzten drei Monaten aufgrund psychischer Beschwerden (Kapitel V (F) der ICD-10) einschließlich körperlicher Beschwerden, bei denen körperliche Faktoren eine Rolle spielen (F54)

Neben obigen „harten“ Fakten sind für das Feststellen einer psychischen Gesundheit und der Einschätzung der Dauerhaftigkeit dieser Gesundheit von Bedeutung:

- 9. Person- und Umweltvariablen wie überdauernde intra- und interpersonelle zentrale unbewußte und bewußte Konflikte, Ängste, Bedürfnisse, Umgang mit Angst, mit Aggressionstendenzen, mit zentralen Bedürfnissen, mit Werten und Normen, dysfunktionale Persönlichkeitszüge, Funktionalität der Emotionsregulation, Stand der emotionalen Entwicklung, Fähigkeit zur Utilisierung von Ressourcen und zur Bewältigung krisenhafter Situationen, Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen, tatsächlich vorhandene Beziehungen, Eingebundensein in ein stabiles berufliches und privates Umfeld, reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren und zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive
- 10. Weitere fallspezifische Faktoren, die inhaltlich darzustellen sind, wie Besonderheiten der Person, ihrer Lebenssituation und ihrer besonderen Beziehungskonstellation, sofern sie nicht durch oben genannte Faktoren beschrieben sind

Wegen der unklaren Frage der Vergütung von diagnostischen und qualitätssichernden praxisinternen Maßnahmen kommen in der gegenwärtigen ambulanten psychotherapeutischen Krankenversorgung diese viel zu kurz.

Dies trifft z. B. auf die **Erhebung des psychischen Befundes** vor und nach der Therapie zu. Diese Erhebung benötigt jeweils mindestens dreißig Minuten. Den Therapeuten ist nicht bewußt, daß diese Leistung innerhalb der probatorischen Sitzungen bzw. innerhalb der letzten beiden Therapiesitzungen erbracht werden darf. Dies kann ein Grund sein, weshalb bislang kaum jemand am Ende der Therapie eine ausführliche Befunderhebung durchführt. Ohne sie gibt es aber keinen Vorher-Nachher-Vergleich und kein Feststellen des Therapieergebnisses. Folglich kommt es auch nicht zu einer diagnostischen Zuordnung des Restsyndroms zu einer ICD-10-Kategorie am Ende der Therapie. Auch die **ICD-10-Diagnose** vorher und nachher gehört zum Therapieergebnis. Denn bei weitem nicht alle Patienten sind am Ende der Therapie symptomfrei. Bei vielen verschwinden die Symptome erst im Lauf eines weiteren Jahres.

Symptomspezifische Fragebögen, z. B. vierzehntäglich gegeben, geben am deutlichsten den Symptomverlauf wieder.

Die Zielerreichungsskalierung

Auch wenn Ziele im Lauf der Therapie unwichtig werden, auch wenn sie sich präzisieren oder in ihrer Richtung ändern, kann mit diesen so flüchtigen Parametern der Psychotherapie gearbeitet werden. Therapeut und Patient können den Standort zu Beginn der Therapie operationalisieren und ebenso den Ort, den sie erreichen wollen. Darauf können sie Zwischentappen konkretisieren, deren Erreichen für beide leicht erkennbar ist. Ohne starr und unflexibel an einer Störungsdefinition festzuhalten, die durch die neuen während der Therapie gewonnenen Erkenntnisse viel zu grob erscheint oder nicht einmal das Wesentliche ausdrückt, kann Zielerreichung skaliert werden. Wo waren wir am Anfang, wo sind wir jetzt und wie groß ist der Weg, den wir zurückgelegt haben? Abgesehen von dem großen therapeutischen Wert dieser gemeinsamen Betrachtungen sind für den Therapeuten die Einschätzungen des Patienten als Feedback sehr aufschlußreich. Dessen Beurteilung wiegt ebenso viel wie die des Therapeuten.

Hierzu bietet sich die **Zielerreichungsskalierung** (Goal-Attainment-Scaling GAS) nach Kiresuk und Sherman (1968) an. Sie wurde in Verbindung mit der strategischen Therapieplanung der Verhaltenstherapie u.a. von Potreck-Rose (1987) und Sulz (1992) beschrieben.

Der Grad der Zielerreichung am Therapieende wird für jedes Ziel auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt:

- 2 = Das Ergebnis der Therapie ist **sehr viel schlechter** als erwartet
- 1 = Das Ergebnis der Therapie ist **schlechter** als erwartet
- 0 = Das Ergebnis der Therapie ist **wie erwartet**
- +1 = Das Ergebnis der Therapie ist **besser** als erwartet
- +2 = Das Ergebnis der Therapie ist **sehr viel besser** als erwartet

Der mittlere Skalenwert Null entspricht demnach dem, was in den Augen des Therapeuten und des Patienten am wahrscheinlichsten zu erreichen sein wird. Schlechtere und bessere Ergebnisse als dieses halten sie für weniger wahrscheinlich. Der Maßstab ist nicht ein absolutes Kriterium der Besserung oder Gesundung, sondern die subjektiv von Patient und Therapeut eingeschätzte Wahrscheinlichkeit des Ausmaßes des Erfolges. In diese Skalierung geht sowohl die klinische Erfahrung des Therapeuten, als auch seine Beurteilung des individuellen Falles ein, hängt also sehr von der Person des Therapeuten und des Patienten ab. Auch die Auswahl der 3 wichtigsten Therapieziele ist das Ergebnis der Wechselwirkung der Patient- und Therapeutenvariablen.

Der Therapeut füllt das Schema während der Therapiesitzung gemeinsam mit dem Patienten aus. Er benötigt dafür eine ganze probatorische Sitzung und eine der letzten Therapiesitzungen kurz vor Abschluß der Behandlung.

Das mögliche Ergebnis wird durch ein Beispiel veranschaulicht.

