

H. Kordy und W. Lutz

Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung*

Zusammenfassung Das deutsche Gesundheitsreformgesetz von 1988 verlangt von allen Anbietern medizinischer Leistungen die Einrichtung von Qualitätssichernden Maßnahmen. Dies ist bisher nur an wenigen Orten und für bestimmte Fachbereiche realisiert. Es besteht ein Mangel an Instrumenten zur Herstellung relevanter Daten sowie an organisatorischem Wissen zu deren Nutzung für ein modernes Qualitätsmanagement.

Hauptziel des dargestellten Projektes ist der modellhafte Aufbau und die Erprobung eines computergestützten Qualitätsmanagements (QM) für die stationäre Psychotherapie. Technisch stand die Entwicklung des Computerprogramms im Vordergrund. Zeitlich parallel wurden ein:

- Inventar zum routinemäßigen Monitoring,
- Algorithmus für die Ergebnissbewertung,
- Kommunikationskonzept zur Rückmeldung entwickelt.

Das Modell wurde für verschiedene Versorgungsbereiche – im Krankenhaus wie im Rehabereich – erfolgreich angepaßt. Explorative Datenanalysen an 118 Fällen belegen die Nützlichkeit des QM nach dem Heidelberger Modell.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, computer-unterstützt, stationäre Psychotherapie.

The Heidelberg model of computer-aided quality assurance: From quality control to quality management of inpatient psychotherapy

Abstract The GRG (law for reformation of health services) from 1988 commits all suppliers of therapeutic services in Germany to make arrangements for quality assurance. Up to now that task is realized only at few places and for certain service areas. There is still a lack of measurements for producing relevant data and a deficiency in organizational know-how for using these data for quality management.

The main goal of the described project is setting up and evaluating a model of computer aided quality management for inpatient psychotherapy. Considering the technical needs the development of the computer programme was given emphasis. Parallel in time:

- an inventory for routine monitoring,
- an algorithmus for assessing therapy results,
- a feedback concept

were developed. The model was adjusted to various areas of the service system – to clinics as well as to rehabilitation centres. Explorative data analysis for 118 cases support the usefulness of QM according to the Heidelberg Model.

Keywords: Quality assurance, quality management, computer aided, inpatient psychotherapy.

Le modèle de Heidelberg: du contrôle de qualité des psychothérapies cliniques à sa gestion à l'aide d'un système informatique

Résumé Depuis l'adoption de la loi allemande sur la réforme de la santé publique (1988) on attend dans ce pays de tous les fournisseurs de prestations médicales

qu'ils élaborent des mesures visant à garantir la qualité de leurs prestations. Jusqu'à maintenant, cette exigence a été réalisée tout au plus en tant que modèle, en peu d'endroits et pour des domaines spécialisés spécifiques. On constate que les instruments adéquats qui permettraient d'enregistrer les données pertinentes

* Gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft – DFG

manquent, comme manque d'ailleurs l'expertise scientifique et administrative qui rendrait possible l'utilisation de ces données dans le sens d'une gestion moderne de qualité.

Le principal objectif du projet présenté ci-dessous est l'élaboration, à titre de modèle, et la mise à l'essai d'un programme de gestion de qualité informatisé (modèle d'Heidelberg) en matière de psychothérapie clinique.

Du point de vue technique, une priorité a été attribuée au développement du programme informatisé. Il est conçu de telle manière que n'importe qui puisse l'utiliser après une brève phase d'introduction (env. 15 minutes). Des masques spécifient la manière dont les données doivent être entrées; l'organisation des données et l'élaboration de rapports est guidée par des menus. Les utilisateurs ne doivent pas forcément disposer d'une expérience particulière en informatique, ni de connaissances cliniques. La solution réalisée à ce jour offre:

- une possibilité de sélectionner et de modifier l'inventaire QS en fonction de différents settings de thérapie
- une entrée de données à l'aide de masques, sous WINDOWS et y compris des "check-ups" de ces données

1. Einleitung: Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) sind seit Anfang der 90er Jahre ein Reiz- und Modethema im Gesundheitswesen (Kordy, 1992; Selbmann, 1992). Auch in der Psychotherapie erscheinen die konkreten Fortschritte in und für die Praxis, gemessen an der Zahl der Kommentare und Ankündigungen, eher bescheiden. Ernstzunehmende Versuche, Modelle zu entwickeln und ihre Tauglichkeit in der psychotherapeutischen Versorgung zu untersuchen, sind immer noch sehr selten (Denkschrift der DFG 1995).

