

A.-R. Laireiter

Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis

Zusammenfassung Methoden der Sicherung und Verbesserung psychotherapeutischer Leistungen werden seit einigen Jahren intensiv diskutiert, insbesondere in Deutschland, wo gesetzliche Regelungen Anbieter und Kostenträger zur Implementierung entsprechender Systeme verpflichten. Anders ist die Situation in Österreich und der Schweiz, wo derartige Regelungen nur die stationäre Psychotherapie betreffen. Dennoch ist es notwendig, sich auch im Rahmen ambulanter Psychotherapie dieser Aufgabe zuzuwenden. Der vorliegende Beitrag erörtert nach einer Einführung in die Begrifflichkeit und Modelle zentrale Aspekte eines aktiven internen Managements der Behandlungsqualität, wobei vor allem auf Standards der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, sowie die Planung und das Monitoring von Qualität eingegangen wird. Als organisatorische Basis ambulanten Qualitätsmanagements werden „Qualitätszirkel“ vorgestellt. Wichtige Schritte weiterführender Entwicklungen auf gesetzlicher, berufständischer und der Ebene des Einzelversorgers werden abschließend diskutiert.

Schlüsselwörter: Qualität, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Psychotherapie.

Quality assurance of psychotherapy: Structure-, process- and outcome-quality in psychotherapeutic outpatient treatment

Abstract Models for the assurance of the quality of psychotherapy are intensively discussed in the german speaking countries during the last years, not only in Germany, where quality assurance in psychotherapy is prescribed by law, but also in Austria and in Switzerland. Although quality assurance is obligatory only for inpatient treatment in these countries, it is very important to take outpatient treatment into consideration as well. Therefore, this paper is dedicated to this matter. After a short introduction into the terms and models central aspects of quality assurance in outpatient psychotherapy are presented (quality standards, quality monitoring and continuous quality improvement). For practical realization internal methods for the management of treatment quality seem to be most appropriate for ambulatory psychotherapy. Specific quality-related working-groups, so called “ambulatory quality-circles”, may function as an organisational basis of these efforts. Although basic concepts and methods are already developed, future developments must implement them. Some necessary steps into this direction are discussed at the end of the paper.

Keywords: Quality, quality-management, quality-assurance, psychotherapy.

La garantie de qualité en psychothérapie: qualité des structures, des processus et des résultats en pratique ambulatoire

Résumé L'expression “garantie de qualité” est l'une des formules magiques employées par les systèmes modernes de santé, en Allemagne surtout où depuis 1989, la législation rend obligatoire l'élaboration de modèles et systèmes correspondants. En Autriche et en Suisse, les réglementations ne concernent que la psychothérapie en milieu hospitalier. Nous ne devrions toutefois par négliger d'inclure cet aspect à la psychothérapie ambulatoire, pour des raisons liées à

la politique professionnelle mais aussi aux aspects juridiques de l'offre. C'est pourquoi nous lui consacrons le présent travail.

Par rapport au domaine de la santé publique, on entend par qualité le degré de santé et de soulagement de la souffrance psychique, physique et sociale qu'un système et ses institutions, cabinets privés compris, peuvent apporter aux patients et à la population. Selon Donabedian (1966), il faut effectuer une distinc-

tion entre la qualité de la structure, des processus et des résultats de la psychothérapie. Il faut donc inclure dans l'ensemble "garantie de qualité" toutes les démarches et méthodes mises en oeuvre pour améliorer les prestations dans ces trois domaines.

Alors qu'au début on a plutôt utilisé des modèles statiques permettant de maintenir le niveau d'une prestation donnée, et en particulier de ses résultats, et de les améliorer lorsqu'ils étaient insuffisants, depuis le début des années 80 le débat a beaucoup évolué sous l'influence de modèles du type "total quality management" (Sashkin et Kiser, 1993). On enregistre une nette tendance à abandonner la dimension centrale de "qualité des résultats" pour placer l'accent sur les aspects liés à la génération de qualité en tant que processus. Dans ce sens, les modèles en rapport avec la gestion de la qualité de la psychothérapie ont acquis plus d'importance (par ex., les normes 9000-9004 de l'International Standards Organization, à Genève). A la base de cette gestion de qualité se situe le processus d'amélioration constante de la qualité décrit par Deming; il inclut les étapes suivantes: "planification", "régulation", "observation/monitoring" et "amélioration" de la qualité lorsque cela s'avère nécessaire. Selon ce modèle, l'aspect planification implique que l'on définisse des standards, celui de la régulation que l'on mette en oeuvre à titre préventif des mesures et directives permettant d'améliorer la qualité. Le "monitoring" se fait à l'aide de méthodes et stratégies d'évaluation (enquêtes auprès des clients, évaluation du thérapeute par lui-même et par d'autres, "peer-review", à savoir l'analyse des structures et fonctions existantes par les collaborateurs et les personnes concernées). En appliquant des mesures permettant de résoudre les problèmes de manière adéquate (ex.: formation continue, renforcement de la supervision, enquêtes menées à intervalles réguliers auprès des patients, etc.), on tente d'améliorer la qualité.

Comment les différents éléments inclus dans cette gestion de qualité se présentent-ils par rapport à la psychothérapie ambulatoire? Les principaux standards au niveau de la structure se trouvent au niveau d'un équipement adéquat des locaux, d'une qualification minimale du psychothérapeute, de sa formation continue et permanente, de son intégration à un réseau d'offre régional et du fait qu'il dispose de méthodes qui ont été évaluées et qui lui permettent de traiter des troubles divers. Par rapport à la qualité des processus, les standards exigent que les processus de traitement soient définis et explicités, que les partenaires se mettent d'accord sur un contrat de traitement, qu'une analyse détaillée des problèmes et un diagnostic soient élaborés, qu'une indication soit posée et un plan de traitement préparé, que le traitement soit mené selon les règles de l'art et qu'il soit consigné dans un dossier continuellement mis à jour. Quant à la qualité des résultats, il n'est pas possible de définir des standards au sens strict. Une psycho-

thérapie ne peut avoir des objectifs positifs que si le traitement est adéquat et si des méthodes visant à constamment améliorer la démarche sont mises en oeuvre (supervision, diagnostic tout au long du traitement, questions au patient concernant l'évolution, etc.). Pour qu'une thérapie obtienne de bons résultats, il faut donc continuellement évaluer son déroulement et ses objectifs; ces aspects sont aussi centraux que ceux de la prise en compte de l'évolution de la relation thérapeutique et de la motivation du patient.

Pour réguler la qualité, le psychothérapeute peut et doit mettre en oeuvre de lui-même des mesures adéquates (développement de son cabinet, introduction de standards au niveau des structures et/ou des processus, etc.). Pour la vérifier, on peut utiliser des enquêtes menées auprès des patients, des instruments servant à mesurer le déroulement des traitements et les processus impliqués, une démarche d'auto-observation du thérapeute, et la comparaison avec certains standards ou avec d'autres psychothérapeutes. Lorsque la qualité s'avère déficiente, il faut prendre des mesures pour l'améliorer, qui seront choisies sur la base de méthodes servant à solutionner des problèmes et que le psychothérapeute lui-même va appliquer et évaluer du point de vue de leur efficacité. On appelle ce type de gestion de qualité "gestion interne de qualité", car elle est appliquée par le responsable du traitement lui-même, contrairement aux aspects qui sont contrôlés et prescrits de l'extérieur.

Concernant la base sur laquelle l'organisation de cette gestion interne peut se fonder, il s'est avéré qu'une coopération entre plusieurs psychothérapeutes au sein de "cercles de qualité en ambulatoire" peut se révéler très fructueuse. Il s'agit de groupes associant plusieurs thérapeutes exerçant dans une région donnée, qui se rencontrent sur une base volontaire et à intervalles réguliers pour travailler à l'analyse et à l'amélioration constante de la qualité de leurs traitements en utilisant la méthode de la "peer-review". Contrairement à la supervision/intervision qui s'applique aux traitements en cours, le travail de ces cercles vise à améliorer la qualité à long terme. En résumé, on peut dire que les psychothérapeutes ont déjà élaboré des systèmes de gestion de qualité qui fonctionnent. L'étape suivante devrait permettre de les implémenter d'une manière adéquate du point de vue de la pratique. A cette fin, il faudrait mener un projet devant servir de modèle et permettant de choisir la meilleure démarche. Ceci mis à part, chaque psychothérapeute peut déjà entreprendre sa propre démarche pour améliorer la qualité de ses traitements. Pour ce faire, il faudrait qu'il fixe ses propres standards, qu'il évalue sous cet angle le travail qu'il a accompli jusqu'à maintenant et qu'il prenne des mesures permettant de corriger d'éventuelles lacunes ou erreurs. Il devrait en outre tenter de trouver dans sa région d'autres thérapeutes qui seraient d'accord pour former un "cercle de qualité".

1. Einleitung

Maßnahmen zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der Versorgung und Behandlung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und somatischen Störungen und Erkrankungen gehören mittlerweile in den meisten westeuropäischen Staaten zum Standard eines modernen Gesundheitssystems und sind, wie Richter (1996) ausführt, im Begriff das System dahingehend zu verändern, daß solchen Maßnahmen in Hinkunft, vor allem auch aus Gründen der Ressourcenknappheit (Kordy, 1992), der Zweckmäßigkeit und Güte von Versorgung und Behandlung ein zentraler Stellenwert in der Beurteilung der Leistungen des Gesundheitswesens und seiner Behandler zukommen wird. Neben allgemeinen und spezifischen Strukturverbesserungs- und -sicherungsmaßnahmen, die primär die strukturellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung betreffen, kommt der Sicherstellung und Verbesserung der Behandlungsleistung eines individuellen Arztes, Psychologen oder einer Psychotherapeutin¹ eine besondere Bedeutung zu, sind es doch gerade diese, die vor Ort täglich in ihrer Interaktion mit ihren Patientinnen Qualität produzieren. Aus diesem Grund ist es auch für die Weiterentwicklung der Qualität des Gesundheitswesens von besonderer Bedeutung, diesem Aspekt stärkeres Augenmerk zu schenken. Von besonderer Bedeutung sind dabei nach Schmidt und Nübling (1994) Standards und Kriterien für die Festlegung psychotherapeutischer Qualität ebenso wie die Entwicklung von Strukturen und Systemen, die das Betreiben einer aktiven Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis erst ermöglichen. Es ist daher die Aufgabe des folgenden Beitrages, nach der Einführung in die Begrifflichkeit Aspekte psychotherapeutischer Standards und Möglichkeiten einer aktiven internen Qualitätssicherung niedergelassener Praktiker darzustellen und zu diskutieren. Der interessierte Leser sei zur Ergänzung der folgenden Ausführungen auf weiterführende und vergleichbare Arbeiten von Bertelmann et al. (1996), Richter (1994, 1996), Schmidt und Nübling (1994, 1995) und Laireiter und Vogel (1998) verwiesen.

2. Begriffe und Konzepte

2.1 Qualität

Unter *Qualität* versteht man jene Eigenschaften eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf die Erfüllung festgelegter Erfordernisse oder Aufgaben be-

ziehen (Kordy, 1992). Der Begriff ist also relational und beschreibt den Grad der Annäherung eines Ist-Wertes an einen vorgegebenen Sollwert. Die Sollwerte werden dabei meist über Standards oder Leistungskriterien definiert (z.B. Lebensdauer, Benutzerfreundlichkeit, Aussehen etc.). Qualität im *Gesundheitswesen* und damit auch in der *Psychotherapie* wird als das Ausmaß an Gesundheit oder an Linderung psychischen, physischen und sozialen Leidens verstanden, das ein Gesundheitswesen oder ein einzelner Behandler für Einzelne oder ganze Bevölkerungsgruppen hervorbringt (Laireiter, 1995b). Da am Zustandekommen dieser Leistungen unterschiedliche Ebenen im Spiel sind und die beteiligten Faktoren in unterschiedlicher Nähe zum Behandlungsprozeß anzusiedeln sind, wird der Qualitätsbegriff in der Gesundheitsversorgung seit Donabedian (1966) dreigeteilt, in *Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität* (Kordy, 1992). Weiterhin hat es sich als sinnvoll erwiesen zwischen verschiedenen Ebenen der Qualität und der Qualitätssicherung zu unterscheiden. Die bisherige konzeptuelle Arbeit hat drei herausgearbeitet (Laireiter und Vogel, 1998; Rückert und Linster, 1998): die *Versorgungsebene*, die *institutionelle Ebene* und die *Behandlungsebene*.

