

# QUALITÄTSSICHERUNG DER ZUKUNFT? KOMBINATION VON PRAXISINTERNEM QUALITÄTSMANAGEMENT UND QUALITÄTSZIRKEL –EINE PILOTSTUDIE

## QUALITY ASSURANCE OF THE FUTURE? A COMBINATION OF PRACTICALLY INTERNAL QUALITY MANAGEMENT AND QUALITY CIRCLE – A PILOT STUDY

*Serge K. D. Sulz, Markus Herrmann, Bettina Kammerl, Stephanie Wollenhaupt*

### Zusammenfassung

Siebzehn niedergelassene Verhaltenstherapeuten\* führten sechs Monate lang mit 51 Patienten ein praxisinternes Qualitätsmanagement durch und besuchten in dieser Zeit einen Qualitätszirkel. Sie erprobten ein komplexes Qualitätsmanagement-Inventar, das als Basismessung Skalen zur Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge, zur Prä-post-Messung eine strukturierte Befunderhebung, die SCL-90-R, Zielannäherungs-Kurzskala und Zielerreichungsskalierung sowie zum Prozessmonitoring Feedbacks des Patienten zur Sitzung und zum Prozessverlauf und Ratings der Therapeuten zur Sitzung, zur therapeutischen Beziehung und zum Prozessverlauf umfasste. Es zeigte sich, dass diese Instrumente hilfreiche Rückmeldungen zur Qualitätssicherung geben können. In der Abschlussbefragung berichteten fast alle Therapeuten von einem deutlichen fachlichen Gewinn und von der Bereitschaft eine „schlanke“ Auswahl aus dem Qualitätsmanagement-Inventar weiterzuverwenden. Unverzichtbar erschien allen die Kombination mit dem Qualitätszirkel.

### Schlüsselwörter

Qualitätssicherung – Psychotherapie – Qualitätsmanagement – Qualitätszirkel

### Summary

For six months, seventeen established behavior therapists carried out a practically internal quality management with 51 patients and during this time they attended a quality circle. They tested a complex quality management inventory that contained ranges of dysfunctional personality traits as a basic reading, a structured findings survey for a pre-post-reading, the SCL-90-R, an objective-approach short range and objective-reach ranging as well as patient feedback regarding session and course of process for process monitoring and therapist ratings of the session, of the therapeutic relation and of the course of process. It turned out that these instruments can provide helpful feedback for quality assurance. In the final interview, almost all therapists reported the obvious professional gain and the willingness to continue using a “slim”selection of the quality management inventory. The combination with the quality circle seemed indispensable to all of them.

### Keywords

quality assurance – psychotherapy – quality management – quality circle

## Einführung

### 1.1 Untersuchungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet Psychotherapeuten zur Teilnahme an externer Qualitätssicherung und zur Durchführung von internem Qualitätsmanagement. Während die externe Qualitätssicherung schon sehr lange durch das Gutachterverfahren allgemein praktiziert wird und derzeit auch Aktivitäten laufen, um computerauswertbare Dokumentationen einzusetzen, bleibt das interne Qualitätsmanagement vorerst der Verantwortung des einzelnen Kassentherapeuten überlassen. Zum Gutachterverfahren liegen derzeit drei empirische Studien vor (Köhlke, 2000; Rudolf et al., 2002; Sulz et al., 2003).

Braun und Regli (2000) halten die „systematische Fallstudie“ für das geeignete Untersuchungsdesign für die Evalua-

tion in der Praxis. Nach Kazdin (1982) ist diese durch folgende Kriterien gekennzeichnet: „Objektive“ systematisierte multimodale Daten, mehrfache Messungen im Therapieverlauf, Erfassung der Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen, Feststellen von Effekten einer Intervention und Vergleich mehrerer Fälle.

Ein computerunterstütztes Prozessmonitoring für die ambulante Praxis wurde bereits 1998 von Palm erarbeitet. Es erfasst die Aspekte Symptombelastung, Befindlichkeit und Belastungsbewältigung und zeigt grafisch den Verlauf dieser Parameter an. Ebenfalls 1998 berichteten Grawe und Baltensberger über die Figurationsanalyse als Prozess- und Ergebnismonitoring. Sie verbindet gruppenstatistische und Einzelfallanalyse. Einzelfall und Gruppe können gleichzeitig betrachtet und verglichen werden.

\* Aus Gründen der Lesbarkeit wurde hier vereinfachend die männliche Form verwendet. Gemeint sind jeweils Therapeutinnen und Therapeuten

## 1.2 Forschung zu Messinstrumenten der Ergebnis- und Prozessevaluation

Michalak et al. (2003) untersuchten verschiedene Maße zur Erfassung des Therapieerfolgs. Sie unterscheiden indirekte Veränderungsmessungen mit Prä- und Posterhebung von Variablen mit arithmetischer Berechnung des Besserungsgrades von direkter Veränderungsmessung durch retrospektive Erfolgsbeurteilung, eingeschätzt von Patient und Therapeut. Bei Ersteren wurde also die Veränderung nicht direkt gemessen, sondern es wurden zweimal Daten erhoben und die Differenz berechnet, die das Maß der Veränderung darstellte. Teilt man diese Differenz z. B. durch die Standardabweichung zum ersten Messzeitpunkt, so ergibt sich ein Maß für die Effektstärke (Grawe et al., 1994).

Fragebögen wie die Kieler Änderungs-Sensitive Symptomliste KASSL (Zielke, 1979) und der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978) gehören ebenso wie die Zielerreichungsskalierung nach Kiresuk und Sherman (1968) zu den Instrumenten der direkten Veränderungsmessung. Diese beiden Arten der Erfolgsbeurteilung korrelieren kaum miteinander (Baumann et al. 1980, Kastner und Basler, 1997). Michalak et al. (2003) berichten, dass Patienten das Ausmaß der Veränderungen nicht valide einschätzen, da sie sich nicht mehr daran erinnern können, wie schlecht es ihnen vor der Therapie gegangen ist. Für ihre Einschätzung ist nicht der Unterschied zum Ausgangszustand, sondern das erhoffte Erreichen des Therapieziels der Maßstab. Interessant ist, dass sechs Monate nach Therapieende nur die retrospektiven Erfolgsbeurteilungen prognostische Bedeutung für die erneute Aufnahme von Behandlung und Einnahme von Medikamenten hatten. Die Veränderungsmessungen mit Prä-post-Werten korrelierten hingegen nicht mit der Stabilität des Behandlungsergebnisses – auch eine große Veränderung kann in einen immer noch unbefriedigenden Zustand münden. Fazit ist, dass nicht Veränderung, sondern Zielerreichung die relevante Größe ist. Die Autoren halten retrospektive Erfolgsmessungen aus den genannten Gründen zur Qualitätssicherung für geeigneter.

Ein weiterer Aspekt des Therapie-Outcome ist die Patientenzufriedenheit (z. B. Schmidt et al. (1989), die wiederum nicht mit den durch Prä-post-Vergleiche gewonnenen Effektstärken des Therapieerfolgs kovariieren, wie ein Vergleich der Consumer Report Study (Seligman, 1995) mit Metaanalysen (z. B. Grawe et al., 1994) zeigt. Pekarik und Wolf (1996) berichten darüber, dass auch zwischen Zufriedenheitsmaßen und Effektstärken nur niedrige Korrelationen zu finden sind. Neben der methodischen Schwierigkeit der Deckeneffekte wegen durchgängig hohen Bewertungen am oberen Ende der Skalen sind Probleme der sozialen Erwünschtheit und der Eignung der Skalen diskutiert worden (Gruyters und Priebe, 1994). Keller et al. (2003) betonen, dass die Einpunkt-Messung am Therapieende vielen methodischen Fehlern ausliefert und insbesondere nur wenig die Zufriedenheit im Längsschnitt der Therapie erfassen. Matzejat und Remschmidt (1993) rechnen allerdings die kontinuierliche Zufriedenheitsmessung nicht zur Ergebnis-, sondern zur Prozessqualität. Jacob und Bengel (2002) berichten, dass die Patienten-

zufriedenheit am Ende der Behandlung hoch mit der bei Therapieende festgestellten Erfüllung der Behandlungserwartungen korrelierte, nicht jedoch mit der Besserung von Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit sowie Therapieerfolg. Sie schließen daraus, dass die Patientenzufriedenheit nicht als Variable der Ergebnisqualität zu verwenden ist, vielmehr dazu dienen kann, die Prozess- und Strukturqualität zu verbessern.

Meyer und Schulte (2002) konnten zeigen, dass die Erfolgsbeurteilung und Erfolgsprognose, die Therapeuten nach einzelnen Therapiesitzungen abgeben, nicht mit dem tatsächlichen späteren Therapieerfolg korrelieren. Schulte und Meyer (2002) fanden einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Stimmung des Therapeuten und seiner Erfolgsbeurteilung und -prognose. Die Stimmung wiederum korrelierte mit dem Ausmaß, in dem sich der Therapeut vom Patienten akzeptiert fühlte. Sie gehen davon aus, dass deshalb die Beurteilungen der Therapeuten nicht aus differenzierten systematischen rationalen Analysen des Therapieprozesses heraus erfolgen, sondern im Sinne eines globalen emotional getriggerten heuristischen Urteils, dessen Validität nicht ausreichend ist. Sie befürchten, dass aus einem vorübergehenden Nachlassen der Akzeptanz durch den Patienten der Therapeut überreagieren und eine an sich Erfolg versprechende Therapiestrategie ändern könnte.

Ähnliche Berichte kommen von Regli et al. (2000). Interaktionale Schwierigkeiten führten in ihrer Studie zu einem zu starken Engagement des Therapeuten, der z.B. zu viel Ressourcenaktivierung zeigte und (evtl. zu) stark strukturierte. Es konnten in den ersten vier Sitzungen Unterschiede zwischen später sehr und wenig erfolgreichen Therapien hinsichtlich Beziehungsqualität gefunden werden (Therapiebeziehung allgemein, Patientenmotivation, Fähigkeit zur Mitarbeit). Spätere Therapieabbrecher haben eine deutlich schlechtere Therapiebeziehung, und die Kompetenz und das Engagement des Therapeuten werden geringer eingeschätzt. Es finden sich keine bedeutsamen Unterschiede bei der Ressourcenaktivierung.

Smith und Grawe (2000) betonen ebenfalls, dass eine schlechte Therapiebeziehung nicht einfach durch einseitig erhöhtes Engagement des Therapeuten kompensiert werden sollte. Es gibt bei schlechter Therapiebeziehung typische Wirkfaktorenmuster tiefer Sitzungsproduktivität, die darin bestehen, dass die Problemaktivierung hoch ist und die Ressourcenaktivierung, das Therapeutenengagement oder der Patientenbeitrag tief sind. Stattdessen sollte sich der Therapeut um Aktivierung des Patienten mit dem Ziel des Übergangs von der Zustandsorientierung in die Änderungsorientierung bemühen (Smith et al., 1999).

Das Verfolgen persönlicher Ziele wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden des Menschen aus (Robbins et al., 1994). Sind Ziele nur schwer erreichbar, sind Menschen unzufrieden bis depressiv (Lecci et al., 1996).

Pöhlmann (1999) unterscheidet naive Ziele des Patienten und ausgehandelte Therapieziele. Wir konzentrieren uns auf letztere. Nach einer Studie von Pöhlmann et al. (2001) haben psy-

psychosomatische Patienten langfristige abstrakte Lebensziele, nicht jedoch konkrete Teilziele, deren Erreichbarkeit erkennbar ist. Schmerzpatienten hingegen haben einzelne konkrete Teilziele, die sie jedoch nicht mit langfristigen Lebenszielen verknüpfen können. Diese problematischen Zielkonstellationen bedürfen unterschiedlicher therapeutischer Intervention (Abwärts- versus Aufwärtsklärung). Laut Michalak und Schulte (2002) werden Therapieziele, die in Übereinstimmung mit langfristigen Lebenszielen sind, eher erreicht. Michalak et al. (2001) weisen darauf hin, dass Therapieziele, die in Konflikt mit Lebenszielen des Patienten stehen, sich stark auf die Therapiemotivation auswirken und halten in solchen Fällen Konfliktklärung für unverzichtbar. Da dies aber nicht im bewusst-kognitiven Bereich geschehen kann, müssen hierzu emotionsfokussierte Interventionen eingesetzt werden (z. B. Greenberg, 2000) oder Verfahren, die die Persönlichkeit des Menschen einbeziehen: „Exemplarisch ließe sich hier etwa auf die Logotherapie von Frankl (1978) hinweisen. Zentrales Anliegen dieses Ansatzes ist es, den Patienten anzuregen, seine eigenen Erfahrungen und Lebensentwürfe in einem Sinn-Zusammenhang zu sehen und zu stellen“ (a.a.O., S. 278). Dies wird auch aus dem logotherapeutischen (heute: existenzanalytischen) Umgang mit Therapiezielen deutlich (Längle, 2003).

### 1.3 Die Entwicklung eines praxisinternen Qualitätsmanagements

Das von Sulz (2001a,b) vorgestellte Konzept eines Qualitätsmanagements (QM) baut auf den beiden Säulen internes Qualitätsmanagement und Qualitätszirkel auf. Letztere dienen als referenzielle Öffentlichkeit, die Wissen und Standards vermittelt und die Motivation zu qualitätserhaltenden Maßnahmen aufrechterhält.