Die traditionellen Konzepte der QS im Gesundheitswesen – genauso wie die Vorgänger in Industrie und im Dienstleistungssektor – betonten stark die Qualitätskontrolle und die Identifizierung von „bad apples“, was in der Regel die Abnahme der Motivation der Beteiligten zur Folge hatte. Diese negative Erfahrung führte dazu, daß mittlerweile der Oberbegriff Qualitätssicherung in den Qualitätswissenschaften durch den Oberbegriff Qualitätsmanagement ersetzt wird (Kamiske und Brauer, 1993). Die Begriffsveränderung dokumentiert zugleich eine Verschiebung der grundlegenden Orientierung. Moderner QS bzw. modernem QM geht es um eine kontinuierliche Verbesserung bzw. eine kontinuierliche Suche nach Gelegenheiten, sich zu verbessern (vgl. das Prinzip der „continuous improvement as an ideal in health care“ von Berwick, 1989). D.h. neben die Entdeckung von Qualitätsmängeln tritt gleichrangig die Kommunikation der Mängel an diejenigen, die sie beheben können. Gesucht sind daher: (a) einfache und wirkungsvolle, wenn möglich visuelle Hilfsmittel, um Probleme erkennen, verstehen und einer Lösung zuführen zu

- eine Analyse de données à l'aide d'un algorithme-modèle d'évaluation
- des résultats sous forme de rapport graphique, permettant de souligner certains cycles de qualité.

Parallèlement dans le temps, on a:

- élaboré un inventaire permettant un contrôle de routine de la qualité
- défini en collaboration avec des thérapeutes un algorithme d'évaluation des résultats
- établi un concept de communication servant à faire circuler les rapports (cycles de qualité).

Toutes les composantes mentionnées se sont avérées adéquates sur le plan pratique et utiles. Depuis, le modèle a été adapté avec succès à différents niveaux – soins d'urgence dans le cadre du service de psychothérapie d'une clinique universitaire et d'un hôpital municipal, services de réhabilitation. Une première analyse des données concernant 118 cas confirme le fait que l'utilisation du modèle de Heidelberg en vue de garantir la qualité des soins permet d'obtenir des informations systématiques, concernant en particulier des évolutions thérapeutiques problématiques, dont les clinicien/nes ne disposeraient pas autrement.

können, sowie (b) Organisationsformen, die die Kommunikation fördern und die Problemlösung unterstützen.

Die Suche nach „excellent care“ und die qualitätsbetonte Einbeziehung des therapeutischen Teams in ein QM-Programm (funktions- und hierarchieübergreifend), z.B. in Form sogenannter Qualitätszirkel, fördern darüber hinaus den Aufbau einer „Corporate Identity“ (z.B. Piwernetz et al., 1991). Vertrauensbildung durch Transparenz nach innen wie nach außen und Motivationssteigerung aller am Behandlungsprozeß Beteiligten sind hierbei die zentralen Aspekte einer angewandten Psychotherapieforschung zur Unterstützung einer effizienten Krankenversorgung (z.B. Kächele und Kordy, 1992; Schulte, 1993).

2. Das Heidelberger Modell

Das Bundesministerium für Gesundheit (der BRD) hat es den Beteiligten im Gesundheitswesen übertragen (bzw. sie damit alleingelassen), eigene Verfahren zur QS zu entwickeln. Große Versicherer wie die Bundesanstalt für Angestellte (BfA), haben für ihren Versorgungsbereich – etwa für den Schwerpunkt der psychosomatischen Rehabilitation – eigene Modelle bereits in Gang gebracht (z.B. Müller-Fahrnow, 1993). Einige – vornehmlich private – Krankenhausgesellschaften sind dabei, ein eigenes QM auf- oder bereits vorhandene Dokumentationssysteme für die Qualitätskontrolle auszubauen (z.B. Schmidt et al., 1992). Auf Initiative der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart treffen sich seit 1993 Vertreter von psychotherapeutisch-psychosomatischen Abteilungen und Kliniken Baden-Württembergs, um ihre Qualitätssicherungsmaßnahmen abzustimmen. Hierbei kristallisiert sich

heraus, daß ein internes QM mit externer Expertenunterstützung für Teilnehmer aus nicht-universitären Einrichtungen besonders attraktiv ist. Eine ähnliche Präferenz zeigte eine von den Autoren durchgeführte Befragung während der Lindauer Psychotherapiewochen 1992.