Der Begriff der *Strukturqualität* bezieht sich auf das Ausmaß an strukturell verfügbaren Ressourcen oder Rahmenbedingungen, auf die das Gesundheitssystem, die Institution und die individuelle Behandlerin zur Erfüllung seiner/ihrer Aufgaben zurückgreifen kann, wie Anzahl und Ausstattung der Versorgungseinrichtungen, Ausmaß und Qualifikation des Personals sowie Breite und Evaluiertheit der verfügbaren Methoden und Strategien zur Behandlung spezifischer Störungen oder Leidenszustände. Unter *Prozeßqualität* wird die Güte und Qualität der Behandlung von Patientinnen auf den drei Ebenen nach den geltenden Regeln der Kunst über die verschiedenen Phasen einer Behandlung hinweg (Aufnahme, Diagnostik, Indikation, Behandlungskonzept/-plan, Behandlungsdurchführung, Nachbetreuung etc.) verstanden. Die *Ergebnisqualität* beschreibt den Outcome oder das Ergebnis individueller Behandlungen bzw. der Gesundheitsversorgung unter dem Aspekt der Erreichung spezifischer Ergebniskriterien (Remission/Heilung, Symptomlinderung, Befindensverbesserung, Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit etc.) (Kordy, 1992; Schmidt und Nübling, 1994).

„Qualität auf *Versorgungsebene*“ (= „*Versorgungsqualität*“) bezieht sich auf die psychosoziale und Gesundheitsversorgung eines Staates, Landes, Bezirks oder Gemeinde, Qualität auf *institutioneller Ebene* (= „*Einrichtungsqualität*“) beschreibt die Rahmenbedingungen, Prozesse und Ergebnisse der Versorgung leistenden Institutionen, unabhängig davon, ob es sich um eine psychologische, psychotherapeutische oder ärztliche Einzelpraxis oder eine mehrere Stationen und Abteilungen umfassende Klinik handelt. Die *Behandlungsebene* (= „*Behandlungsqualität*“ = Qualität und Qualitätssicherung der individuellen Behandlung einer Patientin, sei es in einer stationären oder ambulanten Einrichtung, in einer komplexen Institution oder einer Einzelpraxis) ihrerseits ist zwar eingebunden in die höheren Systemebenen, hat jedoch ihre eigenen Gesetz-

¹ Die deutsche Sprache besitzt leider keine geschlechtsneutrale Begrifflichkeit, weshalb eine geschlechtsübergordnete Schreibweise bei personbezogenen Hauptwörtern regelmäßig zu Problemen und zu sprachlich häufig sehr uneleganten Lösungen führt. Dem kann sich die vorliegende Arbeit leider auch nicht entziehen. Um den Frauen, die in der Psychotherapie in der Überzahl sind (Therapeutinnen; Patientinnen), gerecht zu werden, wird im folgenden sowohl die männliche wie die weibliche Form – diese jedoch häufiger – verwendet. Selbstverständlich schließt die verwendete (geschlechtsbezogene) Begrifflichkeit das jeweils andere Geschlecht ausdrücklich mit ein.

lichkeiten und Rahmenbedingungen; es hat sich daher als sinnvoll und notwendig erwiesen, dieser eigenständige theoretische Bedeutung zu verleihen.

2.2 Qualitätssicherung, Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement

Der Terminus „*Qualitätssicherung*“ (QS) umfaßt alle Konzepte und Methoden, welche eine maximale Annäherung des Ist-Wertes (in unserem Fall einer medizinischen oder psychotherapeutischen Dienstleistung) an ihren durch Kriterien und Standards definierten Sollwert ermöglicht. Praktisch gesehen ist darunter ein ständig zu durchlaufender Prozeß zu verstehen, dessen Ziel die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität einer (medizinischen und/oder psychotherapeutischen) Dienstleistung sowie des Systems und der Institutionen, hier des Gesundheitssystems und seiner Einrichtungen, im Rahmen dessen diese erzeugt wird, ist (Kordy, 1992). Ausgangspunkt dieses Prozesses ist die ständige Beobachtung der erbrachten Qualität (Routinemonitoring) und deren Vergleich mit den erwünschten Standards (Ist-Soll-Werte-Vergleich) mit dem Ziel Probleme und Schwachstellen zu erkennen und diese über einen Problemlöse- und Qualitätsverbesserungsprozeß zu bearbeiten und zu beseitigen. Dies sollte die Qualität der Tätigkeit und der übergeordneten Systemebenen (Gesundheitssystem, Institutionen) kontinuierlich verbessern.

Qualitätssicherung impliziert, so macht diese Definition deutlich, kein statisches sondern ein dynamisches Konzept, das bereits eine kontinuierliche Anhebung der Qualität einer Tätigkeit zum Ziel hat. Entsprechend heben neuere Qualitätssicherungsmodelle auch eine spiralenförmige Bewegung der Qualitätsentwicklung durch QS-Maßnahmen hervor (vgl. dazu ausführlicher KBV, 1993; Selbmann, 1995).

Da nach Ansicht verschiedener Theoretiker Konzepte der Qualitätssicherung theoretisch zu statisch auf den Erhalt eines Qualitätsniveaus ausgerichtet sind und weiters der Notwendigkeit einer aktiven Gestaltung und Planung von Qualität und Qualitätsstandards zu wenig gerecht werden (Sashkin und Kiser, 1993), wird daher in letzter Zeit auch im Gesundheitswesen immer häufiger das Konzept des „*Qualitätsmanagement*“ (QM) diskutiert, das den Prozeß der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, wie er oben angedeutet wurde, explizit beinhaltet („*continous quality improvement*“, Sashkin und Kiser, 1993) und darüber hinaus noch ergänzt um die nach vorne gerichteten Schritte (feed-forward) „*Qualitätsplanung*“ und „*Qualitätslenkung*“. Praktisch ist damit nicht mehr nur ein Qualitätskontroll- und sicherungsmodell, sondern ein dynamisches Planungs-, Handlungs- und Problemlösungsmodell, der sogenannte „*Plan-Do-Check-Act*“-Zyklus (PDCA-Zyklus) von Deming (vgl. Selbmann, 1995), assoziiert. Dieses zirkuläre Managementmodell umfaßt die *Qualitätsplanung* (plan = Einführung von Qualitätsstandards), die *Qualitätslenkung* (do = Setzung prophylaktischer Qualitätssicherungsmaßnahmen), die *Qualitätsprüfung* (check = Durchführung von Qualitäts-Routinemonitorings) und die *Qualitätsverbesserung* (act =

Durchführung von spezifischen Problemlösungen und deren Evaluation). Wie leicht ersichtlich, repräsentiert die Qualitätssicherung im engeren Sinn dabei die eher technische Seite des Qualitätsmanagement (Palm, 1998).

Da modernes Qualitätsmanagement nicht nur eine Ebene eines Sektors berücksichtigen kann, sondern sich aus Gründern der Qualitätsoptimierung auf alle Bereiche desselben beziehen muß, spricht man in der Industrie und dem Dienstleistungsbereich bereits seit langem vom sogenannten „*Total Quality Management*“ (TQM) (Bobzien et al., 1996; DIN, 1992; Sashkin und Kiser, 1993; Spörkel et al., 1995). Dieses Konzept beinhaltet neben einer Übertragung des Qualitätsgedankens auf alle Bereiche eines Betriebes oder (in unserem Fall) der Gesundheitsversorgung auch die Einführung einer spezifischen Sichtweise der Dinge (= Qualitätsphilosophie) und vor allem die Kundenorientierung als zentralen Bestandteil desselben. Demnach sollten zu Behandelnde nicht mehr als Patientinnen im Sinne der medizinischen Kranken- oder der psychotherapeutischen Patientinnen- oder Klientinnenrolle gesehen werden, sondern eher als Kunden oder Nutzer der Einrichtung, die sich in einem Leistungsaustausch mit ihren Behandlerinnen (= Anbieterinnen) befinden. Durch die Implementierung der Qualitätsphilosophie und der Kundenorientierung in das Gesundheitswesen mögen manche Probleme der herkömmlichen Kranken- oder Patientendefinition entfallen, es werden allerdings auch neue geschaffen (z.B. Überforderung, Vergegenständlichung, Vermarktung der Hilfesuche; „*Ökonomisierung*“ und Entfremdung der Beziehung zwischen Hilfesuchendem und Behandlerin). Dies sollte man vor einer allzu freudigen Übernahme der Qualitätsphilosophie in die Psychotherapie ausreichend reflektieren (vgl. dazu auch Geissler, 1998; Hermer, 1998).

Da im Bereich des Gesundheitswesens bislang noch keine begriffliche Einigung erzielt werden konnte und unterschiedliche Autoren einmal den QS- und einmal den QM-Begriff als Leitbegriff verwenden, werden beide Begriffe in den folgenden Ausführungen synonym gebraucht. Diese Synonymisierung rechtfertigt sich auch daraus, daß im Gesundheitssystem bis jetzt erst sehr wenige wirkliche QM-Konzepte verwirklicht worden sind (Ausnahmen: Fiegenbaum et al., 1997; Menz, 1998; Rüssmann-Stöhr, 1996) und daß die meisten im Einsatz befindlichen QS-Konzepte auch dynamischen Charakter besitzen (vgl. z.B. Kordy und Lutz, 1995; Schmidt und Nübling, 1995).

Im Rahmen des QS/QM-Konzeptes werden interne und externe Elemente der Qualitätssicherung diskutiert. *Interne Qualitätssicherung* (resp. „*internes Qualitätsmanagement*“) beschreibt die Planung, Lenkung, Erfassung und Verbesserung der Qualität einer Leistung durch die Anbieter selbst (Hauke et al., 1994), sei dies eine Einzelpraktikerin, eine spezifische Versorgungseinheit (Station, Spital etc.) oder ein Zusammenschluß aus diesen (Praktikergruppe, inhaltlich definierter Versorgungsbereich etc.). Zentral für das interne Qualitätsmanagement ist, daß der Prozeß des QM vollständig durch die jeweilige Einheit selbst betrieben wird und

daß von außen keinerlei kontrollierende und regulierende Kraft eingreift (keine Abgabe von Informationen nach außen, keine Vorgaben oder Standards von außen etc.). Im Gegensatz dazu bezieht sich der Begriff des „externen Qualitätsmanagement“ auf die Einbeziehung einer außerhalb des Systems gelegenen Instanz in den QS-Prozeß, sei es, daß die Versorgungseinheit von außen überwacht wird (z.B. regelmäßige Patientenbefragungen durch den Träger einer Einrichtung oder die Krankenkassen; Durchführung von Qualitätskolloquien etc.; vgl. Paar, 1997) oder Qualitätsplanung und -lenkung (Behandlungskonzept, Therapiepläne) sowie entsprechende Verbesserungsmaßnahmen von außen vorgegeben werden (z.B. Veränderung des Personalschlüssels, von Therapieplänen, Vorgabe von Schulungsmaßnahmen etc.). Weiters wird zum Routine-monitoring in der Regel auch ein Vergleich mit anderen Versorgungseinheiten angestrebt (z.B. mit Stationen oder Krankenhäusern, die eine vergleichbare Klientel behandeln) (Gaebel, 1995). Nicht selten findet man Kombinationen aus internen und externen Managementmaßnahmen (vgl. Laireiter, 1995b, 1996a; Schmidt und Nübling, 1995).