In der Praxis läuft eine Qualitätskette ab mit Festlegung der Ziele und der Kriterien, Installation, Durchführung und Dokumentation des QM. Die Dokumentation ist nur eines von fünf Gliedern dieser Kette. QM kann nicht auf Dokumentation verkürzt werden.

Während der Durchführung des QM befindet sich der Therapeut in einer Qualitätsschleife, die aus Ereignissuche, -erkennung, -analyse, -behebung, Prüfung und Prävention besteht (Abb. 1).



Abbildung 1: Die Qualitätsschleife

Nach der in größeren zeitlichen Abständen vorgenommenen Prüfung der Strukturqualität erfolgt die kontinuierliche Prüfung der Prozess- und der Ergebnisqualität. Checklisten dienen der Prüfung und Dokumentation und Korrekturlisten und -protokolle der Behebung und Vorbeugung.

Die Prozessqualität wird erfasst mit

- Feedbackbogen für den Patienten nach jeder Therapie-sitzung
- Sitzungsrating des Therapeuten nach jeder bis jeder vier-ten Sitzung
- Checkliste zum Therapieprozessverlauf für den Therapeu-ten nach jeder fünften Sitzung
- Checkliste zum Therapieprozessverlauf für den Patienten nach jeder fünften Sitzung
- Beziehungsrating des Therapeuten nach jeder fünften Sit-zung
- Therapieinhalts-Rating des Therapeuten nach jeder fünf-ten Sitzung

Die Ergebnisqualität wird ermittelt durch

- die Zielannäherungs-Skala für den Patienten zu Beginn, nach zehn Sitzungen und am Schluss
- die Zielannäherungs-Skala für den Therapeuten zu Beginn, nach zehn Sitzungen und am Schluss
- die Zielerreichungsskalierung durch Therapeut und Pati-ent zu Beginn, nach zwanzig Sitzungen und am Schluss
- die Erhebung der SCL-90-R zu Beginn, nach zwanzig Sit-zungen und am Schluss
- die Erhebung des psychischen/psychosomatischen Befun-des zu Beginn und am Schluss
- ein Katamnesegespräch nach 6 und 12 Monaten

Um suboptimale Verläufe und Ergebnisse beobachten, bewerten und begründen zu können, wird zusätzlich empfohlen:

- Checkliste Arbeitsfähigkeit und medizinischer Ver-sorgungsbedarf (AmedV) vorher
- Checkliste Arbeitsfähigkeit und medizinischer Ver-sorgungsbedarf (AmedV) nachher
- Checkliste Weitere fallspezifische belastende Faktoren (Fbel) vorher
- Checkliste Person- und Umweltvariablen (PUV) vorher
- Checkliste Ungünstige Ereignisse während der Therapie (UET) nachher

Obwohl die in diesem Konzept vorgestellten Aspekte bedeut-sam sind, kann nur ein Teil von ihnen in der Praxisroutine lau-fend erfasst werden. Also gilt es, das Optimum zwischen Not-wendigkeit und Machbarkeit auszuloten. Ein erster Versuch in diese Richtung soll die hier vorliegende Pilotstudie sein.

## 2 Fragestellung, Studiendesign und Auswertung

Folgenden Fragen soll nachgegangen werden: Ist ein umfas-sendes Qualitätsmanagement-Inventar in einer psychothera-peutischen Praxis anwendbar? Wie groß ist der organisatori-sche und zeitliche Aufwand für die Einarbeitung? Nimmt der Grad der Störung der Therapietätigkeit nach der Einarbeitung

weiter ab? Wie viel Zeit wird nach der Einarbeitung im Durchschnitt dafür aufgewendet? Welche QM-Bestandteile werden von dem Therapeuten als hilfreich für seine laufenden Therapien empfunden? Welche Mängel und Verbesserungsnotwendigkeiten berichten die Therapeuten? Welche Messinstrumente können dem Praxisinhaber welche Informationen für das QM bieten? Welches schlanke QM-Inventar kann empfohlen werden?

Die erste Qualitätszirkelsitzung war im Februar 2001 und hatte die Einweisung der Therapeuten in das Qualitätsmanagement zum Ziel. Die QM-Daten wurden ab dem 15. Februar 2001 erhoben. Sechs Monate später erfolgte für alle Studienteilnehmer ein Abschlussinterview (Zeitstichprobe). Abschluss bedeutet nicht Ende der Therapie, sondern probatorische Sitzungen plus 20 Therapiesitzungen und Durchführung der Abschlussdokumentation – bei noch nicht abgeschlossenen Fällen dient diese der Zwischenbilanz (z. B. vor Umwandlung einer Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie). Es liegen also nur im Ausnahmefall abgeschlossene Therapien vor.

### 2.1 Einweisung des Praxisinhabers in das interne Qualitätsmanagement - Qualitätszirkel

Die in einem Qualitätszirkel (QZ) zusammengeschlossenen Praxisinhaber erhielten am ersten Abend eine Einweisung in die Durchführung des internen Qualitätsmanagements (QM). An den weiteren QZ-Terminen ist einer der Untersucher anwesend und übernimmt die Moderation der QZ-Abende. Die Themen waren am 1. Abend: Einführung in das Qualitätsmanagement, Bekanntmachen mit dem Dokumentationsystem (Therapeutenmappe, Therapieprotokollheft, Patientenmappe), Unterweisung in der Vorgehensweise beim QM; an den weiteren sieben Abenden: Qualität der Diagnostik, Zielerreichungsskalierung, Ereignisanalyse (Ereignisprotokoll), Qualität der Therapiesitzung (Patientenfeedback und Selbstrating des Therapeuten), Qualität der Therapiebeziehung (Selbstrating des Therapeuten), Qualität des Therapieverlaufs (Selbstrating des Therapeuten), Abschlussmessungen (Therapeuten- und Patientenmappe), Abschlussbesprechung der QM-Studie.

Im ersten Teil der Sitzungen wurde so vorgegangen, dass zuerst eine kürzere Runde mit Berichten aus den Praxen erfolgte und dann auf genannte Probleme eingegangen wurde, anschließend möglichst gemeinsame Problemlösungsvorschläge erarbeitet wurden.

Vorgehensweisen im Mittelteil der QZ-Sitzungen war jeweils Vortrag, Demonstration mit Videoaufnahmen von Therapiesitzungen, Rollenspiel, Diskussion, Konsenssuche bezüglich des Vorgehens in den Praxen.

Der dritte Teil bestand aus einer Fallvorstellung eines Praxisinhabers unter Berücksichtigung der Ergebnisse und Erfahrungen mit dem internen QM. Ergebnis war sowohl ein vertieftes Fallverständnis mit Feedback der anderen Teilnehmer, Explikation des weiteren Vorgehens in der Therapie durch den Therapeuten und Einüben der Einnahme der QM-Perspektive bei der Fallbetrachtung.

### 2.2 QM-Ablauf in der Praxis

- Der Praxisinhaber legt für den Patienten ein QM-Therapieprotokollheft an
- Er gibt dem Patienten die auszufüllenden Bögen und wertet diese dann aus
- Er führt laufend ein Ereignis-Monitoring durch und füllt bei der Entdeckung eines Ereignisses ein Ereignisprotokoll aus, bearbeitet das Ereignis und trifft Vorkehrungen zur künftigen Vermeidung des Ereignisses (der bisherige Begriff „Fehler“ wurde auf Wunsch der Studienteilnehmer durch „Ereignis“ ersetzt)
- Er besucht regelmäßig seinen Qualitätszirkel und stellt dort seine Patienten vor

### 2.3 QM-Dokumentation

Der Patient füllte aus:

zu Beginn der Therapie: SCL-90-R VORHER, VDS30 Persönlichkeitsskalen (Sulz, 1999b), Arbeitsfähigkeit/Inanspruchnahme medizinischer Leistungen VORHER, Zielannäherungsskala VORHER

während der Therapie: Feedbackbögen (nach jeder Therapiesitzung), Rating des Therapieprozessverlaufs (jede 5. Sitzung) nach der Therapie: SCL-90-R NACHHER, Zielannäherungsskala NACHHER, Arbeitsfähigkeit/Inanspruchnahme medizinische Versorgung am Ende der Therapie NACHHER

Der Therapeut füllte aus:

zu Beginn der Therapie: VDS14-Befund (Sulz, 1999a) VORHER (in der Therapeutenmappe), Zielerreichungsskala VORHER (gemeinsam mit dem Patienten)

während der Therapie: Nach jeder Therapiesitzung ein Selbstrating zu alternierend wechselnden Themen (Qualität der Therapiesitzung, der Therapiebeziehung, des Therapieinhalts, des Umgangs mit Ereignissen, des Therapieprozesses, Zielannäherungsskala), gegebenenfalls ein Ereignisprotokoll nach der Therapie: VDS14-Befund NACHHER, ICD-10-Diagnose(n) NACHHER, Zielannäherungsskala NACHHER, Zielerreichungsskalierung NACHHER (gemeinsam mit dem Patienten)

### 2.4 Therapeutenstichprobe

Von fünfzig angeschriebenen in München niedergelassenen Verhaltenstherapeuten waren zunächst 24 bereit, an der Studie mitzuarbeiten. Drei zogen ihre Zusage zurück, weil der Zeitaufwand größer war, als sie angenommen hatten. Vier brachen nach der zweiten QZ-Sitzung ab, weil sie davon ausgegangen waren, dass die Messinstrumente gemeinsam im QZ ausgewählt bzw. entwickelt werden und sie nicht mit einer vorgefertigten QM-Batterie arbeiten wollten. Damit blieben 17 Therapeuten übrig – 13 waren weiblich und 4 männlich. Das Alter lag zwischen 30 und 55 Jahren, die Dauer der Tätigkeit als Verhaltenstherapeuten zwischen einem und siebenundzwanzig Jahren.

### 2.5 Patientenstichprobe

Mit den Therapeuten wurde vereinbart, die nächsten vier Patienten in die Studie zu nehmen, die dazu bereit waren. Den Patienten wurde mitgeteilt, dass es um die Erprobung eines

Konzepts geht, das den Praxisinhabern dazu dienen soll, selbstständig dafür sorgen zu können, die Qualität ihrer psychotherapeutischen Arbeit zu prüfen und zu optimieren. Später berichteten die Therapeuten, sie hätten einige Patienten gar nicht angesprochen in der Annahme, diese würden die Dokumentationen nicht durchhalten oder zu unzuverlässig machen. Da einige Therapeuten nur halbtags arbeiteten, konnten sie nur ein oder zwei Patienten in die Studie nehmen. Zwei Therapeuten führten mit sechs bzw. sieben Patienten das QM durch. Zur Auswertung blieben 51 Patienten, deren Daten ausreichend vollständig waren, um statistische Berechnungen durchführen zu können. Vier Patienten wurden aus der Stichprobe entfernt, da zu wenig auswertbare Daten verfügbar waren. Von diesen 51 Patienten lagen nur teilweise die Abschlussmessungen vor (47 VDS14-Abschlussbefunde, 38 SCL-90-R-Abschluss-Fragebögen, 27 vollständige Zielannäherungsratings nachher (Ziel 1 bis 3) und 11 Zielerreichungsskalierungen nachher). Die Prozessratings waren bei einigen Patienten nicht vollständig. Dadurch schwankt die Stichprobengröße je nach Variable.

### 2.6 ICD-10-Diagnosen der Patienten der untersuchten Stichprobe

Von 51 Patienten hatten elf eine zweite Erkrankung, und sieben Patienten hatten drei Erkrankungen mit ICD-10-Diagnose. Fünfundzwanzig Patienten litten unter Depression (F32, F33, F34.1, F43.2). Neunzehn Patienten hatten eine Angststörung, davon zwölf Agoraphobie und/oder Panikstörung (F40.0, F41.0), eine generalisierte Angststörung (F41.1), 3 soziale Phobien (F40.1) und 3 spezifische Phobien (F40.2). An einer Zwangserkrankung (F42.1 und F42.2) litten drei Patienten. Es lagen vier Anpassungsstörungen (ohne depr. Reaktion) vor. Sechs Patienten hatten eine somatoforme Störung und drei ein Schmerzsyndrom. Es lagen drei Essstörungen vor: eine Anorexie (F50.0), zwei Bulimien (F50.2) und eine andere Essstörung (F50.4). Ein Patient litt unter einem Erschöpfungszustand (F48.0). Insgesamt wurde elfmal eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, viermal ängstlich-vermeidend, dreimal Borderline und je zweimal dependent und histrionisch.

Nimmt man das von Sulz und Sauer (2003) vorgeschlagene Screening mit Hilfe des VDS30-Persönlichkeitsfragebogens zur Einschätzung des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung zum Vergleich, so wäre in der VDS30-Int-Nachexploration abzuklären: elfmal ängstlich-vermeidend, viermal dependent, dreimal zwanghaft, zehnmal histrionisch, zweimal schizoid, viermal narzisstisch, fünfmal Borderline und zweimal paranoid. Diese exaktere Vorgehensweise lag bei den Therapeuten dieser Untersuchung nicht vor, aber tendenzweise kann eine Übereinstimmung erwartet werden.