Zielerreichungsskalierung (Ziel-Erwartung), Beispiel Depression				
Ziel	Ziel 1: Abbau depressiven Verhaltens	Ziel 2: affektiv-behaftende Reaktion in sozialen Situationen	Ziel 3: Erfahrung von Selbsteffizienz	Ziel 4: Selbstverstärkung
Rang d. Ziels	Th.: 2 Pat.: 1	Th.: 1 Pat.: 2	Th.: 3 Pat.: 3	Th.: 4 Pat.: 4
-2 (sehr viel schlechter als erwartet)	sozialer Rückzug (vermeidet alle soz. Kontakte); Passivität (unternimmt den ganzen Tag fast nichts)	Angst & Schuldgefühle verhindern weiterhin, daß nicht zu den eigenen Interessen gestanden wird	Eigene Erfolge werden gesehen, Mißerfolge stets internal attribuiert	Keinerlei selbstverstärkende Handlungen & Kognitionen
-1 (schlechter als erwartet)	nur auf Aufforderung werden soz. Kontaktaufnahmen, berufl. & positive Aktivitäten ausgeführt	Wegen Angst & Schuldgefühlen tritt behauptendes Verhalten nur auf therapeut. Anweisung auf	Noch sehr strenge Attribuierung von Erfolg/Mißerfolg - jedoch korrigierbar	Selbstverstärkung nur auf therapeut. Anweisung - mit schlechtem Gewissen
0 (wie erwartet)	geht zur Arbeit, hat soz. Kontakte, diese werden positiv erlebt	Trotz Angst & Schuldgefühlen werden eigene Bedürfnisse & Gefühle geäußert u. Wünsche durchgesetzt	Korrekte kognitive Attribuierung von Erfolg & Mißerfolg, entgegen dem Gefühl	im Selbstkontrollmodus gegen die alte Neigung herbeigeführte Selbstverstärkungen
1 (besser als erwartet)	eigene Initiativen in Teilbereichen vorhanden, z.B. neue soz. Kontakte, neue Aktivitäten (Hobby ua)	Angst & Schuldgefühle verlangen keine bewußte Überwindung mehr, sind aber noch wahrnehmbar	Sowohl kognitiv als auch affektiv korrekte Attribuierung von Erfolg & Mißerfolg	aus eigener Initiative herbeigeführte/aufgesuchte Selbstverstärkungen und Genüsse
2 (sehr viel besser als erwartet)	gestaltet Beruf, soziale Kontakte u. private Aktivitäten initiativ und kreativ	Freie Äußerung eigener Gefühle & Bedürfnisse u. deren Durchsetzung sind Gewohnheit geworden	Wohlvollender Umgang mit Erfolgen u. Mißerfolgen (gewohnheitsmäßig)	Großzügige gewohnheitsmäßige Selbstverstärkung & Genußmanagement
zu Beginn	Th.: -2 Pat.: -2	Th.: -2 Pat.: -2	Th.: -2 Pat.: -1	Th.: -2 Pat.: -2
am Ende	Th.: +1 Pat.: +1	Th.: 0 Pat.: +1	Th.: 0 Pat.: +1	Th.: +1 Pat.: 0
Besserung	Th.: +3 Pat.: +3	Th.: +2 Pat.: +3	Th.: +2 Pat.: +2	Th.: +3 Pat.: +2

Arbeitsfähigkeit und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Seitdem es Lohnfortzahlung gibt, haben die Krankenkassen nicht mehr die vollständigen Daten über Fehltag aufgrund von Krankschreibung verfügbar. Wenn ein Vorher-Nachher-Vergleich der Arbeitsfähigkeit stattfinden soll, dann muß der Patient direkt befragt werden. Dies wird zwar auch keine absolut zuverlässigen Daten ergeben, denn diese Daten sind wiederum nur im Personalbüro seines Arbeitgebers vorhanden.

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor und nach der Therapie dagegen kann die Krankenkasse zuverlässig feststellen. Für das praxisinterne Qualitätsmanagement ist es derzeit jedoch illusorisch, diese Daten von den Krankenkassen zu erhalten. Also ist der Therapeut auf das oft bruchstückhafte Gedächtnis des Patienten angewiesen. Der zu erwartende Fehler geht zu Lasten des möglichen Nachweises einer Abnahme medizinischen Versorgungsbedarfs, weil zu Beginn der Patient noch keinen Sinn für derartige Fragen hat und sich weniger erinnern wird. Während und durch die Therapie treten diese Themen jedoch mehr in den Vordergrund, so daß der Patient hierfür mehr Sinn hat und auch zuverlässiger über Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte berichten kann.

Folgendes Erhebungsschema kann die wichtigsten Daten erfassen:

aufgrund der behandelten Erkrankung zu trennen von solchen mit anderen Ursachen. Es können Fehler in beide Richtungen vorkommen. Zum einen ist es oft so, daß psychisch kranke Menschen während ihrer psychischen Krankheit kränkeln und wegen verschiedenster somatischer Diagnosen zum Arzt gehen. Zum anderen kann bei der Nachher-Messung eine körperliche Krankheit hinzugetreten sein, die in keinerlei Zusammenhang mit der erfolgreich behandelten psychischen Krankheit steht. Für die Einzelfallanalyse im praxisinternen Qualitätsmanagement ist dies ein erheblicher Reliabilitätsmangel. Bei statistischen Erhebungen über viele Praxen und viele Patienten hinweg mittelt sich dieser Fehler jedoch aus, so daß zumindest die Krankenkassen hier sehr gutes Datenmaterial zur Verfügung haben.

Weitere fallspezifische belastende Faktoren

Zwei Patienten können exakt das gleiche Krankheitsbild mit dem gleichen Schweregrad entwickeln. Die gleiche Therapie wird bei dem einen völlige dauerhafte Remission der Symptomatik bewirken und beim anderen nur eine gewisse Linderung. Das kann im Rahmen der Qualitätssicherung als professionelles Versagen des Therapeuten interpretiert werden. Die therapeutische Aufgabe ist gleich groß. Wer weniger erreicht, arbeitet weniger qualifiziert. Deshalb erhebt sich die Frage der Vergleichbarkeit der beiden Patienten. Genaue Anamnese und Exploration wird ergeben, daß bei dem einen Pa-

Es ist schwierig, Fehlzeiten und ärztliche Behandlung

Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf (AmedV)

Datum:

Ihr Name:

Zählen Sie zusammen wie oft bzw. wie viele Tage **insgesamt in den letzten 3 Monaten** folgendes vorkam:

A) Meine Arbeitsfähigkeit

- a) Ich bin jetzt
 arbeitsfähig
 nicht arbeitsfähig bzw. krank geschrieben
- b) Zahl der **Fehlzeiten in den letzten drei Monaten** aufgrund psychischer oder körperlichen Beschwerden:
 **Tage** war ich arbeitsunfähig bzw. krank geschrieben und kam deshalb nicht zur Arbeit wegen **psychischen/ psychosomatischer** Beschwerden
 **Tage** war ich arbeitsunfähig bzw. krank geschrieben und kam deshalb nicht zur Arbeit wegen **körperlichen** Beschwerden
- c) Ich habe Rentenantrag gestellt am

B) Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung in den letzten drei Monaten

- a) **aufgrund psychischer/psychosomatischer Beschwerden**
 **mal** kam es zu Terminen mit Psychotherapeuten (außerhalb der jetzigen Psychotherapie)
 **mal** kam es zu Arztterminen (incl. Ambulanz/Poliklinikbesuch)
 **Tage** waren Krankenhausaufenthalt notwendig
- b) aufgrund **körperlicher** Beschwerden, bei denen psychische Faktoren **keine** Rolle spielen:
 **mal** kam es zu Arztterminen
 **Tage** war Krankenhausaufenthalt notwendig

tienten keine prognostisch ungünstigen Faktoren vorliegen, während beim anderen eine Fülle von erschwerenden Bedingungen gefunden werden. Ein Therapeut, der diese fall-spezifischen belastenden Faktoren in der Vorgeschichte des Patienten nicht erfaßt, ist einerseits leichtsinnig, denn er wird die Prognose der Therapie falsch einschätzen. Andererseits wird er nicht in der Lage sein, zu begründen, warum diese Therapie unteroptimal verlief. Eine eventuelle Kritik wird er deshalb nicht entkräften können.