Bezogen auf die Frage, welche der beiden Strategien effektiver und zielführender ist, ist eine eindeutige Antwort schwierig. Die Entscheidung hängt von verschiedenen Faktoren ab, etwa dem Bereich, in dem das QM eingeführt werden soll, den allgemeinen und spezifischen Zielen und Aufgaben des QM, etc. Dies gilt auch für die Psychotherapie: Externe Maßnahmen der QS (z.B. ein von außen durchgeführtes Ergebnis-screening) sind für einen Vergleich verschiedener Behandlungseinrichtungen sicherlich angemessener als ausschließlich interne Maßnahmen. Andererseits sind externe Kontrollmaßnahmen vor allem im Rahmen der Prozeßqualität als durchweg wenig zielführend erkannt worden (Kordy, 1992; Richter, 1994, 1996; sowie unten).

Wie sehen nun die bisher entwickelten QM-Systeme aus? Der folgende Überblick soll kurz informieren. Für weiterführende Ausführungen sei auf die Literatur verwiesen (Laireiter, 1996a, mit Österreichbezug; Laireiter und Vogel, 1998, sowie Schmidt und Nübling, 1995, zur Situation in Deutschland).

2.3 Systeme des Qualitätsmanagements

Grundsätzlich ist zu staatlich getragenen Modellen des Qualitätsmanagements im Gesundheitsbereich anzumerken, daß sich diese auf ein sehr komplexes und vielschichtiges Feld beziehen und in diesem Rahmen viele unterschiedliche Aufgaben und Funktionen erfüllen müssen. Es gibt daher nur sehr wenige allgemeine Strukturen. Als Voraussetzung für eine funktionierende Qualitätssicherung sind die Etablierung organisatorischer Einheiten, die die Entwicklung und Durchführung der entsprechenden Maßnahmen vorantreiben, koordinieren und überwachen (Kommissionen, Beauftragte etc.), sowie vor allem die Bereitstellung von Personal- und Sachmittel zu sehen. Damit führt Qualitätsmanagement zunächst einmal zu keiner Kostenreduktion, im Gegenteil, sie verursacht Kosten und

erreicht erst im Laufe von einigen Jahren „Kostenneutralität“ (vgl. dazu auch Richter, 1996).

Was die Psychotherapie im engeren betrifft, scheint es angebracht, zwischen klassischen und modernen Methoden der Qualitätssicherung zu unterscheiden. Qualitätssicherung hat hier nämlich bereits eine lange, wenn auch eher implizite Tradition, z.B. über Kriterien und Methoden einer strukturierten Ausbildung, die Verpflichtung zu lebenslanger Fortbildung, die regelmäßige Supervision/Intervision sowie die Kontrolle des Therapieverlaufs und des Therapie-Outcomes (z.B. in der Verhaltenstherapie). Moderne Formen erheben den Anspruch einer stärkeren Systematik, einer stärkeren Fokussierung der Behandlungs- (Prozeß- wie Ergebnis-) Qualität, der Integration von Erkenntnissen der modernen Qualitätswissenschaften und einer flächendeckenden Erfassung des gesamten Feldes einer Profession (vgl. dazu ausführlicher Richter, 1996; Schmidt und Nübling, 1995). Wie die Literatur zeigt (Laireiter, 1995b), besitzt jedoch noch kein westlicher Staat ein vollständig flächendeckendes modernes Qualitätsmanagementsystem in seinem Gesundheitssystem, geschweige denn in seiner psychotherapeutischen Versorgung.

Die Entwicklungen im Bereich der stationären Psychotherapie sind in den westlichen Staaten bereits etwas weiter fortgeschritten, als in der ambulanten, auch in Deutschland (vgl. Gaebel, 1995; Haug und Stieglitz, 1995; Laireiter und Vogel, 1998). In Österreich und der Schweiz stehen sie erst am Anfang, wenngleich in Wien und in der Steiermark bereits größere Modellprojekte durchgeführt und damit wichtige Erfahrungen für die Implementierung qualitätssichernder Maßnahmen in das Gesundheitswesen gemacht worden sind. Den äußeren Rahmen des Qualitätsmanagement stationärer Versorgung in Österreich bildet zum einen, wie in allen Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation WHO, das Konzept Gesundheit 2000 der WHO, zum anderen die Novelle zum Krankenanstaltengesetz (KAG) von 1993, das die Länder verpflichtet, im Rahmen ihrer Landesgesetzgebungen Regelungen und Strukturen zur Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Von diesen Regelungen sind allerdings nur die (privaten wie öffentlichen) Krankenanstalten betroffen, das Gesetz schließt den ambulanten Sektor der Gesundheitsversorgung nicht ein.

Im Rahmen des KAG von 1993 wird primär eine interne Qualitätssicherung auf freiwilliger Basis vorgeschlagen, die jedoch die prinzipielle Möglichkeit zu externen Vergleichen und überregionalen Lösungen offen läßt. Dies hat einige Landesgesetzgeber dazu veranlaßt, in ihren Ländern kombinierte Modelle (interne und externe Qualitätssicherung) einzuführen (vgl. z.B. das Modell der Steiermark: Gomsj, 1994). Gegenwärtig sind zwar in fast allen Bundesländern die entsprechenden Landesgesetze geschaffen und beschlossen, allerdings fehlt es noch an ihrer systematischen Umsetzung und damit auch an der systematischen Implementierung eines allgemeinen Qualitätsmanagementsystems. Dazu wurde vom „Ludwig Boltzmann-Institut für Krankenhausorganisation“ unter der Leitung von Dozent Dr. Hauke ein „Leitfaden zur Qualitätssicherung im

Krankenhaus“ erstellt, der über das Gesundheitsministerium vertrieben wird (Hauke et al., 1994) und die wichtigsten Aspekte des „österreichischen Weges der Qualitätssicherung“ festhält: *Interne Qualitätssicherung, Qualitätssicherungsbeauftragte, Qualitätssicherungskommissionen, Qualitätszirkel; Qualitätssicherung als Problemlösung und ständige Qualitätsverbesserung nach dem PDCA-Zyklus nach Deming.*

Die *Psychotherapie* als eigenständiger Bereich des Gesundheitswesens ist durch die erwähnte Novelle des KAG nicht angesprochen. Sie ist, wenn überhaupt, nur soweit betroffen, als sie Teil stationärer (psychiatrischer oder rehabilitativer) Versorgung ist. Für den *ambulant*en Sektor konnten bisher weder systematische Empfehlungen noch Versuche einer modellhaften Installierung von Qualitätsmanagement-Systemen beobachtet werden. Aus berufspolitischen, vor allem aber aus berufsethischen und fachlich-inhaltlichen Überlegungen wäre aber eine freiwillige und nicht erst durch gesetzliche Vorgaben vorgeschriebene Implementierung entsprechender Strukturen und Systeme unbedingt zu fordern (Laireiter, 1995a, b; Piribauer, 1995). Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll und notwendig, einige vertiefende Überlegungen zum Qualitätsmanagement für die ambulante Psychotherapie anzustellen und dabei auch entsprechende Vorschläge in die Diskussion einzubringen. Aufgrund des nur begrenzt verfügbaren Raumes in einer Zeitschrift kann auf allgemeine Grundlagen des Qualitätsmanagement, insbesondere der am weitesten ausgereiften Systeme, dem ISO-Normensystem 9000-9004² und dem „Europäischen Qualitätsnorm-System“ hier nicht eingegangen werden (vgl. dazu ausführlicher Bertelmann et al., 1996; Bobzien et al., 1996; DIN, 1992; Glaap, 1996; Kamiske und Brauer, 1995; Spörkel et al. 1995, kritisch: Geissler, 1998).

3. Qualitätsmanagement ambulanter Psychotherapie

Für die ambulante Psychotherapie sind verschiedene Ebenen des Qualitätsmanagement von Bedeutung. An oberster Stelle sind allgemeine gesetzliche und berufsrechtliche Aspekte und Standards zu nennen, die den wesentlichsten Einfluß haben. Diese sind bzw. wären in Österreich z.B. auf der Ebene des Psychotherapiegesetzes (resp. zukünftiger Novellen), des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und verwandter Gesetze, des Ärztegesetzes und anderer relevanter Berufsgesetze (z.B. Psychologengesetz) anzusiedeln, aber auch auf entsprechenden Verordnungen der zuständigen Ministerien (z.B. des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, BMAGS). Zum Teil liegen der-

artige Rahmenstrukturen bereits vor (Ethikrichtlinien, Fortbildungsverordnungen, Berufsrechte etc.), zum Teil wären sie noch zu schaffen.

Die nächste Ebene qualitätsrelevanter Vorgaben wäre in berufsrechtlichen und berufsethischen Standards und Verpflichtungen zu sehen, konkret im Rahmen der berufsethischen Kodices für Psychotherapie und Klinische Psychologie, die im Psychotherapie- bzw. Psychologenbeirat im BMAGS entwickelt (für Psychotherapie vgl. Krisch und Stemberger, 1993) und von den Berufsverbänden (*Psychologie*: Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen, B.Ö.P.; *Psychotherapie*: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, ÖBVP) als Rahmen für berufliches Handeln in Klinischer Psychologie und Psychotherapie vorgegeben worden sind. In beiden Kodices sind verschiedene Aspekte qualitätsrelevanten psychotherapeutischen Handelns enthalten (z.B. Umgang mit Patienten; Abstinenzregeln etc.); weitere, vor allem solche, die sich konkret auf die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung beziehen, wären noch zu installieren. Darüber hinaus läge es auch im Aufgabenbereich des B.Ö.P. und des ÖBVP als Berufsvereinigungen, spezifische Standards und Kriterien der psychotherapeutischen Qualität und des Qualitätsmanagement von Psychotherapie und Klinischer Psychologie zu schaffen und diese auch im Sinne einer freiwilligen Selbstverpflichtung allen Psychotherapeutinnen in Österreich als Rahmenrichtlinien ihres therapeutischen Handelns vorzugeben (für die psychologische Diagnostik vgl. B.Ö.P., 1997; für die Psychotherapie in Deutschland: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, BDP: Nienhaus et al., 1997; Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften, AWMF: Scheidt, 1996; Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie: DGVT, 1997; für die Psychotherapie in der Schweiz: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP, o. Jahr).

Auf der nächsten Stufe und von gleicher Wichtigkeit könnten von den einzelnen psychotherapeutischen Fachgesellschaften, die spezifische psychotherapeutische Orientierungen vertreten, Standards und Richtlinien für das konkrete fachspezifische Vorgehen in der Psychotherapie entwickelt und erlassen werden. Auf dieser Ebene wären vor allem Standards zu orientierungs- und störungsbezogener Prozeß- und Ergebnisqualität zu erwarten, ebenso wie Vorschläge und Regelungen zur Planung, Überprüfung und Verbesserung derselben.

Standards und Empfehlungen können jedoch nur ein Mittel zur Implementierung von QM-Systemen sein, genauso wichtig ist die Entwicklung von Organisationseinheiten wie QS-Beauftragte, QS-Kommissionen etc. (vgl. für Deutschland: KBV, 1993; Scheidt, 1996; Überblick auch bei Laireiter, 1995a).