### 2.7 Befragung der Therapeuten zu ihren Erfahrungen mit QM und QZ

Die Therapeuten wurden nach 6 Monaten von zwei geschulten Interviewerinnen zu ihren Erfahrungen mit dem QM und mit der Studie befragt. Es wurden möglichst viele offene Fragen gestellt, um Ideen für die Weiterentwicklung zu erhalten. Zur Feststellung von Veränderungen in der Compliance wurde darüber hinaus zu Beginn der Studie und nach drei und

sechs Monaten ein Fragebogen zur Einstellung zum QM zum Ausfüllen gegeben.

### 2.8 Datenerfassung und -auswertung

Obwohl eine Software zur Durchführung des QM bereits zu Beginn der Studie vorlag, wurde auf deren Einsatz verzichtet. Es wäre zum Einarbeiten in das QM auch noch das Einarbeiten in die Software gekommen. So diente die Software (VDS-Expert-QM, Denk und Sulz 2001) als bequeme und zugleich sehr zuverlässige Eingabemaske für die Datenerfassung durch die EDV-Typistinnen. Die Daten wurden als SPSS-Syntaxfile exportiert und gelangten so zur statistischen Auswertung. Bei Korrelationsberechnungen wurde durchgängig nichtmetrisches Skalenniveau angenommen. Inzwischen wird die Software in der Praxis angewandt. Jeder Therapeut kann sich sein persönliches Inventar zusammenstellen und auch eigene Messinstrumente leicht als Maske eintragen.

## 3 Die praktische Durchführung des internen Qualitätsmanagements

Die Eigenschaften des QM-Inventars lassen sich am besten durch Beispiele aus der untersuchten Patienten- und Therapeutenstichprobe beschreiben. Die Angaben sollen nicht als inferenzstatistische Aussagen dienen, sondern sind reine Deskription der vorliegenden Stichprobe. Verallgemeinerungen sind nicht intendiert.

### 3.1 Der psychische Befund (VDS14)

Der psychische/psychosomatische Befund wird mit dem VDS14-Befund erhoben (Sulz et al., 2002), einem Instrument zur standardisierten Erhebung des psychischen Befundes, das besonders für die ambulante psychotherapeutische Praxis geeignet ist. Der psychische/psychosomatische Befund wurde bei 47 von 51 Patienten erhoben. Bei 36 Patienten kam der VDS14-Befund auch nach Ablauf der 20 Sitzungen zum Einsatz. Im Verlauf der untersuchten 20 Sitzungen nahm der Schweregrad (Summe der Ausprägungen aller 16 Syndrome je Patient) durchschnittlich auf 50 % ab (Abb. 2). Die Restsymptomatik bei der Nachher-Messung korreliert mit dem Vorher-Befund ( $.45, p = .01^{**}$ ). Die Besserung im VDS-Befund (Vorher-Befundwert minus Nachher-Befundwert) korreliert hoch mit dem Vorher-Befund (Spearman's Rho =  $.65, p = 000^{***}$ ,  $n=36$ ). D. h., je mehr Symptome vorher vorhanden waren und je schwerer diese ausgeprägt waren, umso mehr tritt im Lauf der Therapie Besserung ein, aber auch umso mehr Restsymptomatik ist noch vorhanden. Vor Beginn der Therapie war die durchschnittliche Symptomausprägung mittelschwer. Der mittlere VDS-Gesamtwert sank um die Hälfte von auf 0.20 auf 0.10.

Bildet man als Kennwert der Besserung den Quotienten Nachher-Befund geteilt durch Vorher-Befund, dann ergibt sich als Korrelation der Befundbesserung sowohl mit der von dem Therapeuten als auch mit der vom Patienten geschätzten Zielannäherung ein Spearman's Rho von  $.47 (p=.02^*, n=26)$ . Symptombesserung ging also erwartungsgemäß in die Beurteilung der Zielannäherung ein.

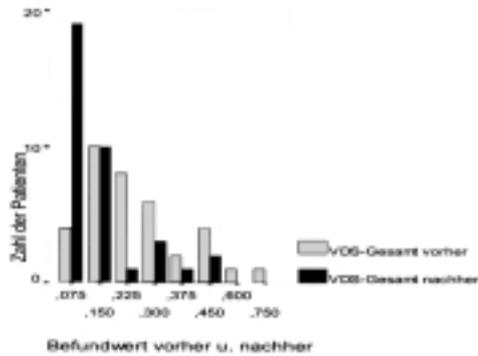


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung des von dem Therapeuten vorher und nachher festgestellten Ausmaßes der Symptomatik (VDS14-Befund)

Zusammenfassend ist der VDS14-Befund ein Beitrag zur Erfassung des klinischen Syndroms und zum Prä-post-Vergleich der Symptomatik.

### 3.2 Die VDS30-Persönlichkeitsskalen

Die VDS30-Persönlichkeitsskalen (Sulz und Sauer, 2003) sind eine Erweiterung der am DSM-III-R orientierten VDS17-Persönlichkeitsskalen (Sulz et al., 1998; Sulz und Theßen, 1999; Sulz und Müller, 2000) um die ICD-10- und DSM-IV-Kategorien paranoide, schizotype und dissoziale Persönlichkeit. Sie umfassen damit alle klinisch relevanten Persönlichkeitszüge, die als kontinuierliche Dimensionen aufgefasst werden. Als Vergleich dienen die Mittelwerte der vorliegenden Patientenstichprobe und einer nichtklinischen Stichprobe (Sulz und Müller, 2000, N=203). Nach dem von Sulz und Sauer (2003) vorgeschlagenen Screening können Werte ab 3.0 als Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung gewertet werden. Bei der Betrachtung eines einzelnen Patienten wird dies aufschlussreich: Die Pat. 1-7 hat eine schwere mehrfache Persönlichkeitsstörung. Ihre Skalenwerte liegen deutlich über dem Durchschnitt der übrigen Patienten und über den Durchschnittswerten einer nichtklinischen Stichprobe (Abb. 3). Bei den Skalen selbstunsicher (ängstlich-vermeidend), Borderline und paranoid erreicht sie den Grenzwert 3, bei dem das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu vermuten ist.

Es bestanden signifikante Mittelwertunterschiede hinsichtlich der Zielannäherung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung ( $F=8,4, p=0,007^{**}$ ) und hinsichtlich der Zielerreichung (Mittelwert ohne: 18,3, mit Persönlichkeitsstörung: 10,6,  $F=7,6, p=0,022^*$ ), nicht aber hinsichtlich des VDS14-Befundes oder der SCL-90-R.

Der Einsatz der VDS30-Persönlichkeitsskalen wird der Forderung von Kazdin (1982) gerecht, bei Einzelfalluntersuchungen auch konstante Merkmale zu erfassen, die den Menschen charakterisieren.

### 3.3 Die Symptomchecklisten SCL-90-R

Die SCL-90-R (Derogatis, 1992, deutsch Franke 2001) ist neben dem VDS14-Befund und den Maßen der Zielannäherung bzw. -erreicherung eine wichtige Outcome-Variable, die sich zur Durchführung von Prä-post-Vergleichen eignet. Sie erfasst störungsunspezifisch bzw.

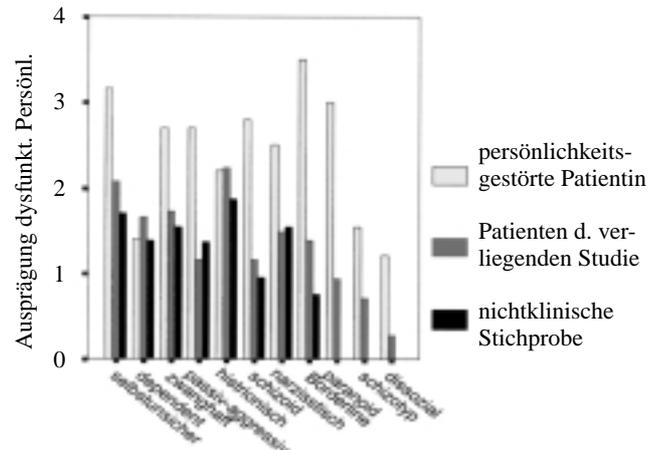


Abbildung 3: Persönlichkeitszüge Pat. 1-7 im Vergleich mit der ganzen Stichprobe und einer gesunden Stichprobe (Sulz und Müller, 2003)

–übergreifend die subjektive psychische und vegetativ-somatische Beeinträchtigung des Patienten. Bei den am stärksten ausgeprägten Syndromen kam es zu der größten Besserung. Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit halbierten sich, die übrigen Skalenwerte reduzierten sich um ein Drittel (Abb. 4). Die Differenz zwischen Vorher- und Nachher-Wert korrelierte mit dem Vorher-Wert in der Höhe von .58 (nonparametrische Korrelation nach Spearman,  $p = .000$ ). D. h., je höher der Vorher-Wert ist, umso mehr erfolgte Besserung.

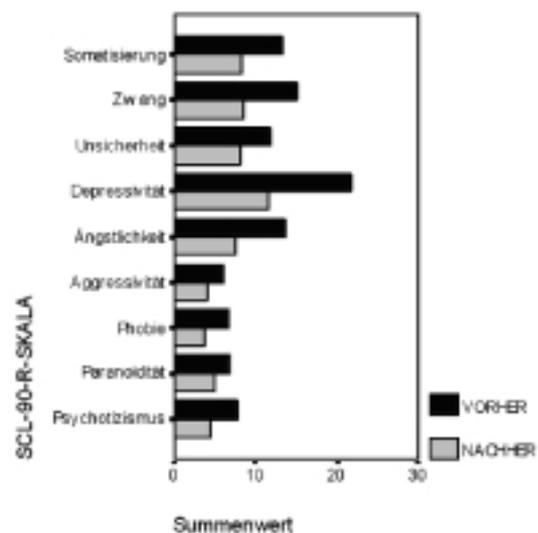


Abbildung 4: Veränderung der Symptomatik in der Selbstbeurteilung der Patienten mit den SCL-90-R

Nur 11 von 38 Patienten haben nach 20 Therapiesitzungen (plus 5 probatorische Sitzungen) einen GSI im Bereich der gesunden Vergleichsstichprobe. Geht man bei einer Kurzzeittherapie von einer linearen weiteren Verbesserung aus, dann kann sich nach Abschluss von 25 Sitzungen der Anteil der im

SCL90-R symptomatisch ausreichend gebesserten Patienten auf 50 % erhöhen. D. h., wenn die SCL90-R ausschließliches Kriterium wäre, könnte bei der Hälfte der Patienten die Kurzzeittherapie regulär beendet werden, und es wäre keine Umwandlung in eine Langzeittherapie erforderlich.

Die Besserung in der SCL90-R korreliert mit der Zielannäherung (Spearman's Rho = .46, p=.02\*, n=27), mit der Beziehungsqualität (Spearman's Rho = .40, p = .02\*, n=36) und mit dem Faktor Zukunftsorientierung des Sitzungsratings des Therapeuten (.37, p = .03\*, n=38).

### 3.3.1 SCL-90-R und Persönlichkeit

Es fällt auf, dass bei den Vorher-Messungen viele und zum Teil sehr hohe Korrelationen zwischen den Skalen der SCL90-R und den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen bestehen, wie sie in Anlehnung an ICD-10 mit den VDS30-Persönlichkeits-skalen erfasst werden. Wenn man die einzelnen Items des SCL90-R durchliest, dann wird dies gut nachvollziehbar. Denn viele Aussagen würde man eher in einem Persönlichkeitsfragebogen erwarten als in einer Symptomcheckliste, die von sich in Anspruch nimmt, Achse-I-Störungen zu erfassen. Man könnte sagen, dass die SCL90-R Selbstaussagen beinhaltet, die sowohl ein Leiden unter Achse-I-Störungen erfassen als auch ein Leiden durch dysfunktionales Erleben, wie es im Achse-II-Bereich der gestörten Persönlichkeit definiert wird. Dies macht wiederum verständlich, dass die SCL90-R nur wenig mit dem vom Interviewer erhobenen psychischen Befund (VDS-Befund) der Achse-I-Störungen korreliert. Dies ist jedoch auch durch die Methodenspezifität beeinflusst, d. h., dass in nahezu allen empirischen Studien die Erfahrung gemacht wird, dass Selbstaussagen mit Selbstaussagen und Fremdbeurteilungen mit Fremdbeurteilungen höher korrelieren als Selbstaussagen mit Fremdbeurteilungen.

Alle neun SCL-90-R-Skalen korrelieren hoch mit der Borderline-Skala des VDS30. Sieben Skalen korrelieren mit Dissozialität (außer Phobie und Somatisierung). Sechs Skalen korrelieren mit Zwanghaftigkeit und mit Narzissmus. Zusammenfassend sind die SCL-90-R-Symptomchecklisten eine wichtige Ergänzung zum objektiven, von dem Therapeuten erhobenen psychischen/psychosomatischen Befund, wengleich er nicht nur Achse-I-Störungen erfasst und mehr das subjektive Befinden als Krankheitssymptome misst. Damit kann die SCL-90-R zugleich nicht das einzige Instrument eines symptombezogenen Prä-post-Vergleichs sein.