Genau unter der Perspektive einer solchen Teilung von Aufgaben und Verantwortung, die bereits der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989) angeregt hatte, wurde das Heidelberger Modell als ein Kooperationsprojekt zwischen der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart und der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) entwickelt. Die Vorbereitungen für das Projekt begannen bereits im Herbst 1991 auf der Psychotherapiestation „von Baeyer“. Zum damaligen Zeitpunkt gab es kaum eine konkrete Vorstellung, was unter QS in der Psychotherapie oder Psychiatrie zu verstehen sei. Das war insofern ein Nachteil, weil man sich nicht an bereits erprobte Modelle anlehnen konnte, wurde aber von allen Beteiligten bald als Vorteil schätzen gelernt, da damit Freiräume für eigene modellhafte Entwicklungen gegeben waren.

1. In der ersten Phase des Projektes wurde ein zweckmäßiges QS-Inventar für die Station „von Baeyer“ entwickelt (Lutz, 1993). Zwischen dem therapeutischen Team und den externen Beratern wurde ein Konsens hergestellt, seine Zweckmäßigkeit nach drei Gesichtspunkten auszurichten:
2. Das QS-Inventar soll *ausreichend* Information bereitstellen für eine Antwort auf die grundlegende Frage („Ist-Zustand“) jeden QM, nämlich: Welche Patienten (Versorgungsbereich – „Strukturqualität“) werden mit welcher Art therapeutischer Mittel in welchem Umfang behandelt („Prozeßqualität“) und welche Ergebnisse werden dabei erreicht („Ergebnisqualität“)?
3. Die Information soll *relevant* sein für die Entdeckung von Behandlungsverläufen, die in ihrem Ergebnis von dem gewünschten Ziel („Ergebnisstandard“) abweichen bzw. abzuweichen drohen.
4. Schließlich soll die Information mit einem vertretbaren Aufwand sowohl für die Patienten als auch für das therapeutische Team erhoben werden können.

Wie bereits erwähnt, waren (und sind) keine allgemein akzeptierten (Ergebnis-)Standards für psychotherapeutische Behandlungen verfügbar. In dem Modellversuch mußten also unter den Beteiligten (Stations- und externe Berater) gleichzeitig konsensfähige Standards verabredet und geeignete Meßinstrumente für deren Erfassung gewählt werden. In einer Vorauswahl wurden dem Fokus der Ergebnisqualität entsprechend für die betreffenden zentralen Dimensionen der QS je zwei parallele Meßverfahren eingesetzt. Anhand aktueller Behandlungsverläufe wurde eine gemeinsame Vorstellung erarbeitet, was gute Ergebnisqualität für die Psychotherapiestation „von Baeyer“ bedeutet und wie sich diese in den vorausgewählten Instrumenten darstellen soll. Mit diesem konsensuellen Übereinkommen wurde schließlich eine $3/4$ jährige Erprobungs-

Tabelle 1. Das Inventar zum Monitoring der Qualität

Dokumentation:

- **ÜBADO:** Überregionale Basisdokumentation des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Ergebnisqualität:

Therapeutenperspektive:

- **BSS:** Beeinträchtigungsschwerescore nach Schepank (1995)
- **THE:** Direkte Ergebniseinschätzung Therapeut

Patientenperspektive:

- **PAE:** Direkte Ergebniseinschätzung Patient

Physisch

- **GBB:** Gießener Beschwerdebogen – Kurzform (Brähler und Scheer, 1983)

Psychisch

- **SCL-90-R:** Self-Report Symptom Inventory (Derogatis, 1977)

Sozial

- **IIP:** Inventar Interpersonaler Probleme (Horowitz, Strauß und Kordy, 1994)
- **SOZU:** Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Sommer und Fydrich, 1989)

Lebensqualität

- **LQ:** Lebensqualität (Fahrenberg, Hampel und Selg, 1989)

Ergänzungen:

- **ZUF-8:** Patientenzufriedenheit
- **HA:** Therapeutische Arbeitsbeziehung (Alexander und Luborsky, 1986)

phase gestartet, an deren Ende ein empirisch begründetes QS-Inventar (Tabelle 1) und ein formalisierter Bewertungsalgorithmus standen. Für diesen – vorläufig – letzten Auswahlschritt der Meßinstrumente bzw. Skalen wurden die folgenden Kriterien einbezogen:

- der Beitrag zur Entdeckung auffälliger Behandlungsverläufe („Sensitivität“),
- die klinisch-heuristische Bedeutsamkeit,
- die Praktikabilität bzw. ökonomische Durchführbarkeit.