Die hier aufgezählten belastenden Faktoren sind nicht die typischen Variablen der Life event-Forschung, die sich auf das Erwachsenenalter beschränkt, sondern überwiegend Belastungen, die in Kindheit und Jugend stattfinden. Zusätzlich werden Lebensbedingungen festgehalten, die eine Gesundung erheblich erschweren. Es wird also nicht gefragt, was zur Erkrankung beigetragen haben könnte, sondern welche erschwerenden Bedingungen liegen vor, die eine ungünstige Prognose erwarten lassen.

Weitere fallspezifische belastende Faktoren (Fbel)

Belastende Faktoren in der Kindheit und Jugend

- Erbliche Belastung psychisch (z.B. affektive oder schizophrene Psychosen in der Familie oder Alkoholismus)
- Mutter ist in meinen ersten Lebensjahren psychisch krank gewesen (incl. Sucht)
- Vater ist in meiner Kindheit psychisch krank gewesen (incl. Sucht)
- Mutter lebte in meinen ersten Lebensjahren unter extrem belastenden Bedingungen
- Ständige massive Auseinandersetzungen der Eltern meiner Gegenwart als Kindes
- Häufige körperliche Gewalttätigkeiten von Seiten der Eltern in meiner Kindheit
- Sexueller Mißbrauch in meiner Kindheit
- Ich wurde die ganze Woche bei den Großeltern abgegeben und erst zum Wochenende geholt
- Ich wurde unter der Woche zu Pflegeeltern gegeben
- Ich verbrachte Monate bis Jahre im Heim
- Mutter war in den ersten beiden Lebensjahren längere Zeit im Krankenhaus, während der Vater weiter zur Arbeit ging
- Ich war als Kind in den ersten drei Lebensjahren längere Zeit ohne Mutter im Krankenhaus
- Trennung bzw. Scheidung der Eltern während meiner Kindheit
- Tod eines Elternteils während meiner Kindheit
- Tod eines Geschwisters während meiner Kindheit
- Ich hatte in meiner Kindheit eine schwere körperliche Erkrankung, die mein Leben stark beeinträchtigte
- Ich hatte in meiner Kindheit ein sehr traumatisches Erlebnis, das nicht verarbeitet werden konnte
- Ich mußte in meiner Kindheit eine Serie von sehr belastenden Erlebnissen über mich ergehen lassen
- Ich hatte psychische Erkrankung(en) in der Kindheit und Jugend

Belastende Faktoren im Erwachsenenalter

a) schicksalhafte Belastungen

- Tod des Ehepartners
- eigene unheilbare schwerste Erkrankung (z. B. Carcinom, schwere degenerative oder Autoimmunkrankheit)
- Frühpensionierung
- Sozialhilfeempfänger/in
- Leben in einem Heim

b) eigenes Scheitern

- fehlender Berufsausbildungsabschluß
- in der Vergangenheit fehlende stabile Angestelltenverhältnisse
- in der Vergangenheit wiederholtes Scheitern von beruflichen Projekten (anspruchsvolle Stelle, Umschulung)
- in der Vergangenheit häufig Entlassenwerden
- in der Vergangenheit lange oder wiederholte Zeiten von Arbeitslosigkeit
- in der Vergangenheit fehlende Partnerschaften
- in der Vergangenheit häufiges Scheitern von Partnerschaften
- in der Vergangenheit extrem häufige Wechsel von Geschlechtspartnern
- in der Vergangenheit Leben in sozial sehr niedrigem Milieu
- in der Vergangenheit mehrfache kriminelle Delikte

c) Vorerkrankungen

- Chronische körperliche Erkrankungen, die eine Verbesserung der Lebensqualität unmöglich machen
- Chronische psychische Erkrankungen (ohne Sucht)
- Suchterkrankung
- Mehrere schwere Selbstmordversuche
- Häufige psychische Erkrankungen in der Vergangenheit (zwei oder mehr)
- Lange Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik (zwei oder mehr)
- Häufige stationäre psychiatrische Behandlungen (zwei oder mehr)
- Häufige stationäre psychotherapeutische Behandlungen (zwei oder mehr)
- Mehrere ambulante psychotherapeutische Vorbehandlungen ohne große Veränderungen (zwei oder mehr)

Person- und Umweltvariablen

Während obige Liste fallspezifischer belastender Faktoren die Umwelt fokussierte, betrachtet die folgende Liste den Menschen, der erkrankt ist – seine Fähigkeiten, Ressourcen und Defizite. Diese Variablen werden erfaßt, da sie das Therapieergebnis beeinflussen (Schwächen und Defizite beeinträchtigen es, Ressourcen begünstigen es). Sie müssen sowohl bei der Indikationsstellung als auch bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden. Denn wiederum helfen sie dem Therapeuten, zu prüfen, weshalb eine Thera-

pie unteroptimal verlaufen ist. Ohne ihre Erfassung ist es für ihn äußerst schwierig, zu verstehen und darzulegen, weshalb bei diesem Patienten eine sonst viel erfolgreichere Therapiemethode zu keinem Behandlungserfolg kam.

Einige dieser Faktoren sind im Diagnosesystem der OPD (Arbeitskreis OPD 1998), andere von Kanfer (1998) formuliert worden. Weitere hat Sulz (1997, 2001) als Variablen eines Ressourcen-Defizit-Ratings in der Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie genannt.