### 3.4 Das Zielannäherungsrating

#### 3.4.1 Zielannäherungsrating aus der Sicht des Patienten

Da die Zielerreichungsskalierung ein relativ zeitaufwendiges Verfahren ist, kann man sich mit einer Kurzskaala behelfen. Die Zielannäherung im Verlauf der ersten zwanzig Therapie-sitzungen wird auf einer Skala von null bis zehn von Patient und Therapeut getrennt eingeschätzt.

#### 3.4.2 Die Zielannäherungsskala Therapeut/in

- 0 = ich bin gar nicht vorangekommen
- 5 = ich habe die halbe Strecke bis zum Ziel zurückgelegt
- 10 = ich habe 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: .....

Wir können erfassen, wie weit eine Zielannäherung subjektiv erfolgte und wie gut Patient und Therapeut übereinstimmen. Die Einschätzungen von Patient und Therapeut korrelieren hinsichtlich der Zielannäherung in der jeweiligen Sitzung sehr gut (0.77 bis 0.90). Berücksichtigt man nur die Übereinstimmung in der zwanzigsten Sitzung, so zeigt sich eine noch größere Übereinstimmung (0.84 bis 0.90).

In der Einzelfallbetrachtung können differenziertere Aussagen gemacht werden. So können wir zum Beispiel bei Patient 2-6 sehen, dass der Therapeut bei den Zielen eins und zwei eine große Zielannäherung feststellte, während der Patient kaum Zielannäherung konstatierte (Abb. 5). Umgekehrt hielt der Patient die Zielannäherung bei Ziel drei für sehr groß, der Therapeut hingegen fand, dass an dieses Ziel nur zur Hälfte angenähert wurde.

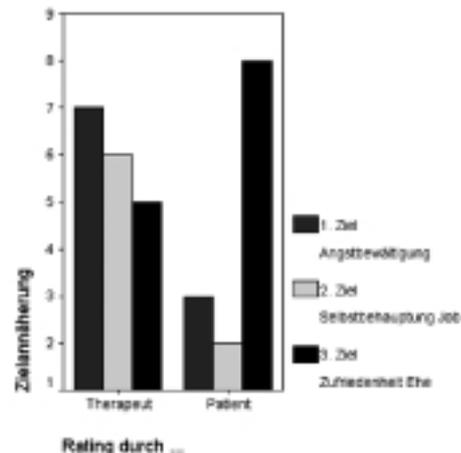


Abbildung 5: Zielannäherung Pat. 2-6 Vergleich des Ratings von Therapeut und Patient

Eine vergleichende Besprechung der Zielannäherungen kann diese Diskrepanzen nachvollziehbar machen und verändern. Wenn man die Zielannäherung in der zweiten, der zwölften und wie in dieser Studie nach der zwanzigsten Sitzung einschätzt, so kann das subjektiv wahrgenommene Fortschreiten der Therapie erfasst werden. Patientin 1-5 (Abb. 6) hatte folgende Ziele:

Ziel 1: Die Angst vor der Arbeit überwinden, um wieder zur Arbeit gehen zu könne.

Ziel 2: Umgang mit meinen Gefühlen, insbesondere mit Wut

Ziel 3: Mich verstehen und gut mit mir umgehen können  
Ihre Angst vor der Arbeit verschwand sehr schnell. Dagegen kam ein besserer Umgang mit ihrer impulsiven Wut erst nach der zwölften Sitzung zustande, einhergehend mit einem besseren Verständnis ihrer Bedürfnisse und Gefühle.

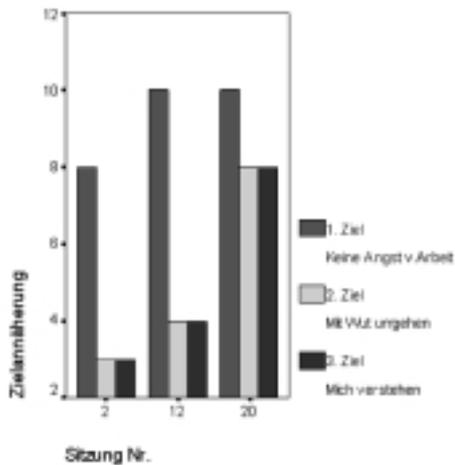


Abbildung 6: Pat.1-5 Zielannäherung in der 2., 12. und 20. Sitzung

Achtundzwanzig Patienten gaben für ihr individuelles Ziel 1 an, wie weit Zielannäherung erfolgte. Ein Drittel näherte sich dem Ziel höchstens um die Hälfte an, nur drei Patienten waren am Ziel angekommen. Das bedeutet, dass nur bei wenigen Patienten mit einem Abschluss der Therapie nach fünf- und zwanzig Sitzungen zu rechnen ist, wenn man das Ausmaß der Zielannäherung als Kriterium nimmt.

### Korrelation der Zielannäherung mit Variablen des Therapieprozesses

Die globale Zielannäherung (Summe von Ziel 1, 2 und 3) korreliert (Spearman's Rho,  $n = 27$ ) mit der Besserung des Befindens (SCL90-R (0,46\*)) und der Besserung im psychischen Befund (0,45\*), mit der Patientenzufriedenheit (0,54\*\*) und der Änderungs- bzw. Zukunftsorientierung, die Patient (0,48\*\*) oder Therapeut (0,49\*\*) wahrgenommen haben.

Zusammenfassend ist die Zielannäherungsskala ein einfaches, ökonomisch einzusetzendes Instrument, das z. B. jede zehnte Sitzung von Patient und Therapeut getrennt ausgefüllt werden kann. In dieser Studie wurde sie in der Therapiesitzung aus einem Gespräch über den bisherigen Zielannäherungsstand heraus gleichzeitig von Patient und Therapeut ausgefüllt. Dadurch waren sich beide Einschätzungen sehr ähnlich, und die Möglichkeit ging verloren, Unterschiede zwischen Patient und Therapeut erkennbar werden zu lassen. Besser wäre es, die Skala erst nach der Sitzung getrennt auszufüllen. Dennoch zeigt sich, dass die Patientenangabe zur globalen Zielannäherung ein wichtiger Parameter ist, der als Outcome-Variablen verwendet werden kann.

### 3.5 Die Zielerreichungsskalierung

Das von Kiresuk und Sherman (1968) entwickelte Goal Attainment Scaling (GAS) wurde hier unverändert eingesetzt. Als Beispiel diente die Zielerreichungsskalierung von Patientin 1-1. Patientin und Therapeut haben zunächst die Zielerreichungsstufen operationalisiert und spezifiziert (-2 = viel schlechter als erwartet, -1 = schlechter als erwartet, 0 = wie erwartet, 1 = besser als erwartet, 2 = viel besser als erwartet).

#### ..Zielspezifikation Ziel 1 (Selbsteffizienz wahrnehmen):

- 2 weiterhin mich für unfähig erklären
- 1 immer wieder gute Leistungen und Erfolge entdecken
- 0 mich als effektiv in meinem Beruf definieren, mit gelegentlichen Mängeln
- 1 erkennen, dass ich große Leistungen bringe
- 2 mich für wirklich toll halten

#### Zielspezifikation Ziel 2 (Lebensgestaltung optimieren):

- 2 mich unterlegen und lästig fühlen
- 1 mich manchmal wohl fühlen mit anderen
- 0 mich meist wohl fühlen
- 1 mich auch in schwierigen Situationen gut fühlen
- 2 keinerlei Schwierigkeiten mit Beziehungen, d.h. Probleme gut meistern und gute Begegnungen genießen

#### Zielspezifikation Ziel 3 (Beziehungen aktiv gestalten):

- 2 keinerlei Inhalte außer Beruf, Partnerschaft gibt nichts
- 1 finde schon einige Interessen und gehe ihnen zaghaft nach
- 0 habe einige befriedigende Freizeitinteressen
- 1 finde oft Erfüllung in meinen Freizeitvorhaben
- 2 genieße uneingeschränkt mein privates Leben und fühle mich zugleich in meinem Beruf wohl

Danach schätzten beide ein, welche Stufe zu Beginn bei jedem Ziel zutrifft (Tab. 1).

Tabelle 1: Zielerreichungsschätzungen von Patient und Therapeut (Patient 1-1)

| Ziel   | Einschätzung vorher |           | Einschätzung nachher |           |
|--|---------------------|-----------|----------------------|-----------|
|  | Patient             | Therapeut | Patient              | Therapeut |
| Ziel 1:<br>Selbsteffizienz<br>wahrnehmen     | -2                  | -2        | +1                   | 0         |
| Ziel 2:<br>Beziehungen<br>aktiv<br>gestalten | -2                  | -2        | 0                    | +1        |
| Ziel 3:<br>Lebensgestaltung<br>optimieren    | -2                  | -2        | +1                   | +1        |

Nach 20 Sitzungen haben Patientin und Therapeut erneut eingeschätzt, welche Zielstufe inzwischen erreicht wurde. Die Patientin ist der Auffassung, dass Ziel 1 besser als erwartet erreicht wurde, wogegen der Therapeut die Zielerreichung wie erwartet einschätzt. Bei Ziel 2 ist es umgekehrt, und bei Ziel 3 urteilen beide übereinstimmend mit „besser als erwartet“ (+1).

Der Vergleich der Patienten eines Therapeuten gibt Aufschluss über die Bedeutung für die weitere Therapieplanung bezüglich der Umwandlung in eine Langzeittherapie (Abb. 7).

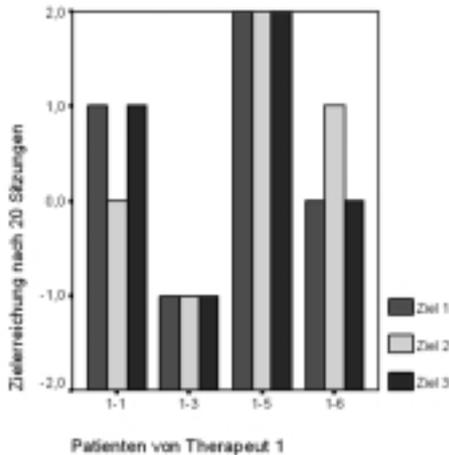


Abbildung 7: Zielerreichung der Patienten nach 20 Sitzungen von Therapeut 1

Bei Pat. 1-5 sind alle Therapieziele erreicht, die restlichen 5 Sitzungen der Kurzzeittherapie können zur Erarbeitung von Strategien der Rückfallprophylaxe verwendet werden. Bei Patient 1-3 haben sich keinerlei Veränderungen ergeben. Die Therapie war nicht erfolgreich, und die restlichen 5 Sitzungen sollten für eine Indikationsprüfung verwendet werden, um eine wirksamere Therapie bei einem anderen Therapeuten einzuleiten. Bei Patient 1-1 ist zu erwarten, dass eine Umwandlung in eine Langzeittherapie Erfolg versprechend ist. Bei Patient 1-6 müsste überprüft werden, weshalb die Veränderungen so langsam ablaufen, worin die Schwierigkeiten bestehen, die den Fortschritt verzögern. Nur mit dieser Prozessprüfung kann erwartet werden, dass nach weiteren 20 Sitzungen relativ mehr Veränderungen erzielt werden als in den zurückliegenden 20 Sitzungen.

Es gibt nur einen Patienten, bei dem es zu einer größeren Differenz zwischen Patient und Therapeut kam (Abb. 8). Die Zielerreichungsskalierung erfolgte in der 16. Sitzung, nach der dieser Patient die Therapie vorzeitig abbrach. Für den Therapeuten blieben die Fortschritte hinsichtlich aller drei Ziele hinter den Erwartungen zurück, während der Patient Ziel 1 besser als erwartet und Ziel 2 wie erwartet einstufte. Sowohl Zufriedenheit als auch das Feedback (Items und Summe) entsprechen dem Durchschnitt der Gesamtstichprobe. Aber es kam in der 10., der 11. und der 12. Sitzung zu einem massiven Einbruch der Bewertungen der Sitzung, um dann in der 13. Sitzung wieder anzusteigen und bis zum Abbruch nicht mehr zu sinken. Es könnte sein, dass der Patient abwog, inwiefern es sich lohnt, die Mühe der Therapie weiter auf sich zu nehmen, und einfach zu wenig weiteren Gewinn erwartete, der diese Mühe lohnen würde.

Insgesamt korrelieren die Ratings von Therapeut und Patient denn auch sehr hoch. Bei Ziel 1 ist Spearmans Rho 0,82 ( $p=0.002^{**}$ ,  $n = 11$ ), bei Ziel 2 0,69 ( $p = 0.02^{*}$ ,  $n = 11$ ) und bei Ziel 3 0,96 ( $p = 0.000^{***}$ ,  $n = 11$ ). Die Zielerreichung korreliert signifikant negativ mit der Restsymptomatik im VDS14-Befund (Patientenrating:  $-0.60$ ,  $p=0.05^{*}$ ,  $n=11$ , Therapeutenrating:  $0.70$ ,  $p=0.02^{*}$ ,  $n=11$ ).