Als empirische Basis für die Auswahlentscheidungen konnten die $n = 32$ dokumentierten Behandlungen genutzt werden, die während der Erprobungsphase auf der Psychotherapiestation durchgeführt worden waren (vgl. Lutz, 1993).

Theoretische Grundlage für das Heidelberger Modell ist das Konzept des Problemorientierten QM, das hier als Aktives Internes QM mit externer Beratung realisiert wird (Lutz et al., im Druck). Die vom Gesetzgeber verlangte Möglichkeit einer vergleichenden QS wird nach dem „bottom up“-Prinzip bereitgestellt, d.h. es setzt bei der die Qualität erzeugenden Ebene, dem therapeutischen Team, an (im Gegensatz zum „top down“-Prinzip, das von einer übergeordneten Ebene, z.B. einem Versicherungsunternehmen, ausgeht). Kennzeichnend

für das Modell ist die strukturelle Einbettung einer Rückkoppelung (Qualitätszirkel) in den klinischen Routineablauf durch vier zentrale Elemente:

1. Es wird ein *kontinuierliches Qualitäts-Monitoring* durchgeführt. Die Erhebung von Daten zum Ausgangszustand des Patienten, zum Behandlungsverlauf und zum Entlassungsstatus schafft die empirischen Grundlagen. Das für diesen Zweck entwickelte QS-Inventar (vgl. Tabelle 1) basiert auf Erfahrungen zur Psychotherapieevaluation und entspricht dem Konzept einer multimodalen Datenerhebung (z.B. Schulte, 1993) unter Berücksichtigung mehrerer Perspektiven (z.B. PatientIn, TherapeutIn, PflegerIn, SozialarbeiterIn) und mehrerer Veränderungsebenen (physisch, psychisch, sozial). Es wurde nach Prinzipien konstruiert, wie sie von Kordy (1992) beschrieben wurden. Die Datenerhebung erfolgt über einen unbegrenzten Zeitraum für jede einzelne Behandlung, und zwar am Anfang und am Ende der Behandlung, zusätzlich optional auch während der Behandlung (aus organisatorischen Gründen vier Wochen nach Aufnahme).

2. Mit Hilfe eines zwischen den externen Beratern und den Mitgliedern des (jeweiligen) therapeutischen Teams konsensuell vereinbarten *Bewertungsalgorithmus* werden alle Behandlungsverläufe beurteilt und in auffällige, gute und sehr gute Verläufe unterteilt (während der Behandlung und zum Behandlungsende). Die formalisierte Bewertungsregel basiert auf qualitativen

und quantitativen Aspekten (Abb. 1). Zunächst wird anhand sogenannter „Schlüssel Fragen“ (z.B. Verschlechterung aus Therapeutesicht oder starke Selbstmordgedanken aus Patientensicht) geprüft, ob ein auffälliger Verlauf aus Therapeuten- oder Patientensicht anzunehmen ist. Trifft dies nicht zu, erfolgt eine quantitative Analyse auf der Basis der Ergebnisse in den psychometrischen Instrumenten. Die Analyse orientiert sich an dem Konzept der „Klinisch Bedeutsamen Veränderung“ (Jacobson und Truax, 1991; Kordy und Senf, 1985; Kordy, im Druck). Erst ein solcher Bewertungsalgorithmus ermöglicht es, dem Motto des QM zu folgen und eine systematische, kontinuierliche Suche nach Qualitätsmängeln und damit Verbesserungsmöglichkeiten einzuleiten.

3. In sogenannten *Qualitätszirkeln*, zu denen sich Mitglieder der therapeutischen Teams und die externen Berater der Forschungsstelle monatlich treffen, werden die auffälligen Verläufe immer und – wenn es die Zeit zulässt – auch die guten und sehr guten Verläufe rückgemeldet (vgl. Lutz et al., 1994). Die (Zwischen-)Rückmeldung nach 4 Wochen bzw. zu Behandlungsende wird ebenfalls in die klinische Diskussion einbezogen. Die Rückmeldung dient als empirisch gestützte Optimierungshilfe für klinische Entscheidungen, z.B. über eine Fortsetzung oder eine anschließende weitere Behandlung bei eben diesen Patienten oder bei zukünftigen Indikationsentscheidungen für vergleichbare Patienten. Der bzw. die für die Behandlung zuständige