Als die unterste Stufe des Qualitätsmanagements von Psychotherapie ist die Ebene des einzelnen Psychotherapeuten (= Praktikerebene) anzusiedeln. Der Begriff „unterste Stufe“ ist jedoch keineswegs so zu verstehen, daß diese etwa am unwichtigsten sei. Im Gegenteil, für die effektive Hervorbringung psychotherapeutischer Qualität ist diese am wichtigsten. Denn was nützen die

² ISO: Internationale Standardisierungs-Organisation mit Sitz in Genf; Die ISO brachte Mitte der 80er Jahre das Normensystem ISO 9000-9004 heraus, das sich auf die Entwicklung und Implementierung von Qualitätssicherungssystemen in Industrie, Handel und Dienstleistung bezieht und diese normiert hat. Seine Übertragung auf die Psychotherapie wird bereits vielfach diskutiert (Baumgärtel, 1996; Bertelmann et al., 1996; Fiegenbaum et al., 1997; Geissler, 1998; Gmür und Strauß, 1998; Menz, 1998; Spörkel et al., 1995).

besten Standards und Richtlinien, wenn sie in der Praxis nicht umgesetzt werden oder nicht umsetzbar sind, und wenn sich die Praktiker nicht um ihre ureigenste Aufgabe, die ständige Verbesserung ihrer Behandlungen und deren Ergebnisse, bemühen.

Der Wichtigkeit dieser Ebene entsprechend bedarf es daher bei der Beschäftigung mit dem Thema des Qualitätsmanagement von Psychotherapie vor allem und vornehmlich einer intensiven Auseinandersetzung mit der Frage, welche Möglichkeiten individuelle Praktikerrinnen, unabhängig jedoch von ihrer spezifischen psychotherapeutischen Orientierung, zur Sicherstellung und Verbesserung ihrer *Behandlungsqualität* besitzen. Im folgenden soll daher diese Frage besonders fokussiert werden, auf das Management der Einrichtungsqualität (=Qualität der privaten Praxis) wird aus Platzgründen im folgenden nicht weiter eingegangen (vgl. dazu z.B. ausführlicher Rückert und Linster, 1998). Qualitätsmanagement impliziert im Sinne des PDCA-Zyklus, wie oben ausgeführt, sowohl Standards und Kriterien für die Festlegung/Definition von Qualität (im Sinne der Qualitätsplanung) wie auch Methoden und Maßnahmen zur Erfassung derselben (Qualitätsmonitoring) und deren Sicherstellung und Verbesserung (= Qualitätsverbesserung). Der momentanen Bedeutung in der Diskussion wegen wird im folgenden Abschnitt primär auf die Ebene der Qualitätsstandards in der ambulanten Praxis eingegangen. Die anderen Aspekte werden nur kurz abgehandelt. Weiters bedarf es auch auf der Ebene individueller Behandlerinnen der Einrichtung organisatorischer Möglichkeiten, innerhalb derer „ambulantes Qualitätsmanagement“ (= Management der Qualität ambulanter Psychotherapie) durchgeführt werden kann; als besonders bedeutungsvoll haben sich dabei eine bestimmte Form von „Qualitätsarbeitsgruppen“, sogenannte „*Qualitätszirkel*“ erwiesen. Diese werden im darauffolgenden Abschnitt angesprochen.

4. Bestandteile des Managements ambulanter psychotherapeutischer Behandlungsqualität

Die Elemente des Qualitätsmanagementprozesses (Qualitätsstandards, Qualitätsplanung und -lenkung, Qualitätsmonitoring und Qualitätsverbesserung) können der Definition von Donabedian (1966) folgend sowohl auf die Struktur- wie auch die Prozeß- und die Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen angewendet werden. Da sich vor allem die Qualitätsstandards dieser drei Ebenen voneinander unterscheiden, werden sie im folgenden getrennt abgehandelt.

4.1 Aspekte der Strukturqualität

Versorgungsstruktur-Qualität wird üblicherweise über vier Kriterien definiert: 1. Anzahl und 2. Ausstattung der Versorgungseinrichtungen, 3. Ausmaß und Qualifikation des Personals und 4. Breite und Evaluiertheit der verfügbaren Methoden und Strategien zur Behandlung spezifischer Störungen oder Leidenszustände. Für den individuellen Psychotherapeuten sind vor allem die Aspekte 2 bis 4 von Relevanz.

1. Ausstattung der Versorgungseinrichtung

Bei der Ausstattung der „Versorgungseinrichtung“ geht es primär um Mindestanforderungen an die Ausstattung der Praxis, die benutzten Räumlichkeiten und die Termin- und Zeiteinteilung. Nach Richter (1996) sollte eine Psychotherapiepraxis über eine bedarfsgerechte personelle, apparative und räumliche Ausstattung verfügen, die den Ansprüchen einer „Krankenbehandlung“ gerecht wird. Darüber hinaus sollte ein/e Psychotherapeut/in angeben können, zu welchen Zeiten er/sie persönlich erreichbar ist; sie sollte für Kriseninterventionen zur Verfügung stehen und regelmäßige Erstgesprächstermine anbieten. Weitere Aspekte der individuellen Strukturqualität nach Richter sind die Kooperation mit regional niedergelassenen Vertretern anderer Gesundheitsberufe und die Anpassung des Praxisablaufes an die örtlichen Gewohnheiten und Notwendigkeiten sowie die Beteiligung an regionalen oder lokalen Initiativen der Gesundheitsförderung und der öffentlichen Gesundheitsaufklärung.

2. Qualifikation des Psychotherapeuten

Von ihrer Qualifikation her gesehen wäre zu fordern, daß Psychotherapeutinnen auf dem jeweils letzten Stand der Entwicklung der Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen stehen und entsprechend informiert sind und daß sie über eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Ausbildung verfügen (vgl. auch Grawe et al., 1994). Letzteres ist in Österreich mittlerweile durch das Psychotherapiegesetz geregelt. Dennoch impliziert diese Regelung nur eine fachliche Basisqualifikation. Für den Erwerb weiterführender Qualifikationen und vor allem für die ständige Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Kompetenzen ist der individuelle Psychotherapeut selbst verantwortlich. Psychotherapeutinnen dürfen nach dem Psychotherapiegesetz und den berufsethischen Richtlinien des ÖBVP nur jene Methoden praktizieren, in denen sie eine qualifizierte Aus- oder Weiterbildung absolviert haben. Dies schließt unsachgemäße Verwendung von „angelesenen“ Verfahren ebenso aus wie eine probeweise Durchführung vielleicht an sich selbst erfahrener psychotherapeutischer Vorgehensweisen. Weitere zentrale Kriterien der Qualifikation der Psychotherapeutin sind die regelmäßige Fort- und Weiterbildung und ständige Supervision oder Intervision im kollegialen Kreis. Auch sollten sich Psychotherapeuten, da die eigene Psyche ein zentrales psychotherapeutisches Element darstellt, im Falle einer psychischen Veränderung oder bei Auftreten persönlicher oder sozialer Probleme, einer Behandlung, Reflexion oder Selbsterfahrung unterziehen (Sherman, 1996). In diesem Sinne stellt lebenslange professionelle und persönliche Selbstreflexion und Selbstanalyse ein weiteres zentrales Qualitätskriterium psychotherapeutisch Tätiger dar (Kanfer et al., 1996; Laireiter, 1994a, 1996b).

3. Verfügbare Methoden

Im Sinne wissenschaftlicher Qualitätsstandards sollten Psychotherapeutinnen über ein breites Repertoire an

gut evaluierten Methoden zur Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen verfügen (Grawe et al., 1994), ebenso wie sie Behandlungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Settings anbieten können sollten (Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien) (Richter, 1996). Diese Forderung impliziert auch, daß ein Psychotherapeut nicht nur eine Basistechnik oder das Standardvorgehen in seiner jeweiligen psychotherapeutischen Orientierung beherrscht, sondern darüber hinaus auch in der Lage ist, effektive Methoden zur Behandlung spezifischer Probleme zu offerieren, die auch den Kriterien der Ökonomie und Angemessenheit entsprechen (z.B. Konfrontationsmethoden bei Agoraphobie, Kompetenztrainings bei sozialen Ängsten und Selbstunsicherheit, aber auch humanistische Methoden bei emotionalen Problemen oder Methoden tiefenpsychologischer Provenienz bei sogen. „frühen Störungen“). Weiterhin sollte er auch methodische Kompetenzen für spezifische, nicht alltägliche Anforderungen besitzen, wie z.B. Krisenintervention und Krisenmanagement, die Lösung akut anstehender Lebensbelastungen und Lebensprobleme, die Beratung in Sozial- und Lebensfragen etc.

Ein weiterer Bereich verfügbarer Methoden bezieht sich auf Instrumente und Verfahren zur Diagnostik, Problemanalyse und Evaluation individueller Behandlungen (z.B. Tests und klinische Skalen u.ä.) sowie deren Einsatz im Rahmen von Psychotherapie, ebenso wie auf die Ausstattung einer Praxis mit notwendigen technischen Gerätschaften, wie z.B. einem Biofeedbackgerät in verhaltenstherapeutischen Praxen, einem Computer mit entsprechender Software, vor allem zur Dokumentation und Diagnostik, einem Entspannungstuhl etc., um nur einige wenige zu nennen.

All dies verlangt von einer qualitätsgerechten psychotherapeutischen Praxis der Zukunft, daß ein Psychotherapeut neben seiner eigenen therapeutischen Methode auch Kenntnisse und Kompetenzen in anderen Richtungen besitzt und in der Lage ist, die entsprechenden diagnostischen und Behandlungsverfahren anzuwenden und sie nach dem Modell der differentiellen Indikation auch bedarfs- und anforderungsgerecht einzusetzen. Es wird einsichtig, warum für Psychotherapeutinnen kontinuierliche Fort- und Weiterbildung ein so zentrales Strukturelement der Sicherstellung ihrer individuellen Behandlungsqualität darstellt.

4. Qualitätsplanung, Qualitätserfassung und Qualitätsverbesserung

Qualität im Bereich der strukturellen Rahmenbedingungen von Psychotherapie ist vergleichsweise leicht zu produzieren, insofern es hier primär auf die Erfüllung der genannten Aspekte ankommt (Ausstattung, Erreichbarkeit, Notfalldienst, individuelle Qualifikation, Methodenrepertoire, technische Geräte etc.). Zentrale Kriterien der Planung von Strukturqualität sind Bedarfsorientiertheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einsatz der entsprechenden Methoden und Verfahren (Gmür und Straus, 1998). Qualität in diesem Bereich ist am einfachsten über den Vergleich mit Standards, mit anderen Praxen und durch regelmäßige Pati-

entenbefragungen zu den angesprochenen Aspekten zu erfassen. Abweichungen von den erwünschten Standards können am einfachsten durch Neuanschaffungen, Ausstattungserweiterungen, kleinere Maßnahmen der Organisationsentwicklung (z.B. Etablieren eines Sekretariats, Mitarbeit psychotherapeutischer Hilfspersonen, Ausbau der Praxis zu einer Gruppenpraxis etc.), Fort- und Weiterbildung und, damit verbunden, einer Erweiterung des Behandlungsangebots, verbessert werden. Häufig reicht aber auch bereits eine stärkere Hervorhebung des vorhandenen Angebots, eine Strukturierung der Abläufe oder eine Investition in Maßnahmen zur PR (Logo, Briefpapier, „Praxisphilosophie“ etc.).