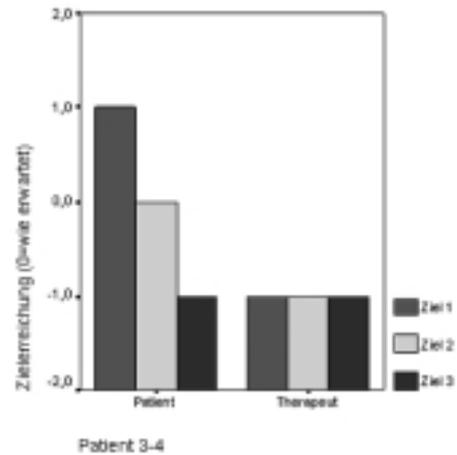


Abbildung 8: Vergleich der Patient- und Therapeut-Zielerreichungsskalierungen bei Patient 3-4

Zusammenfassend eignet sich die Zielerreichungsskalierung zur Einzelfallanalyse. Die Betrachtung der Einzelfalldaten in Verbindung mit Referenzwerten (Patienten vor Beginn einer Behandlung, Patienten mit der gleichen spezifischen Störung, die weiteren Patienten des behandelnden Therapeuten etc.) verspricht einen hilfreichen Einsatz im internen Qualitätsmanagement.

### 3.6 Ratings der Therapiesitzungen

#### 3.6.1 Das Feedback des Patienten

Der Feedbackfragebogen zur Einschätzung der Therapie-sitzung durch den Patienten lässt sich faktorenanalytisch in 2 Komponenten zerlegen (Tab. 2, basierend auf 767 ausgefüllten Fragebögen). Faktor 1 beinhaltet vor allem Eingehen auf Bedürfnisse, förderliche Beziehung, Möglichkeit, Gefühle mitzuteilen, und Aufbau von Hoffnung. Faktor 2 kennzeichnet sich durch Aufgabenbesprechung, Festlegen, wann geübt werden soll, Analysieren unerledigter Aufgaben und Erstellen eines neuen Planes. Man könnte Faktor 1 als Beziehungs- und Motivationsorientierung und Faktor 2 als Zukunfts- und Änderungsorientierung bezeichnen.

Die Einzelfallanalyse gibt Aufschlüsse über die Einsatzmöglichkeit beim Qualitätsmanagement:

Beispiel ist ein Patient, der nach der neunten Sitzung die Therapie abbrach. Im Verlauf der Sitzungen hatte der Patient den Eindruck, dass der Therapeut immer weniger auf seine Gefühle und Bedürfnisse eingeht (Abb. 9).

Das Feedback für Eingehen auf Gefühle, Bedürfnisse und Beziehung sinkt bis zum Therapieabbruch. Zukunftsorientierung bleibt mit einer Ausnahme im negativen Wertebereich. Die Feedbackfaktoren korrelieren mit mehreren Prozessvariablen (Tab. 3), aber mit keiner Outcome-Variablen.

#### 3.6.1.1 Korrelation von Patienten-Feedback und Sitzungs-rating des Therapeuten

Man kann für jede der Therapiesitzungen, bei denen sowohl Patient als auch Therapeut das Rating ausgefüllt hatten ( $n=140$ ) eine Korrelation zwischen beiden Ratings berechnen. Die

Tabelle 2: Faktorielle Dimensionen des Patientenfeedbacks für die Therapiestunde (rotierte Komponentenmatrix)

| Frage Nr. | Feedback-Fragen für Patienten   | Motivations-orientierung | Zukunfts- und Änderungs-orientierung |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------------------|
| 1         | Haben Sie über das Ergebnis der vorausgegangenen Stunde gesprochen?   |                          | ,593                                 |
| 2         | Wurden die Aufgaben bis zur heutigen Sitzung und deren Bewältigung besprochen?  |                          | ,694                                 |
| 3         | Wenn die Aufgaben nicht gemacht oder nicht gekonnt wurden, haben Sie besprochen, woran es lag und wie es erfolgreicher gemacht werden kann?                       |                          | ,670                                 |
| 4         | Konnten Sie Ihre Gefühle mitteilen?   | ,779                     |                                      |
| 5         | Haben Sie es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen?  | ,613                     |                                      |
| 6         | Ging der Therapeut auf Ihre Bedürfnisse ein?  | ,804                     |                                      |
| 7         | Kam es dabei zu einer tiefen Erfahrung mit intensiven Gefühlen?   | ,645                     |                                      |
| 8         | Konnten Sie das besprochene Problem mit anderen Augen sehen, so dass eine neue Perspektive eröffnet wurde und ein neuer Umgang mit dem Problem möglich erscheint? | ,564                     | ,404                                 |
| 9         | Entstand aus dem Thema der Therapiestunde eine neue Aufgabe, ein neuer Plan?  |                          | ,625                                 |
| 10        | Wie sehr wollen Sie die vereinbarten Änderungen anpacken?   | ,432                     | ,525                                 |
| 11        | Wurde ein geplantes neues Verhalten im Rollenspiel geprobt?   |                          | ,530                                 |
| 12        | Wurde festgelegt, wann, wie oft und in welcher Situation Sie das neue Verhalten (aus-)üben werden?  |                          | ,690                                 |
| 13        | Wie förderlich erlebten Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem Therapeuten?   | ,795                     |                                      |
| 14        | Wie viel trug die Stunde dazu bei, dass Sie sich selbst und dass Sie dieses Problem (noch) haben akzeptieren können?  | ,689                     |                                      |
| 15        | Wie sehr trug die Stunde dazu bei, dass Sie sich für fähig halten, das Vorhaben der kommenden Woche(n) erfolgreich zu meistern?                                   | ,653                     |                                      |
| 16        | Wie viel Hoffnung und Zuversicht wurden in der Stunde aufgebaut?  | ,705                     |                                      |
| 17        | Wurde die Sitzung nachbesprochen (Feedback)?  |                          | ,471                                 |
| 18        | Haben Sie es geschafft, unangenehme oder Sie störende Verhaltensweisen des Therapeuten während der Stunde anzusprechen?   |                          |                                      |

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Tabelle 3: Korrelationen Feedbackfaktoren mit Prozessvariablen

Nonmetrische Korrelationen (Spearman's Rho), \*:  $p \leq .05$ , \*\*:  $p \leq .001$ , \*\*\*:  $p \leq .0001$ ,  $n=45$

| Korrelation Feedbackfaktor mit folgenden Variablen des Therapieprozesses | Gefühl, Bedürfnis, Beziehung | Zukunfts-, Änderungsorientierung |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Patienten Zufriedenheit mit der Sitzung                                  | ,74***                       | ,54***                           |
| Fakt Prozess Patient: Änderungsorientierung                              |                              | ,57***                           |
| Fakt Prozess Patient: Hoffnung, Beziehung, Motivation                    | ,65***                       |                                  |
| Faktor Prozess Therapeut: Änderungsorientierung                          |                              | ,47***                           |
| Faktor Sitzung: Zukunftsorientierung                                     |                              | ,49***                           |
| Faktor Sitzung: Gefühle, Bedürfnisse                                     | ,39**                        |                                  |

Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut schwankte zwischen -0,69 und 0,88 und war im Durchschnitt 0,44. Betrachten wir die mittleren Korrelationen je Therapeut, so finden wir eine Spannweite von 0,11 bis 0,66 und eine mittlere Korrelation je Therapeut von 0,46. Der Therapeut mit

der niedrigsten Übereinstimmung mit seinen Patienten bezüglich der Beurteilung der Therapiestunde hatte drei Patienten, die die Therapie abbrachen. Der Therapeut mit der zweitniedrigsten Übereinstimmung hatte den Patienten mit dem schlechtesten Outcome von allen.

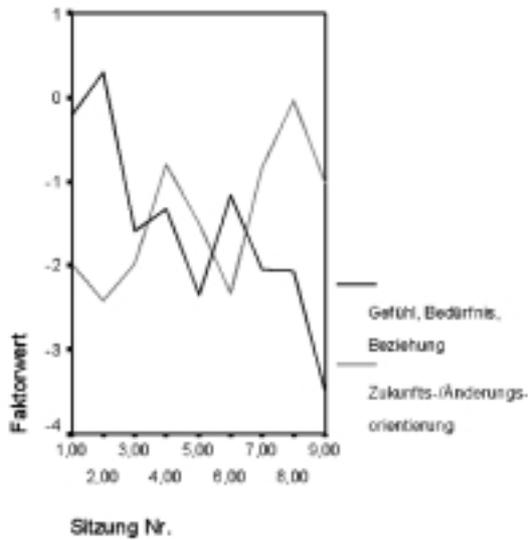


Abbildung 9: Feedback eines Patienten, der nach der neunten Stunde abbrach

### 3.6.1.2 Varianz der Feedbacks im Verlauf der Therapie

Die Varianz des Feedbackfaktors „Beziehung und Motivation“ im Verlauf der 20 Therapiesitzungen kovarierte negativ mit der Zielannäherung des Patienten (Korrelation der Standardabweichung des Feedbackfaktors mit der Outcome-Variablen Zielannäherung Spearman's Rho =  $-.549$ ,  $p=003^{**}$ ,  $n=27$ ). D. h., bei Patienten mit geringerer Streuung der Feedbacks von Stunde zu Stunde kam es zu einer größeren Zielannäherung.

### 3.6.1.3 Die Zufriedenheit des Patienten

Die letzte Frage des Feedbackfragebogens bezieht sich auf die Zufriedenheit des Patienten mit der betreffenden Therapiesitzung. Sie wurde bei den Feedback-Berechnungen nicht einbezogen, sondern wird gesondert betrachtet. Die Standardabweichung beträgt 0,83, die der anderen Feedback-Items beträgt im Durchschnitt 1,33, bei keinem Item ist die Standardabweichung so gering wie bei der Zufriedenheitsfrage. Die Skala reicht von 0 = nicht, 1 = kaum, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = sehr bis zu 5 = extrem. Der Mittelwert beträgt 3,6, liegt also zwischen dem zweithöchsten und dem dritthöchsten Skalenwert. Durch die Formulierung 5 = extrem kam es nicht zu dem sonst häufigen Problem der Deckelung. Nur ein Item hatte einen höheren Mittelwert (3,7 bei „Ist die Beziehung förderlich?“).

Ein entsprechender Wert der Zufriedenheit mit der Therapie-sitzung wurde auch bei dem Therapeuten erhoben. Dieser korreliert nur mit 0.15 mit der Patientenzufriedenheit. Dies ist eine erstaunlich geringe Übereinstimmung. Beim übrigen Feedback-/Sitzungsrating war die durchschnittliche Korrelation mit 0,44 deutlich höher. Der Zusammenhang mit anderen Prozessvariablen zeigt Tabelle 4.

Daraus geht hervor, dass die Zufriedenheit des Patienten mit der Änderungs- und Zukunftsorientierung und mit dem Eingehen des Therapeuten auf Gefühle, Bedürfnisse und Beziehung zusammenhängt und mit einer besseren Zielannäherung einhergeht.

Zusammenfassend kann das Patientenfeedback inkl. der Patientenzufriedenheit mit der Therapiestunde ein hilfreiches Instrument zum Monitoring des Therapieprozesses sein. Dies erfordert aber, dass der Therapeut die Bögen wirklich liest und am besten gleich nach der Stunde ganz kurz bespricht, gegebenenfalls vertiefend in der nächsten Sitzung nachbespricht.

## 3.6.2 Das Sitzungsrating des Therapeuten

### 3.6.2.1 Faktoren des Sitzungsratings des Therapeuten

Analog dem Vorgehen bei der Auswertung des Patientenfeedbacks kann der Sitzungsratings-Fragebogen (149 Messungen, Messung nach jeder 4. Sitzung) des Therapeuten faktorenanalytisch in einem zweidimensionalen Raum dargestellt werden. Die erste Komponente entspricht inhaltlich dem zweiten Feedback-Faktor. Sie erfasst Änderungs- und Zukunftsorientierung (neue Verhaltensperspektiven, Änderungsmotivation, Selbsteffizienz fördern, Zuversicht aufbauen, festen Plan erstellen, Neueinschätzung des Problems). Die zweite Komponente kann als „Eingehen auf Gefühle und Beziehung“ bezeichnet werden und ist durch tiefe emotionale Erfahrung, Eingehen auf Bedürfnisse und Ansprechen von emotional bewegenden Vorkommnissen sowie von Gefühlen gekennzeichnet.