Person- und Umweltvariablen (PUV)

a) Personvariablen

1. Funktionalität der Emotionsregulation
(ein Gefühl wahrnehmen, benennen, seine Ursache erkennen, seine Situationsadäquatheit prüfen, die Gefühlsintensität modulieren können, aus dem Gefühl heraus verhandeln oder handeln können, ein Gefühl da sein lassen können, ohne gleich handeln zu müssen)
2. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
(Introspektion = innere Prozesse wie Gefühle und Intentionen wahrnehmen können, Selbstreflexion = innere Prozesse gedanklich betrachten und beurteilen können, Identität = sich als zeitlich konstant bleibendes Wesen kennen)
3. Fähigkeit zur Selbststeuerung
(Impulssteuerung, Antizipation der Wirkung von Impulsen, Selbstwertregulation, verlieren können, Ambivalenzfähigkeit, Ausdauer, Flexibilität)
4. Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung
(Gefühle des anderen wahrnehmen, empathisch sein können, Nähe und Distanz angemessen einhalten können)
5. Fähigkeit zur Kommunikation
(Wahrnehmungen, Gefühle und Bedürfnisse mitteilen können)
6. Fähigkeit zur Abgrenzung
(den Anderen als Person mit eigenen Wünschen und Zielen (an-)erkennen und sich vor Übergriffen wirksam schützen können, streiten können)
7. Fähigkeit zur Bindung
(sich emotional in einer dauerhaften Beziehung binden können, auch in Abwesenheit die innere Bindung aufrecht erhalten können (Objekt Konstanz))
8. Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen
(als abgegrenztes Individuum einen Ausgleich zwischen eigenen und anderen Interessen herstellen können, z. B. durch Vereinbarungen und Regeln)
9. Fähigkeit, sich aus einer zu Ende gegangenen Bindung lösen zu können
Fähigkeit zur Utilisierung von Ressourcen (Begabungen, Kenntnisse, Kreativität, soziales Umfeld)
10. Fähigkeit zur Bewältigung krisenhafter Situationen
(wirksame Bewältigungsstrategien, neue Bewältigungsstrategien erfinden können)
11. Leidenskapazität
(Unvermeidbar Schmerzliches ertragen können, Unabänderliches akzeptieren können)

b) Umweltvariablen

12. Eingebundensein in ein stabiles berufliches Umfeld
(sicherer Arbeitsplatz, gutes Klima, angemessenes Einkommen, die Arbeit macht Spaß, gibt ein Gefühl von Selbsteffizienz)
13. Eingebundensein in ein stabiles privates Umfeld
(tatsächlich vorhandene Beziehungen (Art, Qualität und Zahl), intakte Partnerschaft, stützende Familie, gute Freunde, die Freud und Leid mit tragen, befriedigende Freizeitgestaltung, zufriedenstellende Wohnverhältnisse)
14. reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren
(aus dem negativ beeinflussenden Umfeld heraus können (z.B. Drogen- oder Alkoholszene), wieder einen Arbeitsplatz finden, sich die benötigte Wohnung leisten können, Partner ist bzw. Eltern sind durch neue angemessene Verhaltensweisen beeinflussbar, eine bisher unversöhnliche Feindschaft ist überwindbar)
15. reale Chancen zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive
(eine Partnerschaft ist vorstellbar, ein Freundeskreis kann geschaffen werden, Familiengründung ist realisierbar, berufliches Vorankommen ist möglich)

Therapieverlaufsspezifische Faktoren, die bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden müssen - Ungünstige Ereignisse während oder kurz nach der Therapie

Bleiben wir gedanklich noch bei der Differenzierung unterschiedlich gut verlaufender Therapien. Nach dem Erfassen prognostisch ungünstiger Personvariablen und belastender Umweltfaktoren sind die Geschehnisse während und kurz nach der Therapie hilfreich, um nachvollziehen zu können, wodurch und auf welche Weise eine Therapie so verlief, daß unteroptimale Ergebnisse resultierten. Einerseits zeigt sich oft erst im Lauf des Aufbaus der therapeutischen Beziehung, in welchem Ausmaß eine fehlende Beziehungsfähigkeit des Patienten den Gang der Behandlung erschwert. Andererseits kann seine Umstellungsfähigkeit, wenn es um therapeutische Änderungen geht, erst jetzt wirklich eingeschätzt werden. Zudem sind die ungünstigen Ereignisse während der Therapie Zeugnis der eventuell großen Schwierigkeit, mit einem bestimmten Patienten auf eine konstruktive Weise gemeinsame Arbeit zu leisten. Kann ein psychosomatischer Patient z. B. das psy-

chologische Störungsmodell nicht akzeptieren, so wird er ständig verschiedene Spezialisten aufsuchen und sich nicht auf die notwendige Änderung der psychischen Parameter einlassen. Ein Scheitern der Therapie sollte jedoch nicht im wertenden Sinne von qualifizierter versus unqualifizierter Arbeit festgehalten werden. Vielmehr sollte der Erkenntnisgewinn des Lernens durch Fehler völlig im Vordergrund stehen. Solche Fehleranalysen ermöglichen größere Fortschritte in der Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz als die Betrachtung gut laufender Therapien. Qualitätsmanagement führt nicht zum Anprangern von Mängeln, sondern ist die neugierige Erkundung der Quellen des ungünstigen Verlaufs analog der Neugier des Forschers. Nicht der Selbstvorwurf und das Insuffizienzgefühl des scheiternden Therapeuten sind der Motor der Fehleranalyse, sondern die Lust am Lernen, am Erkenntniszuwachs und am Optimieren des eigenen Handelns. Tritt beim Therapeuten während und nach dem Scheitern Depressivität auf, so hat ihn die gelernte Hilflosigkeit im Sinne Seligmans (1979) erfaßt. Sieht er sich dagegen als Manager seiner therapeutischen Qualität, so bewirkt er Qualitätssteigerung als Folge seines Fehlers.

Therapieverlaufsspezifische Faktoren, die bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden müssen (Ungünstige Ereignisse während oder kurz nach der Therapie, UET)

A Ungünstige Ereignisse während der Therapie

Diese Aufzählung soll Ereignisse und Entwicklungen dokumentieren, die einen unteroptimalen Verlauf der Therapie und eine ungünstiges Ergebnis nachvollziehbar machen. Zum Teil sind sie unbeeinflussbare Schicksalsschläge (a), zum Teil Ergebnis der Therapie (b, c). Im letzteren Fall entschuldigen sie nicht das unteroptimale Ergebnis, sondern sind dessen Bestandteil.

a) Neue belastende Ereignisse im Leben des Patienten

- Trauma
- Sehr belastendes Life event (z. B. Tod des Partners, Trennung, Scheidung, massive Ehekrise, schwere akute eigene Erkrankung, schwere akute Erkrankung eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, Auszug erwachsener Kinder)

b) Unerwünschte Ereignisse in der Therapie

- Antitherapeutische Entwicklung der Therapiebeziehung (Verbrüderung, Gegnerschaft, Mißbrauch, krisenhafte Verschlechterung der Therapiebeziehung etc.)
- Der Patient kommt nur unregelmäßig zur Therapiestunde
- Der Patient unterhält mehrere therapeutische Nebenbeziehungen
- Der Patient bricht die Therapie ab

c) Zwischenzeitliche Erkrankungen

- Chronische körperliche Erkrankung, die eine Verbesserung der Lebensqualität unmöglich macht
- Chronische psychische Erkrankung
- Suizidversuche
- Schwere Rückfälle in die alte Symptomatik (krisenhafte Zuspitzung)
- Neue psychische oder psychosomatische behandlungsbedürftige Beschwerden
- Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik
- stationäre psychotherapeutische Behandlung/en
- neu oder wieder erforderliche Medikation (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.)