4.2 Psychotherapeutische Prozeßqualität

Unter Prozeßqualität der Psychotherapie versteht man, wie einleitend gesagt, die Güte und Qualität der Behandlung von Patientinnen nach den geltenden Regeln der Kunst über die verschiedenen Phasen einer Therapie hinweg. Wie man sich leicht vorstellen kann, ist die Definition und Festlegung von Prozeßstandards im Sinne übergeordneter „Behandlungsleitlinien“ in der Psychotherapie kein leichtes Unterfangen. Dies hat vor allem mit den unterschiedlichen theoretischen Orientierungen, die dieses Fach kennzeichnen und große Differenzen in bezug auf das prozedurale Vorgehen einer Psychotherapie nach sich ziehen, zu tun, aber auch mit den unterschiedlichen Anforderungen und Aufgaben, mit denen eine Psychotherapeutin in ihrer Praxis konfrontiert ist. Aufgrund der unterschiedlichen theoretischen Fundiertheit der Psychotherapie fehlt es an einer gemeinsamen übergeordneten Handlungssprache, auf deren Basis allgemein verbindliche prozedurale Behandlungsstandards festgelegt werden könnten. Ein erster Ansatz in eine solche Richtung könnte darin liegen, den hypothetischen Verlauf einer Psychotherapie in verschiedene technologisch definierte Phasen zu unterteilen und auf dieser Basis formale Standards zu entwickeln. Derartige Phasen könnten sein: 1. Aufnahme/Übernahme eines Patienten; 2. Diagnostik und Indikation; 3. Zielvereinbarung und Therapieplanung; 4. Therapiedurchführung; 5. Dokumentation und Evaluation; 6. Behandlungsabschluß.

Unabhängig von diesen Behandlungsphasen wäre jedoch zunächst von jeder Psychotherapeutin zu klären und festzulegen, welche formalen Prozesse eine Psychotherapie nach der Erstanmeldung (meist telefonischer Kontakt) durch die Patientin bis zum Abschluß der Psychotherapie zu durchlaufen hat, z.B. das Anlegen einer Patientinnen-Dokumentation, die Bearbeitung basaler Dokumentationsunterlagen, die Vorlage von Befunden etc., die Durchführung von Zufriedenheits- und Veränderungsbefragungen, Anträge an die Krankenkasse etc. (Bertelmann et al., 1996; Seipel, 1998).

1. Standards der Aufnahme in Psychotherapie

Bei jeder Aufnahme in eine Psychotherapie sollten standardmäßig drei Aspekte bearbeitet werden (vgl. Tabelle 1): 1. Abklärung verschiedener Punkte die Be-

handlung betreffend (Problematik, Erwartungen, Ziele, Motivation, Anamnese), 2. Aufklärung und Vermittlung von Information über die Möglichkeiten der Behandlung der Problematik aus Sicht der jeweiligen therapeutischen Richtung, Informationen über alternative Möglichkeiten der Behandlung, über mögliche Settingbedingungen, Prognosen, Kosten etc. sowie über die konkreten Modalitäten der Behandlung im vorgeschlagenen Setting selbst, und 3. Vereinbarungen im Sinne eines Behandlungsvertrages (Ziele und Inhalte der Therapie, Schritte und Phasen, wechselseitige Aufgaben, Termine, Therapiezeiten etc.).

2. Standards der Diagnostik und Indikation

Die wichtigsten technologischen Gesichtspunkte der Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1. Qualitätsaspekte der Aufnahme/Übernahme in Psychotherapie

<i>Abklärung von:</i>	Problematik Behandlungserwartungen Therapiezielen Anamnese Motivation
<i>Aufklärung/Information bezüglich:</i>	Behandlungsangebot Bezahlung Dauer, Frequenz Umgang mit Krisen Erreichbarkeit Rollenverteilung etc.
<i>Vereinbarung von:</i>	Zielen und Inhalten der Therapie Schritten und Phasen wechselseitigen Aufgaben Terminen Therapiezeiten Probesitzungen etc.

Tabelle 2. Qualitätsaspekte der Diagnostik und Indikation von Psychotherapie Diagnostik-Standards

<i>Hinsichtlich:</i>	Problemscreening Anamnesen Diagnosen/Differentialdiagnostik, Komorbidität Schulenspezifische Diagnostik Suizidalität Medizinische Abklärungen
<i>Indikationskriterien:</i>	Behandelbarkeit Differenzielle Indikation Kontraindikationen Therapieziele Patientenpräferenz Rationale Begründung von Setting und Dosis (Frequenz, Dauer etc.)

In diesem Zusammenhang sollten die Probleme und Beschwerden eines Patienten nicht nur aus der spezifischen therapeutischen Orientierung erfaßt werden, sondern auch in deskriptiver und standardisierter Form (vgl. dazu ausführlicher Braun, 1998; Fydrich et al., 1996; Grawe und Braun, 1994; Schulte, 1993). Weitere Kriterien wäre die Vergabe entsprechender kategorialer Diagnosen (ICD-10; DSM-IV) und, im Bedarfsfall, die Überweisung zu medizinischen und klinisch-psychologischen Abklärungen. Als besonders wichtig im diagnostisch-therapeutischen Prozeß ist die Indikationsstellung zu werten (Baumann und v. Wedel, 1981), wobei es hier sowohl um die Frage der grundsätzlichen Indikation zur Psychotherapie geht, wie auch um eine die Auswahl des Verfahrens und Vorgehens betreffende (= differentielle/selektive) Indikation. Theoretisch wäre hier sowohl über die Auswahl unterschiedlicher Verfahren wie auch über eine Spezifizierung der Gestaltung des spezifischen Vorgehens im Sinne einer adaptiven Indikation (Setting, Spezifizierung der Methode etc.) im Rahmen der eigenen therapeutischen Orientierung zu entscheiden. Nach Richter (1996) sollte die Indikation wissenschaftlich und klinisch begründet sein und bedarfs- und nicht angebotsorientiert erfolgen.

3. Therapieziele und Behandlungsplanung

Bei der Indikationsstellung sind auch die *Therapieziele* und die *Therapieerwartungen* des Patienten zu berücksichtigen, ebenso wie diese natürlich eine wesentliche Rolle für die Behandlungsplanung und die Erstellung eines Behandlungsplanes spielen. Aus der Sicht von Standards für die Durchführung von Psychotherapien wäre zu fordern, daß Psychotherapeutinnen Behandlungsziele und Behandlungswünsche ihrer Patienten erheben und diese bei der Auswahl des Verfahrens und der Planung sowie bei der Durchführung des Vorgehens berücksichtigen. Ebenso ist die Erstellung eines Behandlungsplanes im Sinne einer übergeordneten Leitkonzeption psychotherapeutischen Handelns als wichtig anzusehen (Richter, 1996; Schmidt und Nübling, 1994).

4. Therapiedurchführung, Dokumentation und Evaluation

Bezogen auf die *Durchführung einer Therapie* ist davon auszugehen, daß Qualität hier verschiedene Aspekte besitzt. Zentral ist dabei das konkrete therapeutische Handeln und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Für beides spielt die theoretische Orientierung des Therapeuten eine große Rolle.

Unter technologischen Gesichtspunkten ist zu fordern, daß sich die Behandlung an einem Behandlungsplan und einem theoretischen Modell, wenigstens jedoch an rational begründeten Strategien (Westmeyer, 1989), sowie möglichst an den lege-artis-Kriterien der spezifischen psychotherapeutischen Richtung (unter Berücksichtigung störungs- und settingbezogener Aspekte) orientiert. Wichtig ist es auch, das Vorgehen im Sinne der adaptiven Indikation den spezifischen Rahmenbedingungen des jeweiligen Patienten anzupassen.

Tabelle 3. Qualitätsaspekte der Behandlungsdurchführung, Dokumentation und Kontrolle von Psychotherapie

<i>Durchführungskriterien:</i>	Behandlungsplan Behandlungsmanual (lege-artis-Vorgehen) Umgang mit Krisen Adaptive Indikation
<i>Dokumentation und Diagnostik:</i>	Verlaufsdokumentation Therapiebegleitende Diagnostik Qualitätsmonitoring Therapieoutcome
<i>Therapiekontrolle:</i>	Evaluation Supervision/Intervision Literaturarbeit Stationskonferenzen

Prozeßqualität wird jedoch wesentlich noch durch zwei weitere Bereiche bestimmt, die *Dokumentation und therapiebegleitende Diagnostik* einerseits und die *Therapiekontrolle* andererseits (vgl. Tabelle 3). Diesbezüglich ist zu fordern, daß Psychotherapeuten ihre Therapien und deren Durchführung regelmäßig dokumentieren, wobei es sinnvoll wäre, dazu standardisierte Verfahren der Basis- und Verlaufsdokumentation heranzuziehen (Laireiter und Baumann, 1996), ebenso wie sie den Verlauf einer Behandlung und die Veränderung der Symptomatik einer regelmäßig diagnostischen Erfassung unterziehen sollten (= Therapiekontrolle). Dazu wurden in der Literatur bereits verschiedene Methoden und Strategien entwickelt (Grawe und Braun, 1994; Laireiter, 1994b; Palm, 1998; Schulte, 1993). Neben der technologischen Ebene spielt bei der diagnostischen Erfassung des Therapieverlaufs auch die spezifische theoretische Orientierung des Psychotherapeuten eine große Rolle. Die daraus resultierenden Veränderungserwartungen und Veränderungsindikatoren sind bei der Verlaufs- und therapiebegleitenden Diagnostik zu berücksichtigen.

Ein zentraler Bestandteil der Therapiekontrolle und der therapiebegleitenden Handlungsdiagnostik ist die ständige Berücksichtigung und Reflexion der eigenen Gefühle der Therapeutin im Therapieverlauf und damit verbunden die ständige Beobachtung der Therapeutin-Klientin-Beziehung, sowohl unter dem Aspekt von Übertragung und Gegenübertragung wie auch unter dem der Aufrechterhaltung von Kooperation und Zielorientiertheit der Arbeitsbeziehung (Schulte, 1996).

5. Behandlungsabschluß

Der Behandlungsabschluß sollte bereits frühzeitig angekündigt werden, ebenso wie es notwendig erscheint, der Klientin die Kriterien und Strategien des Abschlusses einer Behandlung bereits zu Beginn einer Therapie mitzuteilen. Weitere wichtige Aspekte dieser Phase der Therapie sind Vereinbarungen bezüglich Nachbetreuung, Möglichkeiten, bei Problemen und Krisen wieder-

zukommen und die Durchführung von Katamnesen, um die Stabilität des Therapieerfolges zu überprüfen.

6. Qualitätsplanung, Qualitätserfassung und Qualitätsverbesserung

Insgesamt zeigen die diskutierten Standards und Kriterien, daß Qualität im Zusammenhang mit der Durchführung einer Psychotherapie vor allem durch die Formalisierung und Explizierung des Behandlungsvorgehens in den verschiedenen Phasen einer Therapie sowie durch die Einführung spezifischer prozeduraler Begleitkomponenten in den Behandlungsprozeß erreicht werden kann (Bertelmann et al., 1996). Ein weiterer wichtiger Aspekt der Behandlungsqualität ist die ständige Transparenz im Behandlungsvorgehen gegenüber der Patientin sowie die Einholung der Zustimmung der Patientin zu verschiedenen Behandlungsschritten (= informed consent). Im Sinne der Qualitätsplanung und -lenkung kann Prozeßqualität daher primär durch die Einführung und Explizierung spezifischer Prozeßschritte und -elemente erzeugt und entwickelt werden. Ähnlich wie bei der Strukturqualität sollten auch hier die Kunden- und Bedarfsorientierung sowie die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Vorgehen die zentralen Kriterien der Planung sein.

Zentrale Methoden der regelmäßigen Erfassung der Behandlungsqualität sind die Basis- und Verlaufsdokumentation, Patientenbefragungen, die regelmäßige Durchführung von Prozeßevaluationen und der Vergleich mit Standards und anderen Praktikerinnen (Laireiter, 1995b). Abweichungen von den erwünschten Standards sind durch Entwicklungen und Veränderungen im prozeduralen Vorgehen, die Einführung spezifischer Prozeßschritte und, soweit möglich, durch Strukturierung und Standardisierung des Behandlungsablaufes zu korrigieren. Häufig dürfte auch hier für einen ersten Schritt der Qualitätsverbesserung und -planung eine stärkere Hervorhebung und systematische Explikation der regulär durchgeführten Behandlungsschritte und Vorgehensweisen ausreichen.