### 3.6.2.2 Korrelationen mit anderen Variablen

Der Faktor Zukunfts-/Änderungsorientierung korreliert mit der Zielannäherung im Patientenrating ( $.49^{**}$ ), der Besserung beim SCL90-R ( $.37^*$ ), der Güte der Beziehung im Therapeutenrating ( $.40^{**}$ ), dem korrespondierenden Feedback-Faktor Zukunfts-/Änderungsorientierung ( $.49^{***}$ ), dem Prozessfaktor Zukunfts-/Änderungsorientierung im Therapeutenrating ( $.56^{***}$ ) und im Patientenrating ( $.57^{***}$ ). Darüber

Tabelle 4: Korrelationen Patienten-Zufriedenheit mit Prozessvariablen

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Fakt Proz. Pat.: Änderungs- und Zukunftsorientierung      | ,40, $p = 0.007^{**}$ , $n=45$ |
| Fakt Proz. Pat: Hoffnung, Beziehung, Motivation           | ,63, $p=0.000^{***}$ , $n=45$  |
| Faktor Prozess Therapeut: Änderungs- Zukunftsorientierung | ,46, $p=0.001^{***}$ , $n=45$  |
| Feedbackfaktor 1: Gefühl, Bedürfnis, Beziehung            | ,74, $p=0.000^{***}$ , $n=45$  |
| Feedbackfaktor 2: Zukunfts-, Änderungsorientierung        | ,54, $p=0.000^{***}$ , $n=45$  |
| Faktor Sitzung: Zukunftsorientierung                      | ,31, $p=0.04^*$ , $n=45$       |
| Globale Zielannäherung Patientenrating                    | ,54, $p=0.004$ , $n=27$        |
| Globale Zielannäherung Therapeutenrating                  | ,40, $p = 0.05^*$ , $n=24$     |

hinaus korreliert er mit der Therapeutenzufriedenheit (.56\*\*\*) und der Patientenzufriedenheit (.31\*). Die vielen Korrelationen zeichnen den Sitzungsfaktor Änderungs- und Zukunftsorientierung als wichtigsten prozessualen Kennwert in dieser Stichprobe aus. Normalerweise korrelieren Patientenratings untereinander und Therapeutenratings untereinander, aber diese nur gering miteinander. Dies ist hier nicht der Fall. D.h., es sind Zusammenhänge auch über die Methodenspezifität hinweg feststellbar.

### 3.6.2.3 Einzelfallanalysen

In der Einzelfallanalyse kann der Verlauf von Änderungs- und Beziehungs-Motivationsorientierung verfolgt werden. Bei Patientin 1-1 ist der Therapeut in der sechsten Sitzung sehr beziehungs-motivationsorientiert und kaum änderungsorientiert, ab der elften Sitzung halten sich die beiden Therapeutenhaltungen die Waage (Abb. 10). Dies entspricht dem regulären Ablauf von Motivationsaufbau und Änderung.

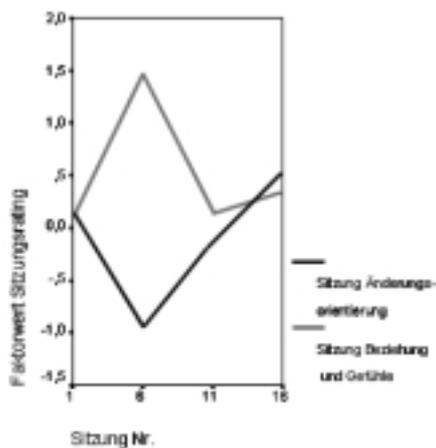


Abbildung 10: Patient 1-1 Sitzungsrating des Therapeuten: Verlauf von Änderungs- und Motivationsorientierung

Dagegen scheint es dem gleichen Therapeuten bei Patientin 1-4 von der ersten Sitzung an nicht zu gelingen, weder ausreichend Motivations- noch Änderungsorientierung herzustellen (Abb. 11). Während die Werte für Motivation (Beziehung, Gefühle, Bedürfnisse) in der 16. Sitzung immer noch deutlich im negativen Bereich liegen, tritt plötzlich in der 16. Sitzung eine starke Änderungsorientierung auf, von der man annehmen kann, dass sie ein forciertes Versuchs ist, die Therapie in Gang zu bringen. Entsprechend zögerlich sind die Fortschritte bei dieser Patientin nach 20 Sitzungen.

### 3.6.2.4 Zufriedenheit des Therapeuten mit den Sitzungen

Im Gegensatz zur Patientenzufriedenheit gibt es keinen Zusammenhang mit den Outcome-Variablen und nur wenig Zusammenhänge mit anderen Prozessvariablen. So korreliert die Zufriedenheit des Therapeuten mit dem Faktor Änderungs- und Zukunftsorientierung in seinem Sitzungsrating (Spearman's Rho = 0.56,  $p=0.000***$ ,  $n=44$ ) und mit der von ihm wahrgenommenen Beziehungsqualität (0.46,  $p=0.002**$ ).

Zusammenfassend kann das Sitzungsrating des Therapeuten wichtige Informationen sowohl über den Prozess als auch über

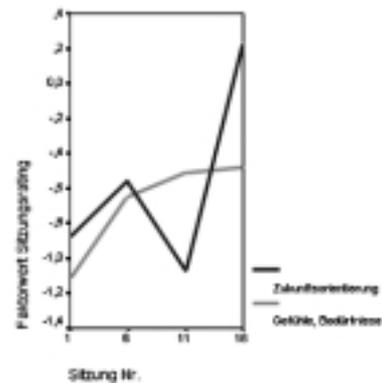


Abbildung 11: Patient 1-4 Sitzungsrating des Therapeuten: Verlauf von Änderungs- und Motivationsorientierung

Variable liefern, die mit dem Therapie-Outcome korrelieren. Dabei ist zu bedenken, dass die Zufriedenheit des Therapeuten kein guter Indikator für den zu erwartenden Therapieerfolg ist.

## 3.7 Das Beziehungsrating des Therapeuten

### 3.7.1 Faktorenanalytische Dimensionen

Der Fragebogen zum Rating der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten umfasst die 4 faktoriellen Dimensionen: 1. Dysfunktionales Beziehungsangebot erkennen, 2. Warmherzigkeit, Stützung, Förderung, 3. Ärger, Ängste und Beziehungstest kennen und darauf eingehen und 4. Bedürfnisse und Ängste kennen und darauf eingehen.

### 3.7.2 Korrelationen der Faktoren mit anderen Variablen

Nur Faktor 2 (Warmherzigkeit, Unterstützung) korreliert mit Therapie-Outcome-Variablen Besserung beim SCL90-R (.45\*\*\*) und Zielannäherung (.39\*), dem Prozessfaktor Änderungsorientierung im Therapeutenrating (.35\*), dem Faktor Zukunftsorientierung des Sitzungsratings des Therapeuten (.40\*\*,  $n=44$ ) und mit der Therapeuten-Zufriedenheit (.40\*\*).

### 3.7.3 Eindimensionale Beziehungsskala – Reliabilität

Die im zweiten Beziehungsfaktor (Warmherzigkeit, Unterstützung) hochladenden sieben Items (Bedürfnisbefriedigung, Förderung der Änderungsmotivation, Stützung durch Beziehung, Herausforderung durch Beziehung, Nähe, Warmherzigkeit, Abstand, Professionalität, Entwicklung der Beziehung) können zu einem Summenwert Beziehungsqualität zusammengefasst werden. Dessen innere Konsistenz beträgt .79 (standardisiertes Alpha) – eine für eine so kurze Skala sehr gute Reliabilität.

### 3.7.4 Einzelfallanalyse

Wir können den Verlauf der Beziehungsqualität bei einzelnen Patienten verfolgen. Als Beispiel sei eine Patientin gewählt, bei der es zu keinerlei Fortschritten kam. Die von dem Therapeuten eingeschätzte Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung sinkt rapide auf einen Minimalwert in der dreizehnten Sitzung (Abb. 12). Dies ist ein starkes Abweichen vom durchschnittlichen Verlauf bei den anderen Patienten (obere Linie).

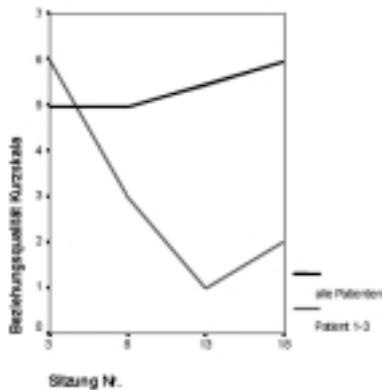


Abbildung 12: Verlauf der Beziehungsqualität Patientin 1-3

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Beziehungsqualität (Warmherzigkeit und Unterstützung) ein wichtiger Parameter des Therapieprozesses ist, der auch mit Outcome-Variablen korreliert.

### 3.8 Ereignisprotokoll und Qualitätsschleife

Die bisher beschriebenen Instrumente dienen entweder der Prä-post-Messung oder der Erkennung von Ereignissen oder Bedingungen, die den Therapieprozess stören oder ein ungünstiges Therapieergebnis erwarten lassen. Wenn ein solches Ereignis eingetreten ist, dann schreibt z. B. DIN ISO 9000 vor, dass eine Qualitätsschleife in Gang kommt, die die Wiederherstellung der definierten Qualität gewährleistet. Es geht also nicht nur um Beobachtung und Messung, sondern darum, rechtzeitig und wirksam zur Tat zu schreiten, wenn Störungen auftreten. Um diese im Ernstfall in einem Qualitätszirkel bearbeiten zu können, muss bereits Vertrauen unter den Teilnehmern gewachsen sein wie in einer Supervisions-, Interventions- oder IFA-Gruppe (Sulz, 2002). Dies erschwert das Implementieren des zentralen Werkzeugs des praxisinternen Qualitätsmanagements.

Nachfolgend ein Beispiel eines Ereignisprotokolls:

Ereignisprotokoll

#### **Themenbereich: massive Beziehungsverschlechterung**

Ereignissuche:

- Wann wurde das Ereignis entdeckt (Datum)?  
21.6.01 (5. Therapiestunde)
- Wie wurde das Ereignis entdeckt? Durch Lesen des Feedbackfragebogens meiner Patientin

Ereignisanalyse:

- Worin genau bestand das Ereignis? Ich ging durchgängig von einer guten Beziehung aus und fühlte mich mit der Patientin wohl.
- Welche Auswirkungen hatte das Ereignis? Es vergingen einige Stunden, in denen die Patientin mein Therapieangebot oberflächlich annahm, aber in Wirklichkeit sich von mir und meiner Arbeit abwandte.

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

Die Patientin hat sich von mir nicht wahrgenommen gefühlt. Ich erklärte ihr die Entstehung der Symptomatik, ohne sie zu fragen, wie sie sich mit diesem Denkmodell fühlt.

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

Ich habe die Patientin nicht ausreichend in ihrer Sicht gewürdigt und bestätigt, sondern ging einfach von meinem Fallverständnis aus.

- Was hinderte den Therapeuten daran?

Ich war zu sehr mit meinem bewährten und einleuchtenden Denkmodell beschäftigt. Daraus ließen sich so gut die ersten Therapiemaßnahmen ableiten.

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

Vermutungen und Erkenntnisse mit der Patientin besprechen, sie nach ihren Vermutungen fragen und versuchen, zu einem gemeinsamen Störungsmodell zu kommen, statt ihr ein fertiges Modell überzustülpen

(X) Die Ereignisanalyse wurde vollständig durchgeführt.

- \_\_\_\_\_

Ereignisbearbeitung:

- Worin besteht die Ereignisbearbeitung?

Jetzt geht es zunächst darum, dass ich der Patientin vermittele, dass ich sie wahrnehme und ihr Denken und Fühlen bestätige, behutsam auf sie eingehe, sie respektiere und würdige.

- Wann ist die Ereignisbearbeitung vorgesehen?

In der nächsten Therapiesitzung und in den folgenden Sitzungen beibehalten, damit sie erkennen kann, dass sich meine Haltung geändert hat.

(X) Die Ereignisbearbeitung wurde eingeleitet.

Prüfung des Erfolgs der Ereignisbearbeitung:

- Wie wird geprüft, ob das Ereignis behoben ist?

Aus dem Feedbackfragebogen ist erkennbar, wie gut die Patientin sich von mir angenommen fühlt. Außerdem werde ich das Thema ansprechen.

- Woran ist erkennbar, dass die Ereignisbearbeitung erfolgreich war?

Wenn das Feedback der Patientin deutlich macht, dass eine gute gegenseitige Beziehung entstanden ist.

(X) Die Ereignisbearbeitung war erfolgreich und ist abgeschlossen.

- \_\_\_\_\_

Ereignisvorbeugung:

- Kam das Ereignis in letzter Zeit wiederholt vor?

Ja, auch bei anderen Patienten

- Wenn ja, welche Maßnahmen können dem Ereignis zukünftig vorbeugen?

Bewusst eine klientenzentriertere Grundhaltung einnehmen.

- Welche vorbeugende Maßnahme wird durchgeführt?

Kurze Nachbesprechung jeder Therapiesitzung, auch bezüglich der Beziehung

- *Woran ist erkennbar, dass die vorbeugenden Maßnahmen durchgeführt werden und greifen?*
  - Ich halte das in meinen Stundenprotokollen fest.
- (X) Die Maßnahmen zur Ereignisvorbeugung sind effektiv etabliert worden.

Datum: 21.6./28.6./5.7.01

Unterschrift: .....

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

Bis zur Erledigung bleibt das Ereignisprotokoll vorn auf dem Therapieprotokollheft fixiert.

Den Therapeuten der Studie wurde erst in einer späteren QZ-Sitzung das Arbeiten mit der Qualitätsschleife und dem Ereignisprotokoll vermittelt, und dies auch nicht sehr wirksam. Denn sonst hätten nicht 41 % der Therapeuten berichtet, dass sie vermieden haben, die Qualitätsschleife in Gang zu setzen. Das Wichtigste ist der Beginn. Wurde erst einmal ein Ereignisprotokoll geschrieben, dann ist der Therapeut im Zugzwang. Er muss angeben, ob er den jeweiligen Schritt vollständig durchgeführt hat. Dabei kann natürlich eine QM-Software als Dialogpartner besonders gut helfen. Er meldet sich so lange, bis die Schritte abgearbeitet sind.