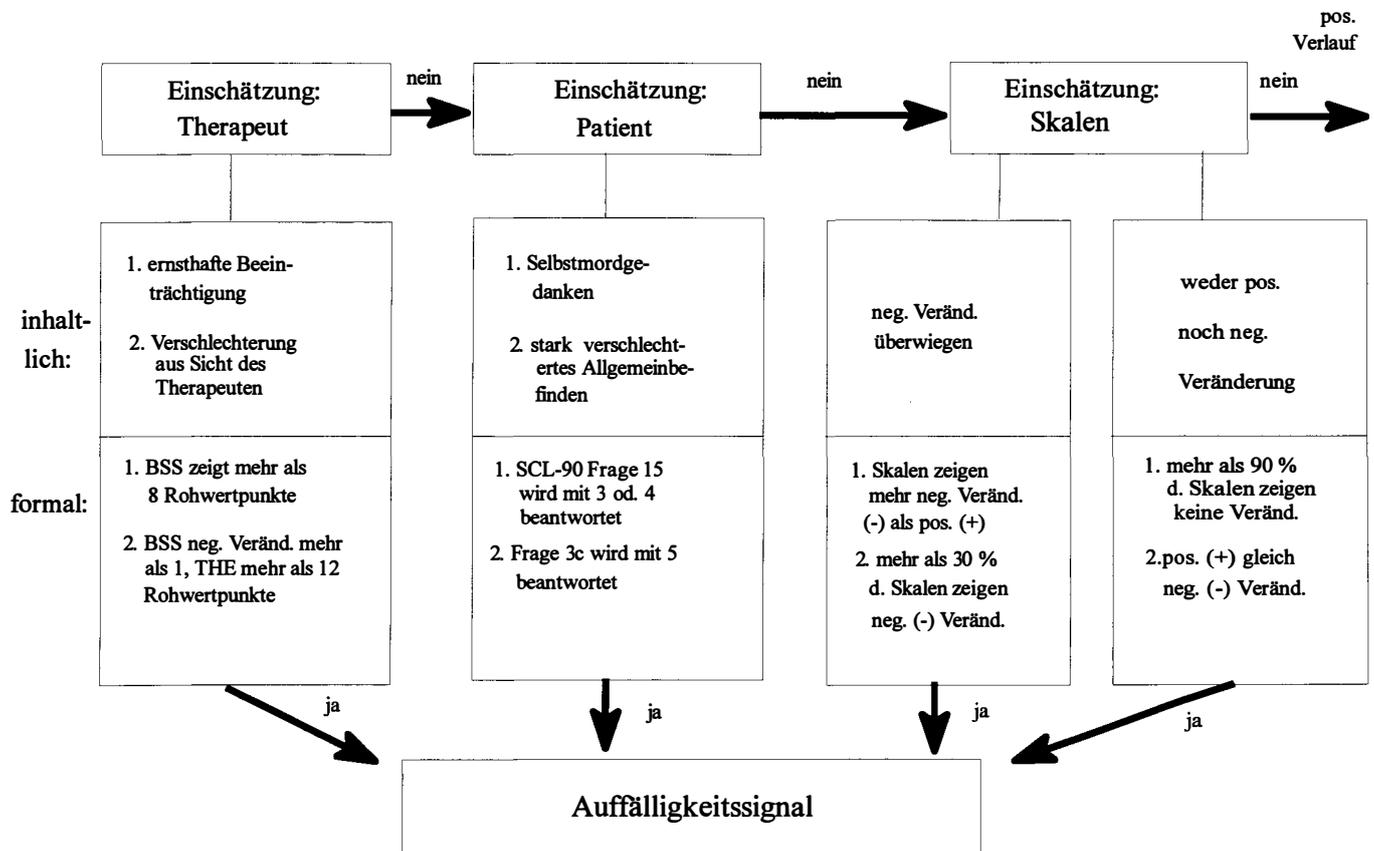


Abb. 1. Der Bewertungsalgorithmus zur Entdeckung von „auffälligen Verläufen“

TherapeutIn faßt das Ergebnis der klinischen Diskussion auf einem speziellen Formblatt (Abb. 2) zusammen und schätzt insbesondere ein, wie er/sie die Ergebnisbewertung durch das QS-Inventar und den Bewertungsalgorithmus sieht. Auf diese Weise werden die Ergebnisse der Qualitätszirkel systematisch dokumentiert.

4. Diese Formblätter bilden schließlich zusammen mit den Ergebnissen nach dem Bewertungsalgorithmus die Grundlage für Vergleiche („bottom up“-Prinzip): zwischen verschiedenen Jahrgängen einer Station, zwischen Stationen oder größeren klinischen Einheiten mit ähnlichen therapeutischen Versorgungsaufgaben (vgl. hierzu die derzeit aktuelle Diskussion über sogenannte Report Cards, z.B. Newman und Ciarlo, 1994; Howard und Lueger, 1994; Kordy und Lutz, 1994). Die Ergebnisse der Vergleiche können dann wieder in Qualitätszirkeln, jetzt stations- oder klinikübergreifend, diskutiert werden. Über solch ein kontinuierliches Feedback werden Optimierungs- und Entscheidungsprozesse für die klinische Routine in Gang gesetzt.