B Ungünstige Ereignisse nach der Therapie

Diese Aufzählung soll Ereignisse und Entwicklungen dokumentieren, die einen unteroptimalen Verlauf der Therapie und eine ungünstiges Ergebnis nachvollziehbar machen.

Neue belastende Ereignisse im Leben des Patienten

- Trauma
- Sehr belastendes Life event (z. B. Tod des Partners, Trennung, Scheidung, massive Ehekrise, schwere akute eigene Erkrankung, schwere akute Erkrankung eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, Auszug erwachsener Kinder)

Katamnese

Katamnesen sind ein Festhalten der weiteren Entwicklung des Patienten über einen bestimmten Zeitraum nach Abschluß der Therapie. Katamnestiche Untersuchungen sind die einzige Möglichkeit, um mittelfristige und langfristige Wirkungen einer Psychotherapie zu erfassen. Sie sollten zum regelhaften Procedere des Therapeuten gehören.

Die Ergebnisqualität läßt sich nicht durch eine einzige Messung zum Zeitpunkt der letzten Therapiestunde erfassen.

Wir können folgende relevante Zeitspannen definieren:

- a) Zeit bis zur ersten Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten (Krankheitszeit)
- b) Zeit bis zum Therapiebeginn (Wartezeit)
- c) Zeit während der Therapie (Therapiezeit)
- d) Das erste halbe Jahr nach Beendigung der Therapie (Sechsmonatskatamnese)
- e) Das zweite halbe Jahr nach Beendigung der Therapie (Jahreskatamnese)
- f) Das zweite Jahr nach Beendigung der Therapie (Zweijahreskatamnese)
- g) Die weiteren drei Jahre nach Beendigung der Therapie (Fünfjahreskatamnese).

Wenn die Beschwerden, die zum Zeitpunkt des Therapieendes verschwunden waren, nach 6 Monaten wieder beginnen und sich eine Leidenszeit fortsetzt, die sich von derjenigen vor der Therapie kaum unterscheidet, so ist das kein Therapieerfolg. Wenn eine Therapie zwei Jahre lang dauert und der Patient erst im letzten Halbjahr beschwerdefrei ist, so dürfen die

vorausgehenden eineinhalb Jahre nicht vernachlässigt werden. Dies können z. B. 18 Monate Arbeitsunfähigkeit entsprechen, die finanziell erheblich zu Buche schlagen. Aber auch 18 Monate des Leidens wiegen schwer. Nicht selten erleben wir, daß bereits ab dem ersten Kontakt mit dem Therapeuten die Beschwerden deutlich nachlassen, obwohl noch keine Therapie erfolgt. Ebenso bekannt ist der Rückfall, wenn deutlich wird, daß die Therapie in wenigen Monaten unumstößlich zu Ende gehen wird. Ein halbes Jahr nach dem Ende der Therapie treten eventuell allmählich wieder die belastenden Situationen auf, die früher zur Symptombildung führten. Deshalb sind Rückfälle ab dem siebten bis zwölften Monat nach Therapieende häufig. Ein Nachteil von Kurzzeittherapien ist, daß sie eventuell in so kurzer Zeit erfolgen, daß während der Therapie gar keine Bewährungsproben stattfinden können. Deshalb wird der spätere Rückfall einkalkuliert und vorbereitet, teils durch selbständige Krisenbewältigung des Patienten, teils durch Vereinbarung vereinzelter Boostersitzungen beim bisherigen Therapeuten.

Um Katamnesen und Boostersitzungen durchführen zu können, müssen Therapeuten noch einige Sitzungen des bewilligten Stundenkontingents aufheben, z. B. bei Kurzzeittherapien drei Sitzungen und bei Langzeittherapien fünf Sitzungen. Auf diese Weise kann sechs, zwölf und vierundzwanzig Monate nach Therapieende die qualitätssichernde katamnestiche Diagnostik erfolgen. Die Fünfjahreskatamnese liegt außerhalb des fachlich und ökonomisch zu verantwortenden Aufgabebereichs des Therapeuten.

Ein Beispiel eines Katamneseprotokolls ist:

Katamnesegespräch

- () Unmittelbar nach Beendigung der Therapie (Abschlußgespräch)
- () Das erste halbe Jahr nach Beendigung der Therapie (Sechsmonatskatamnese)
- () Das zweite halbe Jahr nach Beendigung der Therapie (Jahreskatamnese)
- () Das zweite Jahr nach Beendigung der Therapie (Zweijahreskatamnese)

Therapeut/Interviewer:..... Patient, Name:..... Datum des Gesprächs:.....
 Chiffre: _/_/____ bitte zutreffendes ankreuzen: () telefon. Gespräch () persönliches Gespräch (Pat. anwesend)

1. Wie verlief die zwischenzeitliche Gestaltung

- a) des Berufs?
- b) der engeren Beziehungen (Partnerschaft/Familie)?.....
- c) des weiteren sozialen Umfeldes?.....
- d) der sonstigen Freizeitgestaltung?
- e) des Umgang mit Stressoren? (Welche streßvollen/belastenden Lebensereignisse kamen vor und wie ging der Pat. damit um?)

2. Traten psychische/psychosomatische Symptome/Beschwerden zwischenzeitlich auf? (Welche? In welchen Situationen? Wie wurde damit umgegangen? Welche Behandlungen waren erforderlich?)

3. Gelang dem Patienten der konstruktive Aufbau positiver, befriedigender Lebensbereiche? (Welche? Durch welche Initiativen des Patienten)

4. Beurteilen Sie die Restsymptomatik im Vergleich zum Therapiebeginn (0-100%, bei Verschlechterung mehr als 100%) %**5. Welche ICD-10-Diagnose besteht jetzt?**

Psych. Hauptdiagnose: (F_____)

zweite Diagnose: (F_____).....

dritte Diagnose: (F_____).....

Persönlichkeitsstörung (F_____).....

Körperliche Erkrankung: (F_____).....

Weitere körperl. Krankh.: (F_____).....

Psychosoziale Belastungsfaktoren (nach DSMIV)

Psychosoziales Funktionsniveau (nach DSMIV)

6. Wie sind jetzt die Werte auf der Zielerreichungsskala (Goal-Attainment-Scaling)?

Ziel 1: -2 -1 0 +1 +2 (.....)

Ziel 2: -2 -1 0 +1 +2 (.....)

Ziel 3: -2 -1 0 +1 +2 (.....)