## 4 Ergebnisse

### Abschlussinterview zu den Erfahrungen der Therapeuten mit dem Qualitätsmanagement

Es liegen die Ergebnisse von 17 Interviews vor, die sechs Monate nach Beginn des internen Qualitätsmanagements durchgeführt wurden. Es wurden getrennt Fragen zum praxis-internen QM und zu den Qualitätszirkeln gestellt.

#### 4.1 Qualitätsmanagement

*Konnten Sie für sich und Ihre Patienten einen Nutzen aus der QM-Arbeit ziehen?*

94 % bejahten diese Frage und nannten als Nutzen: Diagnostik verbesserte sich, wurde differenzierter, genauere Auseinandersetzung mit Tests, Motivationsaufbau beim Patienten durch genauere, konkrete Zielformulierung, therapeutische Beziehung besser konkretisieren, Transparenz für Patienten, bewussteres Arbeiten, Wichtiges tritt in den Vordergrund, wird schneller aufgedeckt, mehr Sicherheit bei der Bewertung der Patienten, breitere Sichtweise bei Problemen im therapeutischen Verlauf, Anregungen, auf andere Dinge zu achten, einen anderen Blickwinkel einzunehmen, mehr Klarheit, Rationalität, Hinterfragen, Reflektieren, präziser, inhaltlicher Blick für Qualitätsfragen, Selbstdisziplin, Hausaufgaben und Nachbesprechungen für Patienten wichtig, Verhaltenstherapeutisches Denken wird gefördert, wieder mehr verhaltenstherapeutisches Arbeiten, Struktur in der Therapie Bestätigung der Arbeit, positive Auswirkung auf andere Patienten, die nicht in der Studie waren.

*In welcher Weise beeinflussten die einzelnen Instrumente die Therapie?*

#### Positiven Einfluss hatten:

VDS14 – standardisierte Befunderhebung; schnellere, präzisere Diagnostik, VDS30-Persönlichkeitsskalen SCL90-R, Feedbackbögen der Patienten, Zielerreichungsskalierung und Zielannäherungsskala, Beziehungsanalyse, Korrekturprotokoll

#### Negativ wirkten sich aus:

anfangs großer Zeitaufwand durch Instrumente

*Glauben Sie, heute einen besseren Blick für die Qualität Ihrer Arbeit zu haben?* 94 % Ja

*Haben Sie das Gefühl, dass sich die Qualität Ihrer Arbeit gesteigert hat?* 82 % Ja

*War die Einarbeitung wichtig?* 82 % Ja

*War die Einarbeitung ausreichend?* 59 % Ja

*Hatten Sie das Gefühl, das Ausfüllen der QM-Unterlagen geht nach einiger Zeit routinierter?* 100 % Ja

*Ereignisprotokoll: Ist das schriftliche Fixieren von Störungen hilfreich für deren Behebung?* 82 % Ja

*Ist das Ereignisprotokoll grundsätzlich als Basis zur Behebung von Störungen geeignet?* 76 % Ja

*Haben Sie Probleme nicht schriftlich fixiert, um sich das Ausfüllen eines Ereignisprotokolls zu sparen?*

*Wenn ja, warum?* 41 % Ja

Gründe dafür waren: zu mühsam, keine Lust, zeitraubend, nicht aussagekräftig, unvertraute Arbeitsweise, habe es nicht gleich als Problem erkannt, Protokoll unpassend für jeweilige Störung, ist doch bei konsequentem Arbeiten nicht nötig, ich bin da nicht strukturiert genug

#### 4.2 Qualitätszirkel

*Besuchen Sie außerhalb des Qualitätszirkels noch andere Formen der Fort-/Weiterbildung? (Mehrfachnennungen möglich)* 88% monatlich (Intervision, Fachteam, KV-anerkannter QZ). Von 47 % wurden 1-2-mal jährlich stattfindende Fortbildungsveranstaltungen genannt.

*Wie wichtig war die Arbeit im Qualitätszirkel?*

(unwichtig – mittel – sehr wichtig)

Unwichtig wird nicht genannt.

Mit mittel antworteten 6 %

Mit sehr wichtig antworteten 94 %. Bei sehr wichtig wurden folgende Gründe genannt: Motivationsaufbau, Einarbeitung, Kollegen kennen lernen, gute Strukturierung der Abende, abwechslungsreich, Umgang mit Unterlagen besprechen, Informationsaustausch

*Welchen Gewinn brachte die Qualitätszirkel-Arbeit für Sie? (Mehrfachangaben möglich)*

Information, Weiterbildung, neuer Leitfaden, Blick geschärft, Anregungen für die Arbeit, Verbesserung der Therapie, Arbeit wurde zielgerichteter, strukturierter.

Ich arbeite jetzt mehr mit Fragebögen, Vertrautheit mit Instrumenten, Erfahrungen anderer, Austausch, Motivation aufrechterhalten für das QM, Erleichterung, Abwechslung, Lebendigkeit, Bestätigung

*Wie würden Sie das Verhältnis zwischen Weiterbildung und Intervention (Kasuistik) im QZ beurteilen?*

· 1/3 Austausch, 1/3 Vortrag, 1/3 Kasuistik war genau richtig

*Welche Themen sollten Ihrer Meinung nach in einem Qualitätszirkel behandelt werden?*

Gezielte Punkte, QM betreffend, Vorstellung, Anwendung der Instrumente, Weiterbildung durch Fallvorstellungen, Diagnosen/Störungen näher betrachten, neuere Verfahren der VT, Weiterbildung, Schwierigkeiten beim Ausfüllen der QM-Dokumente, praktische Fragen: Wer macht was wie?, neuere Entwicklung von Fragebögen, politische Entwicklungen, Informationen über Anerkennung, Diskussion über Instrumente, Schilderung des Umgangs durch den Therapeuten, eigene Probleme mit Patienten und Reflexion, emotionale Probleme der Menschen besprechen, Verwaltung; Kassen; Gutachter; Intervention mit QM, Buchbesprechungen, Evaluation der Therapie, neue und vergessene Methoden, Verbesserung der Strategie

*Aus wie vielen Teilnehmern sollte Ihrer Meinung nach ein Qualitätszirkel bestehen?* Die Präferenzen lagen zwischen vier und zwölf Teilnehmern

*Wie lange sollte ein Qualitätszirkel dauern?* Die Mehrheit stimmte für mindestens zwei Stunden.

*In welchen Abständen sollte der Qualitätszirkel stattfinden?* 1-mal pro Monat: 76 %

*Könnten Sie sich vorstellen, als Moderator einen Qualitätszirkel zu leiten?* mit Ja: 76 %

Zusammenfassend waren für die Therapeuten das praxisinterne Qualitätsmanagement und die Qualitätszirkel sehr hilfreich. Fallverständnis, Fallkonzeption und Blick für den Therapieprozess sind klarer geworden.

Qualitätsmanagement: Die Einarbeitungszeit erschien vielen zu kurz. Bei den Messinstrumente zur Diagnostik, Dokumentation und Evaluation wurden insbesondere eine strukturierte Erhebung des psychischen/psychosomatischen Befundes (VDS14-Befund) geschätzt sowie die diesbezüglichen Selbstaussagen der Patienten (SCL-90-R). Auch die zuverlässigere Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) wurde für Erklärung und Prognose der klinischen Störung gern verwendet. Am unbekanntesten waren die Zielerreichungsskalierung und die Zielannäherungsskala, die die meisten Freunde gewannen. Insbesondere die einfach handzuhabende Zielannäherungsskala war beliebt. Die Feedbackfragebögen der Patienten wurden ebenso wie die Checkliste zur Beziehungsgestaltung für wichtig gehalten. Die Ereignis-Protokolle wurden für sehr bedeutsam und hilfreich gehalten, zugleich gestanden 41 % der Therapeuten ein, sie öfter nicht angewandt zu haben.

Qualitätszirkel: Für nahezu alle Therapeuten waren die QZ die unverzichtbare Ergänzung zum praxisinternen QM. Wichtig war die in diesen fortgesetzte Einarbeitung, der Wissenstransfer über Qualitätssicherung, der Austausch mit Kollegen und die Anregungen für die eigenen im Rahmen der Intervention vorgestellten Fälle.

#### **4.3 Einstellung zum QM zu Beginn, nach 3 und nach 6 Monaten**

Davon ausgehend, dass die QM-Maßnahmen zunächst viel Bürde bedeuten, muss mit Unlustgefühlen der Therapeuten gerechnet werden. Wichtig ist, ob diese zunehmen, bleiben oder abnehmen. Einstellungsmessung ist ein brauchbarer Indikator, um solche affektiven Haltungen zu erfassen. Zu Beginn der Studie, nach drei und nach sechs Monaten wurden elf kurze Aussagen über Qualitätsmanagement mit einer sechsstufigen Skalierung (0= nicht, 1 = kaum, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = sehr, 5 = extrem) vorgegeben. Wichtig war dabei, ob einerseits Ermüdungseffekte im Lauf der Monate entstehen oder andererseits Anstrengung und damit Unlust abnimmt. Bei keiner der elf Aussagen gab es signifikante Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten (t-Test für abhängige Stichproben, n=17).

Qualitätsmanagement wird über alle drei Zeitpunkte hinweg als deutlich interessant, etwas bis deutlich hilfreich, etwas lästig und kaum schädlich empfunden (Abb. 13).

Über alle drei Zeitpunkte hinweg wird angegeben, dass Qualitätsmanagement die Aufmerksamkeit etwas bis deutlich auf wichtiges Aspekte lenkt, kaum von wichtigen Aspekten der Therapie ablenkt, den Patienten kaum bis nicht schadet und die Qualität der Therapie etwas bis deutlich steigert.

Die Angaben zum Zeitaufwand sinken von etwas bis deutlich auf etwas. Die Empfehlung von QM wird anfangs etwas bis deutlich und am Ende deutlich ausgesprochen. Die Entscheidung, wieder QM anzuwenden, war zu Beginn deutlich, am Ende deutlich bis sehr deutlich.

Zusammenfassend ist eine durchaus kritische, aber positive Einstellung zum QM geblieben, was sich auch in der definitiven Aussage ausdrückt, wieder QM machen zu wollen.

#### **5 Konsequenzen für die Praxis: Erarbeiten eines schlanken QM-Konzepts**

Zusätzlich zu den Datenerhebungen diente eine Abschluss-Sitzung des QZ dem Erarbeiten eines zugleich qualifizierten und dauerhaft machbaren Konzepts eines internen QM. Die Rationale der vorliegenden Studie war ja, dass über einen relativ kurzen Zeitraum mit wenigen Patienten ein umfassendes QM-Konzept erprobt wird, um aus den praktischen Erfahrungen erkennen zu können, was sich bewährt, welcher Arbeitsaufwand erträglich und machbar ist und welche Änderungen erforderlich sind.

#### **Das zukünftige Konzept des praxisinternen Qualitätsmanagements**

Übereinstimmend wurde festgestellt, dass das reichhaltige Instrumentarium des QM-Konzepts sehr viel Aufmerksamkeit umlenkt - zwar auf wichtige Aspekte, aber Zeit wegnimmt für die bisherige Art der therapeutischen Arbeit und für die Pausen, die ja mit vielerlei kleinen notwendigen Tätigkeiten der Praxisverwaltung inkl. Telefonaten mit Patienten und Ärzten gefüllt sind.