Für die moderne QS bzw. QM steht weniger die Entwicklung neuer Verfahren im Vordergrund als die zweckmäßige Nutzung etablierter Instrumente und Verfahrensweisen (Kächele und Kordy, 1992; MacDonald und Marks, 1992). Entwicklungs- und Forschungsbedarf bestehen u.E. im Hinblick darauf, die Informationen über die erreichte Qualität denjenigen verfügbar zu machen, die sie für die weitere Qualitätsverbesserung nutzen können, d.h. den Mitgliedern der therapeutischen Teams bzw. den TherapeutInnen. Ganz im Sinne der bekannten These „Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte“ haben sich im Heidelberger Modell grafisch unterstützte Präsentationen als geeignete Kommunikationsmittel bewährt (vgl. auch Grawe und Braun, 1994). Dem Computer als Werkzeug zur zeitgerechten Bereitstellung der Informationen und der Kommunikationsmittel kommt dabei eine Schlüsselstellung zu.

3. Das Computerprogramm

Erst das im Heidelberger Modellversuch entwickelte Computerprogramm ermöglicht die Organisation des Feedback-Systems und erlaubt den zeitgerechten Zugriff auf die Informationen aus dem Qualitätsmonitoring für das QM. Das Programm erleichtert die Dateneingabe und -verwaltung und stellt unmittelbar nach der Eingabe ohne Zeitverzug die Information in einer leicht zugänglichen grafischen Form zur Verfügung.

Die Entwicklung, Programmierung und Erprobung eines computergestützten Informationssystems bildete demzufolge den Schwerpunkt der technischen Entwicklungsarbeit. Das Computerprogramm wurde unter der Entwicklungsumgebung Fox Pro Version 2.6 für Windows und einem zusätzlichen Grafik Tool (Graphics Server) entwickelt. Es stellt folgende Möglichkeiten für die Unterstützung eines QM in der – stationären – Psychotherapie bereit:

1. Eine maskenunterstützte Dateneingabe unter Windows: Sie ist selbsterklärend und ermöglicht die Dateneingabe vor Ort ohne aufwendige Schulung. Der

Erfassungsdialo g des Informationssystems ist der Papierversion des (jeweiligen) QS-Inventars angepaßt. Ein- und mehrdimensionale Plausibilitätsprüfungen erhöhen die Datenqualität.

2. Ein Modul für eine adaptive – auf ein spezielles Setting oder unterschiedliche Patientengruppen abstimmbare – Instrumentenauswahl: Damit läßt sich mit dem QS-Inventar auch das computergestützte Informationssystem an verschiedene therapeutische Umfelder anpassen. So ist z.B. neben der Überregionalen Basisdokumentation, wie sie vom Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) empfohlen wird (Broda et al., 1993) das Cording-Dokumentationssystem, wie es für die Psychiatrie empfohlen wird (Gaebel, 1995), optional verfügbar.

3. Ein Modul für den Bewertungsalgorithmus: Die Verarbeitung der Daten erfolgt mit Hilfe formalisierter Bewertungsregeln, die in Konsensuskonferenzen gemeinsam zwischen den KlinikerInnen und den externen Beratern von der Forschungsstelle mit dem Ziel entwickelt wurden, Problembereiche bzw. auffällige Verläufe zu identifizieren. Die Regeln wurden schließlich in einen Bewertungsalgorithmus übersetzt.

Datum: _____ Patient: XXXXXXXXXXXX

Abschluß der Therapie

☞ Stimmt die Rückmeldung mit Ihrer therapeutischen Einschätzung überein? ja nein

➔ falls ja (bitte die Angabe ankreuzen, die am meisten zutrifft):

Ergänzung Bestätigung Veränderung

☞ Die stationäre Psychotherapie befähigt den Patienten zu einer ambulanten Weiterbehandlung

ja nein

➔ falls nein: eine ambulante Weiterbehandlung ist nicht nötig
 die Weiterbehandlung erfolgt stationär (andere Station, Einrichtung)

☞ Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen, falls eine Gesamtbewertung guter oder sehr guter Verlauf vorliegt:

Halten Sie die Einschätzung guter oder sehr guter Verlauf für gerechtfertigt?

ja nein

Kommentar: _____

☞ Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen, falls eine Gesamtbewertung Auffälligkeitssignal vorliegt:

Geben Sie bitte den Ihrer Meinung nach wesentlichen Grund für das Auffälligkeitssignal an (Bitte nur ein Kreuz):

- Problemfall - die Problematik war psychotherapeutisch nicht oder kaum zugänglich.
- Problemfall - die Therapie konnte eine negative Entwicklung nicht aufhalten oder die Problematik ist mit einem hohen Rückfallrisiko behaftet.
- Problemfall - neue äußere Lebensumstände führten zu einer nicht aufzufangenden Entwicklung.
- Problemfall - die psychotherapeutische Behandlung hat durch ihren Ansatz (Indikation) oder durch ihre Durchführung zu dem negativen Ergebnis geführt.
- Problemfall - der Patient ist trotz einer positiven Entwicklung nach wie vor sehr stark beeinträchtigt.
- Sensibilisierung - das Auftauchen neuer Problemfelder ist therapeutisch notwendig.
- Behandlungsverlauf und Ergebnis sind positiv, das Signal ist nicht gerechtfertigt.

Einleitung von Maßnahmen: ja nein

➔ wenn ja, welche: _____

Kommentar: _____

Abb. 2. Dokumentation der Diskussion im Qualitätszirkel

Gesamtüberblick und Erfolgsbewertung auf Grundlage des QS - Inventars

Patient: 560795950232

	BSS	THE	PAE	LQ	GBB	SCL - 90 - R / Skalen									GSI	IIP Sk. 1	IIP Sk. 2	IIP Sk. 3	IIP Sk. 4
						1	2	3	4	5	6	7	8	9					
Aufnahme	7			f.A.	18	0,6	1,8	1,7	1,9	1,5	0,7	0,6	1,0	1,0	1,3	12,0	14,0	16,0	14,0
Entlassung	5	8	10	f.A.	21	0,5	2,0	2,0	1,9	1,5	1,0	0,9	1,7	1,2	1,4	12,0	17,0	14,0	12,0
Mittelwert bzw. cut-off points	5	8	7	28	15,7	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	8,8	9,5	9,6	10,1
Streuung					13,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	5,2	4,8	5,4	5,8

Diagnosen (ICD-10): F43.21
F60.6

Variablen der Spalten:

- BSS: Beeinträchtigungsschwerescore
- THE: Ergebniseinschätzung Therapeut
- PAE: Ergebniseinschätzung Patient
- LQ : Lebensqualität
- GBB: Gießener Beschwerdebogen
- SCL-90-R Skala 1: Somatisierung
- SCL-90-R Skala 2: Zwanghaftigkeit
- SCL-90-R Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt
- SCL-90-R Skala 4: Depressivität
- SCL-90-R Skala 5: Ängstlichkeit
- SCL-90-R Skala 6: Agressivität und Feindseligkeit
- SCL-90-R Skala 7: Phobische Angst
- SCL-90-R Skala 8: Paranoides Denken
- SCL-90-R Skala 9: Psychotizismus
- SCL-90-R Skala GSI: Allgemeiner Symptom Index (Gesamtscore)
- IIP Skala 1: zu autokratisch/dominant
- IIP Skala 2: zu streitsüchtig/konkurrierend
- IIP Skala 3: zu abweisend/kalt
- IIP Skala 4: zu introvertiert/sozial vermeidend

Erfolgsbewertung: Gesamteinschätzung: auffälliger Verlauf

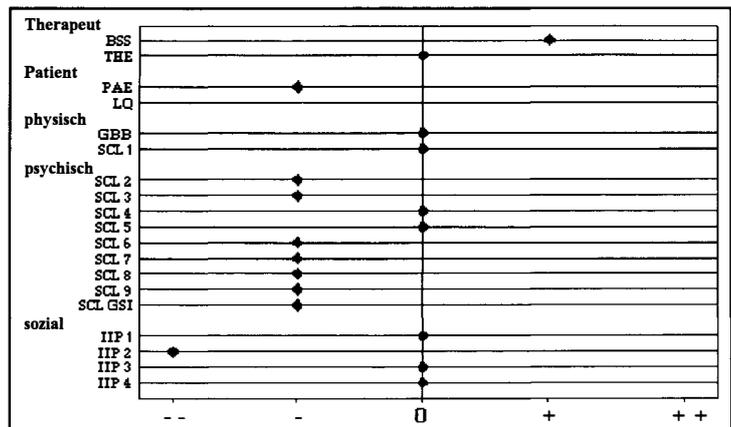


Abb. 3. Rückmeldeblatt zum Behandlungsergebnis

4. Ein Modul zur Ergebnismeldung: Dieser grafisch unterstützte Report (Abb. 3) bietet eine Darstellung der (Zwischen-)Ergebnisse für jede einzelne Behandlung aus verschiedenen Urteilerperspektiven und auf unterschiedlichen Dimensionen (physisch, psychisch, sozial). Ziel ist es, die für die Ergebnisbeurteilung relevante Information kompakt und übersichtlich auf einem Blatt zusammenzufassen.