Zu prüfende Sachverhalte im Rahmen eines Qualitätssicherungsprozesses

(durch den Praxisinhaber)

Die im Lauf der Therapie im Rahmen einer internen Qualitätssicherung zu stellenden Fragen reichen von der Diagnose bis zur Therapieevaluation. Im Normalfall sind dies Fragen, die uns implizit immer wieder beschäftigen, die aber nur dann in den Fokus unseres Bewußtseins kommen, wenn eine Störung oder ein Fehler auftaucht. Es ist also kein neuer Ballast an fachfremden Gesichtspunkten, sondern nur eine Abbildung unseres fachlichen Denkens und Vorgehens. Qualitätssicherung verlangt von uns lediglich, daß wir diese Fragen nicht vernachlässigen, sondern bei jedem Behandlungsfall berücksichtigt haben. Wir kennen es aus Erfahrung, daß wir immer einige Fragen vergessen, oft wirkt sich dies nicht negativ aus, aber manchmal leidet doch die Therapie darunter. Qualitätsmanagement meint, daß wir zuverlässig alle notwendigen Fragen stellen und alle erforderlichen Betrachtungen anstellen, die zur Gewährleistung der Optimierung des Therapieverlaufs und –ergebnisses erforderlich sind. Zusammenfassend seien hier nochmals die wichtigsten Fragen zum Qualitätsmanagement formuliert:

Diagnose, Indikationsstellung, Zielanalyse

- Wurde die richtige Diagnose (inkl. Verhaltensdiagnose und individuellem Störungsmodell) gestellt?
- Wurden die richtigen Therapieziele formuliert (Gesamt- und Teilzielformulierung)?
- Wurde die richtige Indikation gestellt?
- Wurde die richtige Entscheidung getroffen, den Patienten in dieser Praxis zu behandeln?
- Wurde das richtige Setting gewählt?

- Wurde eine Zielerreichungsdefinition durchgeführt (z.B. Zielerreichungsskalierung)?
- Wurden erschwerende Umstände ausreichend bei der Formulierung der Zielerreichungsdefinition berücksichtigt (Komorbidität, Fehlen stützender sozialer Beziehungen etc.)

Therapieplanung und -durchführung

- Wurden im Rahmen eines Gesamttherapieplans die bestmöglichen Therapiemethoden geplant?
- Wurde eventuell notwendige medizinische Mitbehandlung eingeplant?
- Wurden eventuell notwendige sozialarbeiterische Einsätze mitgeplant?
- Wurde die Therapiebeziehung so förderlich wie möglich geplant und gestaltet?
- Wurden Ressourcen optimal erkannt und genutzt?
- Wurden die Therapiemethoden auf optimale Weise eingesetzt?
- Wurden mögliche Störungen des Therapieablaufs prognostiziert?
- Wurde laufend untersucht, ob mögliche Störungen des Therapieverlaufs eingetreten sind?
- Wurden Vorbereitungen getroffen, um sehr wahrscheinlichen Störungen zu begegnen?

Fehleranalyse und -behebung

- Wenn eine Störung auftrat, wurde eine intensive Fehleranalyse durchgeführt?
- Wurden, falls Therapieziele nicht mehr zuträfen, diese flexibel korrigiert?
- Wurden gegebenenfalls Therapiemethoden rechtzeitig durch bessere ersetzt, wenn sich

- herausstellte, daß diese nicht optimal der Zielerreichung dienen?
- Wurde eine Störung in der Therapiebeziehung rechtzeitig erkannt und diese Störung beseitigt?
- Wurde das Setting rechtzeitig verändert, wenn sich herausstellte, daß dieses nicht mehr der Zielerreichung dient (z.B. Einzel- versus Gruppentherapie)?
- Wurden rechtzeitig Bezugspersonen einbezogen?
- Ist das vorliegende Zwischenergebnis der Therapie qualifiziert?

Fehlerbehebung und künftige Fehlervorbeugung

- Ist das abschließende Therapieergebnis qualifiziert?
- Wurden die Quellen eventueller Störungen und Fehler vom Therapeuten erkannt und benannt?
- Wurden die notwendigen Maßnahmen zur Störungsbeseitigung bzw. Fehlerbehebung vom Therapeuten benannt?
- Wird der Therapeut diese Maßnahmen durchführen?
- Wurden künftige Maßnahmen zur Vermeidung der aufgetretenen Störungen und Fehler vom Therapeuten benannt?
- Sind diese Maßnahmen ausreichend erfolgversprechend?
- Wie wird der Therapeut das Ergebnis der Störungsbeseitigung erfassen?
- Welches Kriterium dient der Entscheidung, ob die Störung in ausreichendem Maße beseitigt ist?

Nicht zu beseitigende Störungen

- Wenn eine Störung nicht zu beseitigen ist und diese den Fortschritt der Therapie verhindert, hat sich der Therapeut rechtzeitig zum Abbruch der Therapie entschieden?
- Ist es ihm gelungen, mit Hilfe der Störungs- und Fehleranalyse eine Behandlungsalternative mit ausreichend günstiger Prognose zu benennen und diese dem Patienten zu vermitteln?
- Hat der Therapeut bei fehlender Behandlungsalternative den Patienten an ein spezialisiertes Diagnostik- und Therapiezentrum zur erneuten Indikationsstellung verwiesen?

Therapieevaluation

- Wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich der wichtigen Parameter zur Therapieevaluation durchgeführt?
- Wurden hierzu diagnostische Untersuchungen am Ende der Therapie durchgeführt?
- Wurde der psychische bzw. psychosomatische Befund vorher und nachher verglichen?
- Wurde beurteilt, ob und in welchem Ausmaß das durch den Befund beschriebene klinische Syndrom nach der Behandlung noch vorhanden war?
- Wurde untersucht, ob neue Beschwerden hinzugetreten sind, die ein neues Syndrom darstellen?

- Wurde beurteilt, ob die Kriterien für die Eingangsdiagnose noch erfüllt sind?
- Wurde beurteilt, ob eine neue Erkrankung vorliegt?
- Wurde gegebenenfalls untersucht, was die Ursache der neuen Krankheit ist?
- Wurde die Frage beantwortet, ob die neue Krankheit Folge der Behandlung ist oder durch diese begünstigt wurde?
- Wurde zu mehreren Zeitpunkten nach dem Abschluß der Therapie untersucht und diagnostiziert? (drei, sechs, zwölf bzw. vierundzwanzig Monate nach Therapieabschluß?)