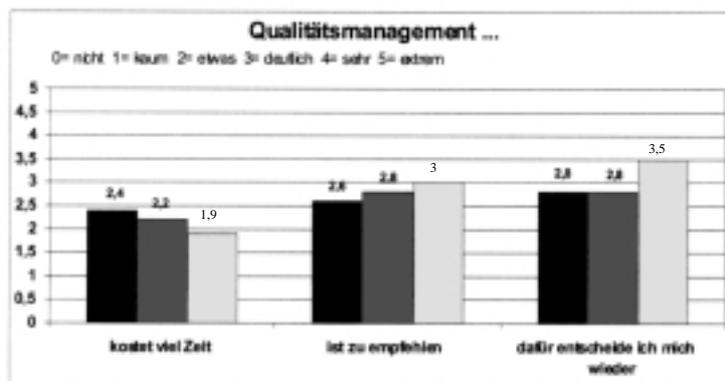
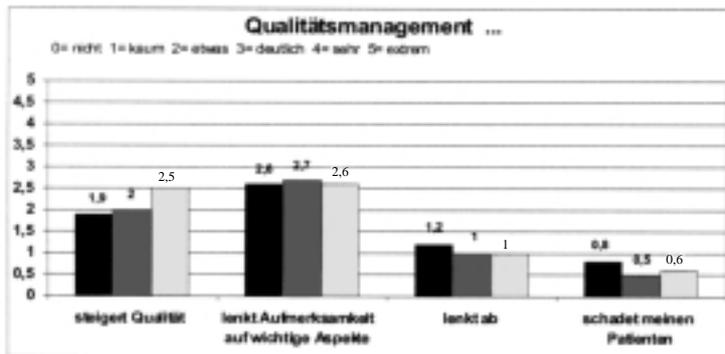
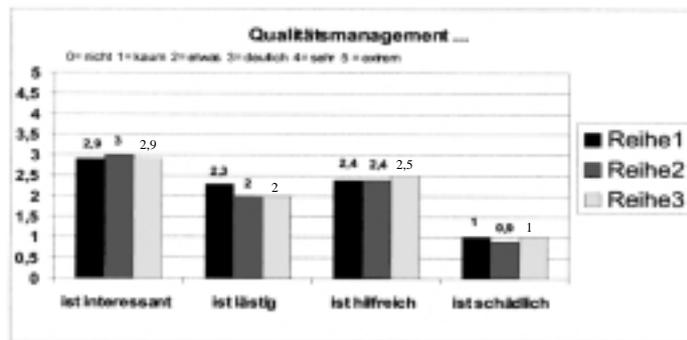


Abbildung 13: Einstellung zum Qualitätsmanagement

linke Säule = zu Beginn  
mittlere Säule = nach 3 Monaten  
rechte Säule = nach 6 Monaten

D. h., dass für eine Langzeitstudie das Dokumentationsinstrumentarium und die QM-Maßnahmen sehr verschlankt werden müssen. Dies war ja auch so gedacht – aus dem vollständigen QM-System das Notwendige und Machbare herausfiltern. Für eine Mehrheit erscheint es akzeptabel und wünschenswert, pro Patient

#### zu Beginn und am Ende der Therapie

- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Krankenschreibungen
- eine systematische Befunderhebung wie den VDS14-Befund einzusetzen
- den SCL90-R ausfüllen zu lassen
- die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge mit dem VDS30 erfassen
- die Zielannäherungsskala ausfüllen zu lassen sowie die Zielerreichungsskalierung durchzuführen

#### während der Therapie

- einen Feedbackfragebogen vom Patienten ausfüllen zu lassen

- das entsprechende Sitzungsrating des Therapeuten auszufüllen
- im Bedarfsfall das veränderte Ereignisprotokoll auszufüllen und eine Ereignisanalyse durchzuführen

In größeren Abständen als in dieser Studie oder ausschließlich ereignisbezogen können die weiteren Checklisten zur Ereignisanalyse herangezogen werden.

Dabei muss darauf geachtet werden, dass kein Papierwirrwarr entsteht, der dem Therapeuten ständig die Frage abverlangt, bei welchem Patienten muss ich wann was ausgeben, einsammeln, selbst ausfüllen.

Jede weitergehende Dokumentation ist auf Dauer unerträglich und führt zu Abbruch der Teilnahme an der Studie oder zu unzuverlässigem Umgang mit der Dokumentation.

**Einarbeitungszeit:** Wir haben nach dem ersten QZ sofort mit den ersten Patienten begonnen. Das führte zu einer Überforderung einiger Therapeuten. Eine vorgeschaltete Einarbeitungszeit von 3 Monaten ist zu empfehlen. Es ist darauf zu

achten, dass die therapeutenbezogene Datenerhebung deutlich vor dem Beginn mit dem ersten Patienten erfolgt. Mit dem zweiten Patienten sollte auch erst dann begonnen werden, wenn der erste Patient „rund“ läuft.

Es ist zu fragen, ob der Therapeut wirklich alle Patienten seiner Praxis in die Studie nehmen soll. Für Vielarbeiter, die z. B. 30 – 40 Therapiestunden pro Woche haben, ist das nicht machbar. Die vielen kleinen Zeitverluste summieren sich zu einem zu großen Störfaktor. Vielleicht sollte von der Durchschnittsmenge an Patienten ausgegangen werden: synchron 20 Patienten – wer nicht so viele Patienten hat, nimmt eben alle Patienten in die Studie. Privatpatienten sind eingeschlossen.

Bleibt die Frage des Umgangs mit dem eigentlichen Thema der Studie – dem zuverlässigen Durchführen der Qualitätsschleife im praxisinternen Qualitätsmanagement. Dieses muss mit einer neuen Logistik versehen und in den Qualitätszirkeln mit deutlich mehr Aufmerksamkeit begleitet werden. In unserer Studie wurden zwar die QM-Kriterien bekannt gemacht, besprochen und anhand von Videoaufnahmen von Therapiestunden geprobt, aber das eigene Vorgehen ist nicht ausreichend gelungen, da 41 % der Therapeuten nicht zuverlässig den Prüfprozess durchführten – aus einer Vermeidungshaltung heraus: es ist unangenehm, sich mit eigenen Fehlern zu befassen.

Im Gegensatz zu unserem bisherigen Vorgehen, muss also

- im QZ wesentlich mehr auf die QM-Schleife (Ereignisentdeckung, -analyse, -korrektur und -vermeidung) eingegangen werden, bis hin zu workshopartigem aktivem eigenem Erarbeiten der QM-Skills,
- die QM-Schleife verbindlich so vorgegeben werden, dass bei der Ereignisanalyse systematisch vorgegangen wird, einerseits zeitökonomisch (sobald das Ereignis identifiziert ist, die bestmöglich Korrektur finden und in Gang bringen) andererseits Qualitätswissen durch Checklisten aktualisieren, so dass ausreichend Zuverlässigkeit bei der Ereignisdiagnose erzielt wird.

Den Aufwand der Auswertung könnte man erheblich reduzieren, wenn jeder Therapeut und teilweise auch die Patienten alle Daten selbst in eine QM-Software tippen. Die Software errechnet Summen- und Mittelwerte und gibt dem Therapeuten sofort visuelle Rückmeldung – durch Histogramme und Balkendiagramme mit Vergleichskurven und Referenzwerten.

### Die untrennbare Verknüpfung mit dem Qualitätszirkel

Es wird deutlich, dass der Qualitätszirkel eine zentrale Bedeutung hat. Ohne QZ ist das interne QM nicht zu etablieren.

Die Teilnehmerzahl kann sehr verschieden sein. Wir haben mit 13 Teilnehmern gut gearbeitet – nur die Kasuistik hat darunter gelitten. 6 bis 12 Teilnehmer erscheinen akzeptabel.

Häufigkeit: Nach unseren Erfahrungen sollte der QZ anfangs öfter stattfinden: im ersten Halbjahr monatlich, im zweiten Halbjahr 6-wöchentlich und im zweiten Jahr alle zwei Monate. Die Dauer sollte auf etwa 2 Stunden angesetzt werden (je nach Zahl der Teilnehmer).

Inhalt: Die inhaltliche Dreiteilung

- Erfahrungsaustausch und konkrete Rückfragen zur praxisinternen Durchführung des QM seit dem letzten Treffen (30 Minuten)

- Vermittlung von neuem QM-Wissen und neuen QM-Skills mit Demonstrationen und Rollenspielen (45 Minuten)
- Kasuistik – Vorstellung eines Falles im Sinne einer Intervention unter QM-Gesichtspunkten (45 Minuten).

Hierzu ist die Fortbildung zum QZ-Moderator notwendig. Moderatoren müssen das QM vermitteln können. Für diese Fortbildung reicht ein zweitägiger Workshop.

Trotz der kleinen Stichprobe dieser Pilotstudie konnten teils systematische, teils unsystematische Hinweise gewonnen werden, die einen Schritt weiter gehen als Überlegungen vom grünen Tisch her, wie wohl internes Qualitätsmanagement ablaufen könnte. Auch wenn keine wissenschaftlich aussagekräftigen Verallgemeinerungen angestellt werden dürfen, so kann doch die Betrachtung der Patienten-, Therapeuten- und Zeitstichprobe eine Orientierung für die Planung einer größer angelegten empirischen Untersuchung geben.

### Literatur

- Baumann U, Sodeman U, Tobien H: Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1980;1:201-216
- Braun U, Regli D: Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In: Laireiter AR (Hrsg.): *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer, 2000, 459-475
- Denk C, Sulz SKD: VDS-Expert QM Software zum praxisinternen Qualitätsmanagement. München: CIP-Medien, 2001
- Derogatis LR: SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc., 1992
- Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz, 2001
- Frankl V: *Der Wille zum Sinn*. Bern: Huber, 1978
- Grawe K, Baltensberger C: Figurationsanalyse – ein Konzept und Instrument für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 1998, 179-207
- Grawe K, Bernauer F, Donati R: *Psychotherapie im Wandel*. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 1994
- Greenberg L: Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In: Sulz SKD, Lenz G (Hrsg.): *Von der Kognition zur Emotion*. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien, 2000, 77-110
- Gruyters T, Priebe S: Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten: Resultate und Problem der systematischen Erforschung. *Psychiatr Prax* 1994;21:88-95
- Jacob G, Bengel J: Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 2002;23:401-418
- Kastner S, Basler HD: Messen Veränderungsfragebögen wirklich Veränderungen? *Schmerz*, 1997;11:254-262
- Kazdin AE: *Single case designs*. New York: Oxford University Press, 1982
- Keller F, Konopka J, Fegert M, Naumann A: Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung. *Nervenheilkunde* 2003;22:40-46
- Kiresuk T, Sherman R: Goal Attainment Scaling: A general method evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Rev* 1968;4:443-453

- Köhlke HU: Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Tübingen: DGVT-Verlag, 2000
- Längle A (ed.): Existential Analysis. Eur Psychother 2003;4:33ff
- Lecci L, Karoly P, Ruehlman LS, Lanyon RJ: Goal-relevant dimensions of hypochondrical tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. J Abnorm Psychol 1996;105:42-52
- Mattejat F, Remschmidt H: Evaluation von Therapie mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung. Z Klin Psychol 1993;22:192-233
- Meyer F, Schulte D: Zur Validität der Beurteilung von Therapieerfolg durch Therapeuten. Z Klin Psychol Psychother 2002;31:53-61
- Michalak J, Schulte D: Zielkonflikte und Therapiemotivation. Z Klin Psychol Psychother 2002;31:213-219
- Michalak J, Kosfelder J, Mayer F, Schulte D: Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsmessung. Z Klin Psychol Psychother 2003;32:94-103
- Palm W: Computerunterstützte Prozesskontrolle für die ambulante Psychotherapie. Verhaltenstherapie 1998;8:208-213
- Pekarik G, Wolff CB (1996): Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance. Professional Psychology: Research and Practice, 27, 202-208
- Pöhlmann K: Die Entwicklung von Zielsystemen und ihre Veränderung durch Interventionen: Persönliche Ziele von seelisch Gesunden und Psychotherapieklientinnen. Universität Erlangen-Nürnberg: Unveröffentlichte Habilitationsschrift, 1999
- Pöhlmann K, Joraschky P, Petrowski K, Arnold B, Rausch T: Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2001;34:205-224
- Regli D, Bieber K, Mathier F, Grawe K: Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 2000;21:399-420
- Robbins S, Lee R, Wan T: Goal continuity as a mediator of early retirement adjustment: Testing a multidimensional model. Journal of Counselling Psychology 1994;41:1118-1126
- Rudolf G, Jacobsen T, Hohage R, Schlösser A: Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtenkriterienliste. Psychotherapeut 2002;47:249-253
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann W: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und Medizinische Psychologie 1989;39:248-255
- Schulte D, Mayer F: Woran orientieren sich Therapeuten bei ihrer Sitzungsbeurteilung und Erfolgsprognose? Z Klin Psychol Psychother 2002;31:257-265
- Seligman MEP: The effectiveness of psychotherapy – The consumer reports study. Am Psychol 1995;50:965-974
- Smith E, Rrawe K (2000): Die Rolle der Therapiebeziehung im therapeutischen Prozess - Gefahren und Chancen. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21, 421-438
- Smith E, Regli, D, Grawe K: Wenn Therapie wehtut. Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1999;31:227-252
- Sulz SKD: Strategische Therapieplanung – Materialienmappe. München: CIP-Medien, 1999a
- Sulz SKD: Materialienmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS. München: CIP-Medien, 1999b
- Sulz SKD: Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Psychotherapie 2001a;6:30-56
- Sulz SKD: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie: Planung und Gestaltung der Psychotherapie. München: CIP-Medien, 2001b
- Sulz SKD (Hrsg.): Von der Balintgruppe zur Interaktionellen Fallarbeit IFA. München: CIP-Medien, 2002
- Sulz SKD, Müller S: Bedürfnis, Angst, Wut und Persönlichkeit – eine empirische Studie zum Zusammenhang zwischen motivationalen Variablen und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen. Psychotherapie 2000;5:22-37
- Sulz SKD, Sauer S: Diagnose und Differenzialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie 2003;8:45-59
- Sulz SKD, Theßen L: Entwicklung und Persönlichkeit – Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. Psychotherapie 1999;4:31-44
- Sulz SKD, Gräff U, Jakob C: Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. Psychotherapie 1998;3/1:46-56
- Sulz SKD, Hörmann I, Hiller W, Zaudig M: Standardisierte Erfassung des psychischen Befundes in der psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapie 2002;7/1:23-39
- Sulz SKD (2003) Qualitätsmanagement in psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen. München: CIP-Medien
- Zielke M (1979): Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL). Göttingen: Hogrefe Testzentrale
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978): Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Göttingen: Hogrefe Testzentrale

**Für die Verfasser:**

**Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz, Dipl.-Psych.**

Centrum für Integrative Psychotherapie

Nymphenburger Straße 185

D-80634 München

e-mail: cipmedien@aol.com