4.3 Ergebnisqualität der Psychotherapie

Der Begriff der Ergebnisqualität wurde eingangs als das durch eine Psychotherapie hervorgebrachte Ausmaß an positiven Veränderungen beim Patienten beschrieben. Es ist offensichtlich und wird in den meisten Arbeiten der Psychotherapieforschung auch so diskutiert (vgl. Grawe et al., 1994; Orlinsky et al., 1994), daß Therapieerfolg unter verschiedenen Aspekten beschrieben werden kann. Analoges gilt natürlich auch für die Ergebnisqualität von Psychotherapie (Grawe und Braun, 1994; Laireiter et al., 1996; Palm, 1998; Schulte, 1993).

1. Aspekte und Erfassungskriterien von Ergebnisqualität

Die wichtigsten Aspekte der Ergebnisqualität sind in Tabelle 4 dargestellt. Diese können in vier Phänomenbereiche unterteilt werden: Veränderungen im Bereich psychischer und somatischer Störungen und Beschwer-

Tabelle 4. Aspekte der Ergebnisqualität von Psychotherapie

<i>Symptomatik/ Beschwerden:</i>	Remission/Heilung der Störung Ausmaß reduzierter Psychopathologie Ausmaß reduzierter Beschwerden Verhaltensänderungen
<i>Therapieziele:</i>	Erreichung der/Annäherung an die Therapieziele Ausmaß/Breite erreichter Effekte/ Veränderungen
<i>Soziales Funktionieren:</i>	Verbesserung des sozialen Funktionierens Erweiterung des Verhaltensrepertoires Erreichung von Arbeitsfähigkeit
<i>Befindlichkeit:</i>	Erhöhung des Wohlbefindens Verbesserung der Befindlichkeit Steigerung der Lebensqualität Reduktion subjektiver Belastetheit und Demoralisation Erhöhung psychischer Stabilität

den (Reduktion an Psychopathologie), Erreichung der Therapieziele, Effekte auf das soziale Funktionieren und auf die Befindlichkeit.

Entsprechend wird in den meisten Konsensusvorschlägen zur Standardisierung der Evaluation von Psychotherapien auch eine multimodale Evaluation vorgeschlagen (vgl. dazu ausführlicher Fydrich et al., 1996; Grawe und Braun, 1994; Schulte, 1993), wobei die meisten Autoren nach Beendigung der Therapie die Evaluation der in Tabelle 5 dargestellten Bereiche empfehlen.

Veränderungen in den genannten Bereichen können nur durch spezifische methodische Vorgehensweisen und Strategien festgestellt werden. So bedarf es in den meisten Fällen (bis auf die Therapiezielevaluierung und die direkte Veränderungserfassung) eines Vergleiches mit dem Ausgangswert, d.h. mit den erhobenen Meßwerten in den entsprechenden Verfahren vor Therapiebeginn. Diese Strategie der Veränderungserfassung wird

„indirekte Veränderungsmessung“ (Stieglitz und Baumann, 1994) genannt und ist zur Feststellung von Veränderungen in den Bereichen „Befindlichkeit und Lebensqualität“ und „psychische und psychosomatische Beschwerden“ zu verwenden. Sie steht im Gegensatz zur „direkten Veränderungsmessung“, bei der Veränderungen im Vergleich zum Ausgangszustand direkt erfaßt werden (vgl. Zielke und Kopf-Mehnert, 1978). Eine dritte Form der Veränderungsbeurteilung ist der „kriterienbezogene Status-Vergleich“. Bei dieser Strategie wird der erfaßte Meßwert nicht mit einem früher erhobenen verglichen sondern mit einem Vergleichswert einer Referenz- oder einer unauffälligen Kontrollgruppe (vgl. Grawe und Braun, 1994). Liegt der Patientenwert unter oder über einem solchen Schwellen- oder Kriterienwert, so ist dies als Hinweis auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer psychischen oder somatischen Auffälligkeit zu werten. Lag der entsprechende Wert einer Messung vor Therapiebeginn über der verfahrens- oder gruppenspezifischen Auffälligkeitsgrenze, so kann bei Unterschreiten dieser Grenze nach Therapieende von einer klinisch bedeutsamen Veränderung gesprochen werden. Verschiedene Verfahren besitzen klinisch gewonnene Grenz- oder Kriterienwerte. Bei deren Einsatz kann relativ leicht festgestellt werden, ob der momentan erfaßte psychische Status als auffällig oder unauffällig zu bewerten ist (vgl. dazu auch Stieglitz und Baumann, 1994).

Die letzte und zugleich immer häufiger verwendete Methode der individuellen Veränderungsbeurteilung ist die sogenannte *Therapiezieleerreichungs-Evaluation*. Dabei wird am Ende der Therapie überprüft, inwieweit der momentan erreichte Zustand vorher festgelegte Therapieziele erreicht oder evtl. sogar überschritten hat (vgl. dazu ausführlicher: Kiresuk und Lund, 1979; Stieglitz und Baumann, 1994; für eine sehr patientenfreundliche Methodik: Heuft et al., 1995).

2. Standards und Kriterien der Ergebnisqualität

Die dargestellte Breite und Differenziertheit der Evaluation der Ergebnisqualität ist für die Praxis ungeeignet (Palm, 1998), sie kann deshalb nicht zum Standard erhoben werden. Verschiedene Autoren schlagen daher

Tabelle 5. Inhaltsbereiche und Strategien der Überprüfung der Ergebnisqualität von Psychotherapie

<i>Psychopathologischer Status:</i>	Diagnosen nach DSM-IV/ICD-10
<i>Psychische und psychosomatische Beschwerden:</i>	Vorgabe breiter Screeningverfahren (z.B. SCL-90-R; Franke, 1995) Vorgabe von Skalen zur Erfassung der behandelten Störungen
<i>Psychisches und soziales Funktionieren:</i>	Verfahren zur Erfassung des Sozialen Funktionierens GAS (Global Assessment-Scale des DSM-IV) Erfassung interpersonaler Probleme
<i>Befindlichkeit und Lebensqualität:</i>	Skalen zur Erfassung der Befindlichkeit Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit
<i>Erreichung der Therapieziele:</i>	Evaluation der Therapiezieleerreichung (z.B. Goal-Attainment-Scaling, GAS)
<i>Allgemeine Veränderungsbeurteilung:</i>	Direkte Veränderungserfassung (z.B. mittels Veränderungsfragebögen)

die Eingrenzung der zu erfassenden Parameter auf einige wenige als Standard für die klinische Praxis vor (vgl. z.B. Palm, 1998; Richter, 1996). Als unbedingt nötig sollten Psychotherapeutinnen diesen Vorschlägen zufolge nach Beendigung ihrer Behandlung den momentanen psychopathologischen Zustand ihrer Patienten beurteilen, ebenso wie sie seine psychischen und somatischen Beschwerden (z.B. über die SCL-90-R; Franke, 1995), die Erreichung der vereinbarten Therapieziele sowie Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen erfassen sollten. Weiterhin erscheint es sinnvoll, die Patienten den allgemeinen und spezifischen Nutzen aus der Behandlung sowie die Zufriedenheit damit beurteilen zu lassen (vgl. dazu auch Richter, 1996). Sofern die Arbeitsfähigkeit nach Abschluß der Behandlung noch nicht gegeben ist und/oder noch weitere Behandlung nötig erscheinen, wäre dies ebenfalls zu erfassen und zu dokumentieren (Laireiter und Baumann, 1996; Richter, 1996).

Unter dem Aspekt der ständigen Qualitätsverbesserung erscheint es nicht sehr sinnvoll, nur eine abschließende Evaluation des Therapieerfolges durchzuführen. Eine derartige Evaluation kommt nämlich der individuellen Therapie nicht mehr zugute und kann auch nicht mehr zu vielleicht noch möglichen und notwendigen Korrekturen im Vorgehen führen. Aus diesem Grund fordern Grawe und Braun (1994) wiederholte Verlaufsevaluationen während des Therapieverlaufs (vgl. dazu auch Kordy und Lutz, 1995). Da dieses Vorgehen ökonomisch aufwendig und verschiedentlich auch als methodisch fragwürdig kritisiert worden ist, schlagen andere Autoren eine kontinuierliche begleitende Verlaufsevaluation mit wenigen und einfachen Indikatoren vor (z.B. Palm, 1998). Als besonders günstig hat sich dabei die wiederholte Therapiezieleerreichungs-Evaluierung erwiesen (Schulte, 1993).

Ein weiteres Kriterium der Sicherstellung der Ergebnisqualität ist die Feststellung der Dauer der Effekte. Auch diese Forderung ist nicht unproblematisch, insofern sie von der Psychotherapeutin verlangen würde, alle ihre Patientinnen nach einem halben oder einem ganzen Jahr regelmäßig nachzuuntersuchen, was weder ökonomisch noch berufsethisch vertretbar ist. Auch hier sollte man sich auf praktikable Lösungen einigen und nach Beendigung einer Behandlung mit den Patienten ein oder zwei Nachbesprechungen im Abstand von z.B. drei oder sechs Monaten vereinbaren, bei denen u.a. auch die Stabilität der Therapieeffekte sowie allgemeine Veränderungen aus der Psychotherapie besprochen werden können. Von verschiedenen Autoren wurden dazu standardisierte Katamneseverfahren entwickelt (vgl. z.B. Laireiter et al., 1997). Reguläre Katamnesen sollten nur dann durchgeführt werden, wenn eine Psychotherapeutin im Rahmen eines Forschungsprojektes z.B. ihre eigene Praxis evaluiert, was neuerdings in den Vereinigten Staaten immer häufiger vorkommt (vgl. z.B. Clement, 1994).

Es fällt auf, daß unter der Überschrift „Ergebnisqualität“ keine Effektstandards im engeren Sinn diskutiert werden, wie „Psychotherapeuten sollten bei Störung X mit der Methode Y in dem Zeitraum Z das Ergebnis A erreichen“. Eine solche Effektforderung ist aus ver-

schiedenen Gründen für die Psychotherapie nicht aufstellbar: Zum ersten wird jede individuelle Psychotherapie durch viele Rahmenbedingungen determiniert, die eine direkte Übertragung meist experimentell gewonnener Befunde der Therapieforschung, in denen hochselegierte Patientinnenstichproben untersucht und Manuale eingesetzt worden sind, die eine bestimmte Therapiedauer nahelegen, auf die psychotherapeutische Alltagspraxis verbieten (Problem der externen Validität). Zum zweiten sind die Ergebnisse einer individuellen Therapie auch abhängig von den vereinbarten Therapiezielen und den Wünschen und der Motivation des individuellen Klienten. Diese müssen nicht ausschließlich auf Symptomreduktion bezogen sein. Zum dritten sind die meisten der vorliegenden Therapie-manuale nicht so breit evaluiert, daß eine derartige Aussage selbst unter experimentellen Rahmenbedingungen möglich wäre. Es bleibt zu fragen, ob solche Qualitätsstandards überhaupt jemals festgelegt werden können und ob für die Sicherstellung der Ergebnisqualität nicht eine andere Qualitätslogik angemessener ist, die auf eine ständige Beobachtung der Therapieentwicklung und des Therapieerfolges und den Einsatz qualitätsverbessernder und -optimierender Methoden bei Stagnieren derselben abzielt (vgl. unten). Es verwundert deshalb nicht, warum viele moderne Qualitätstheoretiker der Betonung der Ergebnisqualität in den traditionellen Qualitätsmodellen der Gesundheitsversorgung (z.B. bei Donabedian, 1966) sehr skeptisch bis kritisch ablehnend gegenüberstehen (vgl. dazu auch Bertelmann et al., 1996; Gmür und Straus, 1998; Rückert und Linster, 1998).