DIN EN ISO 9001 – eine Richtlinie zur Durchführung des internen Qualitätsmanagements

DIN EN ISO 9001 ist die Norm zur Einrichtung und Durchführung von innerbetrieblichen Qualitätssicherungsmaßnahmen als kontinuierliches Qualitätsmanagement mit dem Ziel der Zertifizierung. Sie ist auf einen Gewerbebetrieb und auf Industrieunternehmen hin formuliert. Es bedarf deshalb einiger Übersetzungsarbeit, um ihre Inhalte sinnvoll auf die Psychotherapie übertragen zu können. Wenn eine psychotherapeutische Praxis das Zertifikat erwerben möchte, das ihr die Durchführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements bescheinigt, so muß ein Qualitätsmanagement-Handbuch vorliegen, das das Procedere der praxisinternen Qualitätssicherung wie eine Bedienungsanleitung beschreibt. Der Praxisinhaber legt darin fest, welche Qualitätsziele er verfolgt, welche Kriterien er anwendet, um die Zielerreichung zu erfassen, wie er das Qualitätsmanagement in seiner Praxis installiert hat, wie er dafür sorgt, daß seine Arbeit qualifiziert abläuft, wie er Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität prüft, wie er für Korrekturen sorgt und künftigen Fehlern vorbeugt und auf welche Weise er dies alles dokumentiert, um sein Qualitätsmanagement transparent zu machen, damit ein alle zwei Jahre die Praxis besuchender externer Qualitätsprüfer nachvollziehen kann, wie das Qualitätsmanagement abläuft. Dieser führt ein Audit durch mit Prüffragen, die nicht die Qualität der therapeutischen Arbeit prüfen, sondern die prüfen, ob und wie der Praxisinhaber selbst laufend seine Qualität prüft und aufrechterhält.

Wenn durch zertifizierte Praxen internes Qualitätsmanagement gesichert ist, können externe Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ein Minimum reduziert werden. So könnte z. B. nur noch jeder zehnte Therapiefall gutachterpflichtig sein. Dies würde eine erhebliche Kostenersparnis für die Krankenkassen bedeuten. Die Problematik der externen Qualitätssicherung als unliebsames Kontrollverfahren einer mächtigen Instanz mit der Angst vor deren Sanktionen und den daraus resultierenden Verfälschungen der abgegebenen Daten könnte dadurch entschärft werden. Da externe Qualitätssicherungsmaßnahmen im Vergleich zu ihrem zeitlichen und finanziellen Aufwand nur bescheiden wirklich qualitätserhöhende Wirkungen haben, ist das interne Qualitätsmanagement eine bedeutsame Alternative. Denn nur durch die laufenden qualitätssichernden Maßnahmen in der Praxis wird Qualität wirklich optimiert. Ob dadurch auch auf die Berichte an den Gutachter ganz

verzichtet werden kann, muß erprobt werden. Denn diese Berichte sind so aufwendig, daß sie nur unter externem Zwang geschrieben werden. Sie sind aber bislang die einzige Gewähr, daß eine gründliche Fallkonzeption erstellt wird. Würden sie z. B. durch quantitative externe Meßinstrumente ersetzt, so würden diese zwar Ergebnisse messen, aber sie wären nicht in der Lage, therapeutische Qualität dort zu gewährleisten, wo sie die größten Auswirkungen hat, nämlich bei der anfänglichen Konzeption der Therapie. Argumente, die in diesem Zusammenhang geäußert werden, lassen sich leicht als zweckbestimmt identifizieren. Das oben skizzierte interne Qualitätsmanagement beinhaltet jedoch eine ausführlich ausgearbeitete qualifizierte Fallkonzeption und berücksichtigt damit im Gegensatz zu neueren Ansätzen externer Qualitätssicherung diesen unverzichtbaren Aspekt jeglicher Psychotherapie.

Ein Qualitätsmanagement-Handbuch könnte eine Gliederung aufweisen, die die zwanzig Schritte des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001 abbildet:

20 Schritte und Bereiche des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001

- 1 Verantwortung der Leitung
- 2 Qualitätsmanagementsystem
- 3 Vertragsprüfung
- 4 Entwicklung neuer Therapieelemente
- 5 Lenkung der Dokumente und Daten
- 6 Beschaffung von Material und Technik
- 7 Lenkung der von Kassen und KV beigestellten Formblätter
- 8 Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit wichtiger Therapie- und Diagnostikunterlagen
- 9 Prozeßlenkung: Durchführung von Therapiemaßnahmen
- 10 Prüfungen
- 11 Prüfmittelüberwachung
- 12 Prüfstatus
- 13 Lenkung fehlerhafter Praxiskomponenten
- 14 Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen
- 15 Handhabung von Anträgen an den Gutachter und von KV-Quartalsabrechnungen
- 16 Lenkung von Qualitätsaufzeichnungen
- 17 Interne Audits
- 18 Schulung der Mitarbeiter
- 19 Patientenbetreuung
- 20 Statistische Verfahren

Zusammenfassung

Schon seit geraumer Zeit werden Anstrengungen unternommen, um in der psychotherapeutischen Praxis Qualitätssicherung einzuführen (Grawe und Braun 1994). Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement sind zwei sich ergänzende Vorgehensweisen. Keine von beiden ersetzt völlig die andere. Das bisherige Fehlen von praxisinternem Qualitätsmanagement kann als Qualitätsmangel der gesetzlichen psychotherapeutischen Krankenversorgung betrachtet werden. Allerdings gibt es noch kein empirisch untersuchtes Konzept praxisinternen Qualitätsmanagements.

Sobald eines existiert, dessen Nutzen empirisch belegbar ist und das ökonomisch durchgeführt werden kann, müßte sein Einsatz sowohl von Seiten der Therapeuten als auch von Seiten der Krankenkassen angestrebt werden.

In dieser Arbeit wurden Gesichtspunkte der praxisinternen Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements dargelegt und erörtert, um deren Realisierung näher zu kommen. Die hier vorgestellte Konzeption ist ein Optimalpaket, das vielen auf Dauer zu zeitaufwendig sein wird. Dabei hält sich die Dokumentation entgegen des ersten Eindrucks in Grenzen: Lediglich zu Beginn der Therapie füllt der Patient zuhause einige Bögen aus. Er braucht dazu höchstens 45 Minuten. Der Therapeut muß zu Beginn der Therapie außerhalb der Therapiesitzungen nichts ausfüllen. Jegliche Diagnostikdokumentation erfolgt innerhalb der probatorischen Sitzungen. Am Ende der Therapie benötigt der Therapeut zusätzlich 30 Minuten außerhalb der Therapiesitzungen, der Patient nochmals 45 Minuten. Während der laufenden Therapie werden die kurzen Checklisten von Patient und Therapeut in der Therapiesitzung ausgefüllt, damit sie anschließend noch besprochen werden können. Dadurch ergibt sich während der Laufzeit der Behandlung kein zusätzlicher Zeitaufwand. Nicht Zeit, sondern eine gedankliche Ordnung wird benötigt, um daran zu denken, wann was ausgefüllt werden muß und um einen Überblick über die ausgefüllten Dokumentationen zu bewahren. Hier hilft das Qualitätsmanagement-Therapieprotokollheft und ein weiteres Patienten-Dokumentationsheft. Es zeigt sich schon jetzt, daß es einige Monate Einarbeitung benötigt, bis das Instrumentarium wirklich zur QM-Maßnahme wird. Wissenschaftliche Studien müssen darauf achten, daß ihre Anfangsmessungen nach dem Ende der Einarbeitungszeit erfolgen. Sonst werden Einarbeitungsprobleme zum ungewollten Gegenstand der Untersuchung. So lange sehr viel Aufmerksamkeit des Therapeuten darauf gelenkt werden muß, wann er was wie machen muß, ist Qualitätsmanagement noch ein erheblicher Störfaktor im therapeutischen Geschehen. Ohne Anleitung und Einarbeitung dauert diese Phase des Überwiegens der Nebenwirkungen zu lange. Hier hat der Qualitätszirkel eine sehr wichtige Funktion. Deshalb sollten anfangs die Qualitätszirkeltreffen monatlich erfolgen.