3. Qualitätsplanung, Qualitätserfassung und Qualitätsverbesserung

Ist die Planung von Struktur- und Prozeßqualität noch ein relativ leichtes Unterfangen, so wird sie im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität, welche noch immer das zentrale Qualitätskonzept in der Gesundheitsversorgung darstellt (Kordy, 1992), zum kaum zu meisternden Problem. Der Erfolg einer Psychotherapie hängt, wie oben bereits angesprochen, nämlich nicht nur von den eingesetzten psychotherapeutischen Methoden und Strategien ab, für das Zustandekommen eines Outcome spielen eine Reihe weiterer Bedingungen eine Rolle (Merkmale des Therapeuten, des Klienten, der Therapeut-Klient-Beziehung, die Motivation des Patienten, die Unterstützung vonseiten seines Sozialen Netzwerkes etc.; vgl. dazu ausführlicher Orlinsky et al., 1994; Orlinsky und Howard, 1986). Aus diesem Grund ist der Therapieerfolg und damit die Ergebnisqualität nicht direkt planbar, wohl aber durch ständige Beobachtung und permanente therapiebegleitende Evaluation optimierbar (Kanfer et al., 1996). Es erscheint daher wenig sinnvoll, sich als Psychotherapeutin auf spezifische Ziele als Kriterium der Ergebnisqualität festzulegen sondern vielmehr das methodische und therapeutische Vorgehen durch eine kontinuierliche Evaluation so zu gestalten (zu adaptieren), daß die Wahrscheinlichkeit breiter und positiver Therapieeffekte hoch ist und die Erreichung der von der Patientin aufgestellten Ziele wahrscheinlich.

Das dazu nötige Monitoring der Ergebnisqualität kann durch unterschiedliche Methoden erfolgen (vgl. Abschnitt Prozeßqualität). In der klinischen Alltagspraxis wird die kontinuierliche Erfassung des Therapieprozesses durch den Therapeuten sowie die regelmäßige Beurteilung des Verlaufs und der erreichten therapeutischen Ziele durch den Patienten genügen müssen. Systematisches Qualitätsmonitoring verlangt eine ständige Erfassung einfacher und leicht zu erhebender Indikatoren (Grawe und Braun, 1994; Hahlweg, 1992; Palm, 1998), die graphisch repräsentiert eine leichte Beurteilung der Veränderung in wichtigen Bereichen einer Therapie ermöglichen.

Werden durch das Qualitätsmonitoring ungünstige oder negative Entwicklungen wahrgenommen, d.h. sogenannte „Gefahrensignale“ erfaßt, so erscheinen Interventionen zur Qualitätsverbesserung angebracht (vgl. dazu auch Grawe und Braun, 1994; Kordy und Lutz, 1995; Palm, 1998). Derartige Interventionen können z.B. sein: Reflexion und Kontrolle der bisherigen therapeutischen Tätigkeit durch Supervision oder Intervention, Veränderungen in der methodischen Strategie bzw. der gewählten psychotherapeutischen Methode, Verbesserungen in der Anwendung der Methode, Veränderungen in der Therapeut-Klient-Beziehung, Interventionen zur Verbesserung der Motivation; Analyse des „Widerstandes“ etc.

5. Organisation und Systeme des Qualitätsmanagements ambulanter Psychotherapie

Zur Definition und Festlegung von Qualität in der Psychotherapie können, wie gezeigt, verschiedene, teilweise sehr differenzierte Standards und Kriterien gefunden und festgelegt werden. Auch können bereits verschiedene Inhalte, Strategien und Methoden der Qualitätsplanung, des Qualitätsmonitorings und der Qualitätsverbesserung bei auftretenden Problemen pro Qualitätsbereich in der Psychotherapie empfohlen werden. Die Frage, die sich jetzt stellt, ist, nach welchen Gesichtspunkten sollen Systeme der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagement für die (ambulante) Psychotherapie organisiert und entwickelt werden? Weiter oben wurde darauf hingewiesen, daß grundsätzlich drei Organisationsformen des Qualitätsmanagement möglich sind, interne, externe und gemischte. Welche dieser drei sind der (ambulanten) Psychotherapie am angemessensten? Nach übereinstimmender Meinung der meisten Autoren sind es Strukturen und Systeme der „internen Qualitätssicherung“, ergänzt und unterstützt durch externe jedoch unabhängige Experten für unterschiedliche Aufgaben (Führung und Anleitung von Qualitätsarbeitsgruppen: vgl. Kordy, 1992; Schmidt und Nübling, 1994; Durchführung von Qualitätsmonitorings: Kordy und Lutz, 1995; Beratung beim Einsatz qualitätsverbessernder Maßnahmen: Richter, 1996; Durchführung von spezifischen Qualitätsevaluationen, sogenannten „audits“: Richter, 1994; Schmidt und Nübling, 1994): „Alle Erfahrungen mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zeigen, daß Maßnahmen der Qualitätssicherung nur dann nicht als Kontrolle oder Eingriff in die Therapie-Freiheit mißver-

standen werden, wenn Informationen über Behandlungen ausschließlich in einem überschaubaren Kollegenkreis offengelegt und dort – durchaus kritisch – diskutiert und bewertet werden“ (Richter, 1996, S. 6).

Wie kann nun diese interne Qualitätssicherung im Rahmen ambulanter Psychotherapie getragen und organisiert werden. Auch dazu gibt es in der Literatur bereits eine Reihe von Vorschlägen. Das wichtigste organisatorische Element des QM der ambulanten Psychotherapie ist sicherlich die individuelle Psychotherapeutin selbst, die im Sinne der Managementverantwortung (Bertelmann et al., 1996; Glaap, 1996) das QM-System in ihrer eigenen Praxis einzuführen und zu tragen hat. Um dies leisten zu können, stehen ihr jedoch eine Reihe von Methoden und Strategien zur Verfügung (Organisationsentwicklung, Managementberatung, Qualitätshandbuch etc.; vgl. ausführlicher Bertelmann et al., 1996; Glaap, 1996; Menz, 1998; Rückert und Linster, 1998). Ein zentrales organisatorisches Element des Qualitätsmanagement sind Qualitätsarbeitsgruppen, in denen verschiedene Mitarbeiter einer Einrichtung zum Zwecke der ständigen Qualitätsverbesserung zusammenarbeiten. Das in diesem Rahmen entwickelte Konzept der „Qualitätszirkel“ wurde von verschiedenen Autoren für die Ansprüche der ambulanten Psychotherapie und Gesundheitsversorgung adaptiert und steht heute in dieser modifizierten Form als empfehlenswertes und selbstorganisiertes Instrument dem „ambulanten Qualitätsmanagement“ zur Verfügung (vgl. Härter und Berger, 1995; Vauth, 1995).

Unter diesen „ambulanten Qualitätszirkel“ wären regional organisierte Psychotherapeutengruppen zu verstehen, die sich freiwillig regelmäßig mit dem Ziel, an der ständigen Verbesserung und Weiterentwicklung ihrer psychotherapeutischen Qualität zu arbeiten, treffen (Vauth, 1995). Dabei werden sowohl Analysen bestehender Qualitäten durchgeführt (= „peer-review“) wie auch mit Hilfe spezieller Methoden des Problemlösens Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet und durch gegenseitige Selbstverpflichtung in der jeweiligen Praxis umgesetzt und evaluiert (= PDCA-Zyklus). Peer-review und Qualitätsverbesserung können sich dabei sowohl auf die Behandlungsqualität unter Prozeß- und Ergebnisperspektive beziehen wie auch auf die Verbesserung der Strukturqualität der Praxis. Für eine optimale Durchführung von Qualitätszirkeln hat sich die Kooperation mit einem unabhängigen und ausgebildeten Leiter als fruchtbar und sinnvoll erwiesen (Vauth, 1995).

Qualitätszirkel sind in ihrer Aufgabenstellung deutlich von Supervision oder Intervention zu trennen, wenn gleich natürlich alle drei ähnliche Ziele (ständige Verbesserung der psychotherapeutischen Qualität) avisieren. Im Gegensatz zur Supervision/Intervention ist Qualitätszirkel-Arbeit primär und ausschließlich auf die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität zukünftiger psychotherapeutischer Tätigkeit ausgerichtet, wobei thematische Schwerpunkte gesetzt werden können (z.B. die Erarbeitung und Einführung von Prozeßstandards), während Supervision/Intervention auf die Kontrolle und Verbesserung laufender Psychotherapie und dabei primär auf die konkrete Behandlung und

deren Durchführung und Ziele gerichtet ist (vgl. dazu auch Härter und Berger, 1995; Vauth, 1995). Dabei wird vor allem das methodische Vorgehen und die Therapeutin-Patientin-Beziehung beleuchtet (Schreyögg, 1992), während Qualitätszirkel die Gesamtqualität eines individuellen Psychotherapeuten (unter der Perspektive von Struktur, Prozeß und Ergebnis) und deren ständige Verbesserung im Sinne von (kleineren oder größeren) Verbesserungsprojekten zum Gegenstand hat (Härter und Berger, 1995).

6. Resümee und Konsequenzen

Insgesamt steht die Definition von Psychotherapie als professionelle Dienstleistung und damit auch als ein gegenüber den Patientinnen und der Öffentlichkeit in ihrer Qualität zu sicherndes öffentliches Gut erst am Beginn ihrer Entwicklung. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung sind die beginnenden gesetzlichen Regelungen der Ausübung von und Ausbildung in Psychotherapie (Laireiter, 1995a). Diese Regelungen sollten Qualitätssicherung als einen Bestandteil der professionellen Tätigkeit von Psychotherapeuten bereits von Anfang an festschreiben. Dies wurde in Österreich verabsäumt. Entsprechend ist die Qualitätssicherung in unserem Land bis auf weiteres auch lediglich für stationäre Psychotherapie geregelt. Aus berufsrechtlichen, vor allem aber auch aus berufspolitischen Überlegungen heraus sollte die Profession jedoch nicht darauf warten, bis eine Gesetzesnovelle Qualitätssicherung auch für ambulante Psychotherapie vorschreibt. Es wären bereits jetzt entsprechende Aktivitäten und Initiativen möglich und durchführbar. Wie aufgezeigt, könnten diese auf verschiedenen Ebenen eingeführt werden. Die vorliegende Arbeit konzentrierte sich dabei schwerpunktmäßig auf die Ebene der einzelnen Psychotherapeutin und diskutierte Qualitätsstandards und Aspekte des Qualitätsmanagement für die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen. Abschließend wurde darauf verwiesen, daß kollegial organisierte „ambulante Qualitätszirkel“ eine gute organisatorische Basis für „ambulantes Qualitätsmanagement“ darstellen.

Aus Sicht der hier vertretenen Position wären für die weitere Entwicklung der Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie in Österreich (grundsätzlich gilt das selbe auch für Deutschland und die Schweiz) eine Reihe von Schritten nötig, die sowohl auf der Ebene gesetzlicher und berufsständischer Regelungen wie auch von individuellen Psychotherapeutinnen anzusiedeln sind:

1. Auf gesetzlicher Ebene sollte die Aufgabe der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements bei zukünftigen Novellierungen der Ärzte-, Psychologen- und Psychotherapiegesetze berücksichtigt und damit auch für die ambulante Psychotherapie festgelegt werden. Dabei wäre auf bereits gemachte Erfahrungen anderer westlicher Länder zurückzugreifen.
2. Auf berufsständischer Ebene sollten sich sowohl die Berufsverbände wie auch die einzelnen psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen auf für ihre Mitglieder verbindliche Standards und Kriterien der Qualität und Qualitätssicherung von Psychotherapie

einigen. Zusätzlich sollten entsprechende organisatorische Einrichtungen wie Qualitätsbeauftragte, Qualitätskommissionen u.ä. installiert werden. Qualität und Qualitätssicherung als Aufgaben der Psychotherapeutinnen wären in Erweiterungen der berufsethischen Kodices aufzunehmen.