Das hier vorgestellte Konzept eines internen Qualitätsmanagements wurde wegen seines auch didaktischen Werts in der Ausbildungsambulanz eines Verhaltenstherapie-Ausbildungsinstituts eingeführt.

Jeder Therapeut kann seine eigene maßgeschneiderte Komposition von QM-Maßnahmen aus obigem Ideenpool oder aus anderen Quellen erstellen. Er kann den Maßnahmenkatalog üppig oder schlank gestalten. Allerdings ist es für die Kommunikation im unverzichtbaren Qualitätszirkel notwendig, eine gewisse Zahl an gemeinsamen Erhebungsinstrumenten zu verwenden.

Es ist zu erwarten, daß die praktischen Erfahrungen mit diesem Konzept zu einem Vorschlag führen, der deutlich weniger Dokumentationsaufwand bedeutet und der aus der Empi-

rie heraus die Unterscheidung von bewährten und nicht hilfreichen QM-Maßnahmen ermöglicht. Ein solcher Vorschlag kann dann als zu beforschendes Maßnahmenpaket Gegenstand von Feldstudien sein, wie sie z. B. vom Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie DVT geplant sind.

Wenn es gelänge, Therapeuten zu einem erprobten praxisinternen Qualitätsmanagement zu motivieren, so könnte sich das Gutachterverfahren eventuell auf eine Stichprobe von Prüfungen beschränken. Der zeitliche Aufwand für den Praxisinhaber ist in beiden Fällen etwa gleich groß. Der große Vorteil des praxisinternen Qualitätsmanagements könnte darin liegen, daß Korrekturschleifen mit unmittelbar durchführbarer Fehlerbehebung bestehen und auf diese Weise eine laufende Qualitätsoptimierung möglich erscheint. Der Praxisinhaber hätte zudem das Gefühl, daß er nicht für jemand anderen arbeitet, sondern für sich, seinen Patienten und seine Therapie. Und er kann durch erfolgreiche Fehleranalyse, Fehlerbehebung und -vorbeugung laufend Bestätigungen des Nutzens dieses Qualitätsmanagementprozesses erleben.

Literatur

- Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. 2. Auflage. Bern: Huber 1998
- Bast H: Struktur und Funktion des Entlassungsberichtes nach einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme – ein Beitrag zur Qualitätssicherung. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1996, 9, 194-204
- Batra A, Wassmann R, Buchkremer G: Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete. Stuttgart: Thieme 2000
- Bell K, Janssen P, Meermann R, Senf W, Wirsching M: Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. Psychotherapeut 1996, 41, 250-253
- Dauth S: Chancen und Probleme von Qualitätszirkeln. Deutsches Ärzteblatt 1996, 1593, 740-743
- DIN Deutsches Institut für Normung (Hrsg.): Qualitätssicherung und angewandte Statistik. Verfahren 3: Qualitätssicherungssysteme. DIN-Taschenbuch 226. Berlin: Beuth 1992
- Faber FR, Dahm A, Kallinke D: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München: Urban und Fischer 1999
- Gaebel W: Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Wien: Springer 1995
- Grawe K: Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe 1999
- Grawe K, Braun U: Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1994, 23, 242-267
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe 1995
- Haerter M, Groß-Hardt M, Berger M (Hrsg.): Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe 1999
- Herzog T, Stein B: Qualitätsmanagement – Konzepte und Methoden. In: Herzog T, Stein B, Wirsching M (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme 2000, 1-32
- Herzog T, Stein B, Wirsching M (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme 2000
- Heuft G, Senf W: Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-Ba-Do. Stuttgart: Thieme 1998
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagementtherapie. 2. Überarbeitete Auflage. Berlin: Springer 1996
- Kanfer FH: Selbstmanagementtherapie: Eine Zusammenstellung von grundlegenden Komponenten für Einzelklienten. In: Sulz SKD (Hrsg.): Kurz-Psychotherapien: Wege in der Zukunft der Psychotherapie. München: CIP-Medien 1998, 133-142
- Kiresuk T, Sherman R: Goal Attainment Scaling: A general method evaluating comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal 1968, 4, 443-453.
- Koch U, Schulz H: Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. In: Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart: Schattauer 1996
- Kordy H, Hannover W: Beobachten, Dokumentieren, Bewerten, Steuern: Qualitätsmanagement in der stationären Psychotherapie. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag 1998, 355-373
- Margraf J (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer 1996
- Maß E: Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Die Qualität der Versorgung psychisch Kranker aus der Sicht der Angehörigen. In: Berger M, Gaebel W (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Berlin: Springer 1997, 103-109
- Meermann R: Strukturelle Auswirkungen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 1995, 8, 139-147
- Paar GH: Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger. Perspektive des Anwenders aus einer psychosomatischen Fachklinik. Psychotherapeut 1997, 43: 156-162
- Palm W: Computerunterstützte Erfolgs- und Prozesskontrolle in der ambulanten Psychotherapie. Psychotherapeut 1998, 43, 130-137
- Potreck-Rose F: Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1987
- Reinecker H: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT 1999
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Wirsching M: Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie. In: Herzog T, Stein B, Wirsching M (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme 2000, 71-80
- Seligman M: Erlernte Hilflosigkeit. München: Urban & Schwarzenberg, 1979
- Stein B, Herzog T: Qualitätsmanagement in der klinischen Praxis: ein Manual. In: Herzog T, Stein B, Wirsching M (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme 2000, 99-116
- Sulz SKD: Das Verhaltensdiagnostiksystem. München: CIP-Medien 1992
- Sulz SKD: Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie in der Verhaltenstherapie. Psychotherapie 1997, 2, 11-15
- Sulz SKD: Qualitätskriterien der Psychotherapie-Ausbildung. Psychotherapie 1998, 3, 8-15
- Sulz SKD: Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. München: CIP-Medien 2000
- Sulz SKD: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. München: CIP-Medien 2001

Serge Klaus-Dieter Sulz
 Nymphenburger Str. 185
 80634 München
 Fax • 089-132 133
 cipmedien@cs.com