3. Vor Einführung allgemein verbindlicher Standards und Regelungen erschiene es sinnvoll und notwendig, ein oder mehrere Modellprojekte zur Erprobung von konkreten Programmen und Systemen des Qualitätsmanagement von Psychotherapie durchzuführen, um auf diesen Erfahrungen aufbauend zu ökonomisch sinnvollen und der Praxis angemessenen Modellen des Managements psychotherapeutischer Versorgungs- und Behandlungsqualität zu kommen.
4. Nach Abschluß und Evaluation der Modellprojekte und der Reflexion ihrer Erfahrungen und Ergebnisse sollten entsprechende Strukturen und Systeme verbindlich für alle Psychotherapeuten eingeführt und durch die Berufsverbände und möglicherweise auch die entsprechenden Therapieverbände administriert werden.
5. Die individuelle Psychotherapeutin kann bereits jetzt beginnen, die Qualität ihrer eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit in den verschiedenen Bereichen systematisch zu reflektieren und zu analysieren, um in einem ersten Schritt im Sinne einer Selbstevaluation (= „self-audit“) zu einer Qualitätsverbesserung beizutragen. In einem zweiten, systematischeren Schritt wäre es jedoch nötig, eine Organisations- und Praxisentwicklungsprozeß zu beginnen, auf dessen Basis Strukturen und Elemente eines QM-Systems in ihre Praxis eingeführt werden. Als organisatorische Basis dieses Prozesses können durch unabhängige Experten unterstützte Qualitätszirkel dienen. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, Psychotherapeutinnen zu empfehlen, sich neben ihrer ständigen Supervision auch zu regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln zusammenzuschließen.

Die Finanzierung dieser Maßnahmen sollte, so schlägt Richter (1996) vor, u.a. auch durch die unmittelbaren Nutznießer dieser Implementierungen erfolgen, das wären die Krankenkassen und die Patientinnen selbst. Es bleibt zu hoffen, daß die Verantwortlichen auf beiden Seiten der Versorgung die Notwendigkeit und Bedeutung derartiger Strukturen und Systeme erkennen und entsprechend handeln.

Literatur

- Baumann U, v Wedel B (1981) Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann U (Hrsg) Indikation zur Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München, S 1-36
- Baumgärtel F (1996) Qualitätssicherung – Editorial. Report Psychologie 21: 872-874
- Bertelmann M, Jansen J, Fehling A (1996) Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis. Report Psychologie 21: 892-901
- Bobzien M, Stark W, Straus F (1996) Qualitätsmanagement. Sandmann, Alling

- B.Ö.P. – Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (Hrsg) (1997) Qualitätssicherung in psychologischer Diagnostik. *Psychologie in Österreich* 17/1 (Themenheft)
- Braun U (1998) Qualitätsmonitoring: ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Clement PW (1994) Quantitative evaluation of 26 years of private practice. *Professional Psychology: Research and Practice* 25: 173–176
- DGVT – Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1997) Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie (überarb. Fassung. Stand: 18. 12. 1996). *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 29: 87–97
- DIN – Deutsches Institut für Normung (1992) DIN ISO 9000. Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement. Beuth, Berlin
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 44: 166–203
- Fiegenbaum W, Tuschen B, Florin I (1997) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis* 26: 138–149
- Franke GH (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Beltz Test GmbH, Göttingen
- Fritzsche K, Sandholzer H, Albota M, Höger C, Pelz J, Deter H-C, Bohlen U, Brucks U, Härter M, Schmidt B (1996) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Psychosomatischen Grundversorgung. *Psychotherapeut* 41: 326–330
- FSP – Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (o. Jahr) Leitbild Psychologische Psychotherapeutin, Psychologischer Psychotherapeut: Erfordernisse für eine qualitätsorientierte psychotherapeutische Versorgung. FSP, Bern
- Fydrich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M (1996) Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis* 25: 161–168
- Gaebel W (1995) Qualitätssicherung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. In: Gaebel W (Hrsg) Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien New York, S 87–108
- Geissler E (1998) Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance? In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Glaap W (1996) ISO 9000 leicht gemacht. Praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QM-Systemen, 2. überarb. Aufl. Hanser, München
- Gmür W, Straus F (1998) Möglichkeiten und Grenzen des Qualitätsmanagement in der ambulanten psychosozialen Versorgung. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Gomsi A (1994) A customized quality management implementation strategy. *Quality Management in Health Care* 3: 37–44
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle für die Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis* 23: 242–267
- Grawe K, Donati R und Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Hahlweg K (1992) Patientendokumentationssystem „PAT-DOK“ (unveröffentlichtes Manuskript). Technische Universität, Psychologisches Institut, Braunschweig
- Haug H-J, Stieglitz R-D (Hrsg) (1995) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart
- Hauke E et al (1994) Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Hinweise für die praktische Anwendung. Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- Hermer M (1998) Kundenorientierung in Psychiatrie und Psychotherapie. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Heuft G, Senf W, Janssen PL, Lamprecht F, Meermann R (1995) Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45: 303–309
- Kamiske GF, Brauer JP (1995) Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, 2. überarb. und erw. Aufl. Hanser, München
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, 2. erw. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993) Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren der Qualitätssicherung (Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. *Deutsches Ärzteblatt* 90: 1148–1149
- Kiresuk T, Lund SH (1979) Goal attainment scaling: research, evaluation, and utilization. In: Schulberg HC, Baker F (eds) Program evaluation in health fields, vol 2. Human Sciences Press, New York
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Z Psychosom Med Psychoanalyse* 38: 310–324
- Kordy H, Lutz W (1995) Das Heidelberger Modell: von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychother Forum* 3: 197–206
- Krisch R, Stemberger G (1993) Entstehung und Charakter des Berufskodex und Darstellung des Berufskodex für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. *Psychother Forum* 1: 54–60
- Laireiter A-R (1994a) Ansätze einer konzeptuellen und funktionalen Präzisierung des Begriffes Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In: Laireiter A-R, Elke G (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt-Verlag, Tübingen
- Laireiter A-R (1994b) Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis* 23: 236–241
- Laireiter A-R (Hrsg) (1995a) Qualitätssicherung für die Psychotherapie. *Psychother Forum* 3/4 (Themenheft)
- Laireiter A-R (1995b) Qualitätssicherung von Psychotherapie: II. Expertenbericht und Gutachten (unter Mitarbeit von Himmelbauer S, Dobernig E, Thiele C). In: Laireiter A-R, Knauer H, Baumann U (Hrsg) Expertenbericht und Gutachten: „Qualitätssicherung von Psychotherapie“ an das Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Institut für Psychologie, Salzburg, S 20–166 (unter Mitarbeit von Himmelbauer S, Dobernig E, Thiele C, Piribauer F)
- Laireiter A-R (1996a) Qualitätssicherung von Psychotherapie: zum Stand der Entwicklung. In: Hofmann P, Lux M, Probst Ch, Steinbauer M, Taucher J, Zapotoczky H-G (Hrsg) Klinische Psychotherapie – Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Wien New York, S 37–46
- Laireiter A-R (1996b) Zum Stellenwert von Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychotherapie – Schwerpunkt Verhaltenstherapie. *Psychologie in der Medizin* 6: 3–14
- Laireiter A-R, Baumann U (1996) Dokumentation von Verhaltenstherapie. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 499–524
- Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1996) Dokumentation von Psychotherapie: Elemente, Strukturen und offene Fra-

- gen. In: Caspar F (Hrsg) Problemanalyse in der Psychotherapie, 2. Aufl. dgvt-Verlag, Tübingen, S 315–343
- Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1997) PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Menz W (1998) Die Anwendung eines Qualitätsmanagementsystem nach EN ISO 9001 in einer heilpädagogisch-kinderpsychiatrischen Beobachtungs- und Therapiestation. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Nienhaus G, Schreiner-Kürten L, Wilker G (1997) Qualitätssicherung für Psychologen. Definition, Inhalte, Methoden. Deutscher Psychologen Verlag, Bonn
- Orlinsky D, Grawe K, Parks R (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 270–376
- Orlinsky D, Howard KI (1978) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3th edn. Wiley, New York, pp 311–384
- Palm W (1998) Prozeßkontrolle für die ambulante Psychotherapie. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung aus der Perspektive psychotherapeutischer Praxistätigkeit. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Piribauer F (1995) Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten. Psychother Forum 3: 186–196
- Richter R (1994) Editorial: Qualitätssicherung von Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis 23: 233–236
- Richter R (1996) Die qualitätsgesicherte Psychotherapie-Praxis: Entwurf einer Leitlinie. Konzept für Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapeutenforum 3: 6–9
- Rückert D, Linster HM (1998) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Bereich der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Angehörigen. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Rüssmann-Stöhr Ch (1996) Zertifizierung nach ISO 9000 für eine Werkstatt für Behinderte: warum überhaupt und wie anfangen? Report Psychologie 21: 910–933
- Sashkin M, Kiser KJ (1993) Putting Total Quality Management to work. Berrett und Koehler, San Francisco
- Scheidt CE (1996) Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. Mitteilung der Qualitätssicherungsbeauftragten eines Zusammenschlusses von AWMF-Fachgesellschaften. Psychotherapeut 41: 250–253
- Schmidt J, Nübling R (1994) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. GWG-Z 96: 15–25
- Schmidt J, Nübling R (1995) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teil 2: Realisierungsvorschläge, Modellprojekte und bereits laufende Maßnahmen. GWG-Z 99: 42–53
- Schreyögg A (1992) Supervision. Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Junfermann, Paderborn
- Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden. Zeitschrift für Klinische Psychologie – Forschung und Praxis 22: 374–393
- Schulte D (1996) Beziehung und Methode im psychotherapeutischen Handeln. In: Bents H, Frank R, Rey E-R (Hrsg) Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie. Roderer, Regensburg, S 12–23
- Seipel KH (1998) Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis. Modell und Evaluation. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch. dgvt-Verlag, Tübingen (in Druck)
- Selbmann H-K (1995) Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In: Gaebel W (Hrsg) Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien New York, S 3–10
- Sherman MD (1996) Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. Clin Psychol Rev 16: 299–315
- Spörkel H, Birner U, Frommelt B, John TP (Hrsg) (1995) Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. Quintessenz, Berlin
- Stieglitz R-D, Baumann U (1994) Veränderungsmessung. In: Stieglitz R-D, Baumann U (Hrsg) Psychodiagnostik psychischer Störungen. Enke, Stuttgart, S 21–36
- Westmeyer H (1989) Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Einzelfallanalyse. In: Petermann F (Hrsg) Einzelfallanalyse, 2. überarb. Aufl. Oldenbourg, München, S 18–36
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Beltz-Test GmbH, Göttingen

Korrespondenz: Dr. Anton-Rupert Laireiter, Institut für Psychologie, Universität Salzburg, Hellbrunnerstraße 34, A-5020 Salzburg, Österreich.

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Institut für Psychologie, Universität Salzburg. Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Tätigkeits- und Interessensschwerpunkte: Forschung, Ausbildung und Lehre in Klinischer Psychologie/Psychotherapie (soziale Unterstützung; Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung von Psychotherapie; Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie); psychotherapeutische Tätigkeit, Supervision.