Im oberen Drittel findet sich eine Tabelle mit Skalenergebnissen zum Aufnahme- und Entlassstatus der Patienten (Zeilen 1 und 2). In der Zeile darunter werden die verwendeten Referenzwerte (aus Norm- bzw. Vergleichsstichproben) angegeben, die zusammen mit den Streuungen (letzte Zeile der Tabelle) den Norm- bzw. Zielbereich definieren. Die Kürzel für die verwendeten Skalen (Kopfzeile der Tabelle) sind in der unteren linken Ecke erläutert.

Rechts unter der Tabelle finden sich zusammenfassende Angaben zur Diagnose (nach ICD-10) und zum Therapieergebnis. Die skalenspezifischen Ergebnisbeurteilungen, aus denen die Gesamteinschätzung abgeleitet wird, werden grafisch dargestellt. Diese Grafik bildet den Mittelpunkt für die klinische Diskussion in den Qualitätszirkeln. Sie wurde speziell für diesen Zweck entwickelt und orientiert sich an Konzepten zur grafischen Präsentation. Sie benutzt sogenannte Dot-Charts bzw. Index Plots, die als geeignetste Form der grafischen Informationsmitteilung gelten (Cleveland,

1985). Sie geben einen leicht zu verstehenden und dennoch vielschichtigen Überblick zum Behandlungsergebnis (vgl. Lutz et al., 1995).¹

5. Ein Modul zur Rückmeldung über die Behandlung: Die Ergebnismeldung in Abb. 3 wird, ergänzt durch einige basale Informationen zur Behandlung (z.B. Dauer, Stundenzahl, Zusammensetzung des Programmes) und zum Prozeß (Prozeßindikator ist hier die Qualität der therapeutischen Beziehung), mitgeteilt. Weiter umfaßt dieses Blatt (Abb. 4) Angaben zur Patientenzufriedenheit.

Ergänzt wird das Informationssystem inzwischen durch drei weitere Module:

1. Ein Modul zur Dokumentation der Diskussion in den Qualitätszirkeln: Die Ergebnisse der einzelfallorientierten Diskussionen in den Qualitätszirkeln werden regelmäßig und systematisch dokumentiert (Abb. 2) und bilden so die empirische Basis für über den Einzelfall hinausgehende Vergleiche (z.B. Jahresvergleiche, Stations-, Abteilungs- oder Klinikvergleiche). Dieser

¹ Die Entwicklung dieser 4 Module benötigte ca. 1 Jahr. Wir danken Frau cand. Dipl.-med. Inf. D. Abinger für ihre Arbeit am Programm. Technische Details sind in ihrer Diplomarbeit nachzulesen (Abinger, 1995).

Dokumentationsschritt wird durch eine weitere Eingabemaske des Informationssystems automatisiert.

2. Ein Modul für den grafischen Report auf patientenübergreifender Ebene: Die Reportfunktion bildet die Ergebnisse verschiedener therapeutischer Einheiten ab. Es werden sogenannte „Report Cards“ (Abb. 5) erstellt, mit deren Hilfe die Jahres- oder Stations- bzw. Klinikvergleiche durchgeführt und entsprechende Qualitätszirkel unterstützt werden. Diese Report Cards geben die Auffälligkeitsraten für die jeweilige Einheit (im Beispiel: Jahrgänge) wieder. Ergänzend werden auch die Erfolgsraten mitgeteilt. Die schlichte grafische Rückmeldung (wieder in Form von Dot-Charts) zielt auch hier auf die Förderung eines kontinuierlichen Feedbackprozesses.

3. Ein Modul zur grafischen Statusdiagnostik (1-Punktmessung): Auf Wunsch von Anwendern des Informationssystems wird eine kompakte Information über den diagnostischen Status (insbesondere zu Therapiebeginn) eines Patienten zur Verfügung gestellt, auch wenn dies nicht zu den engeren Aufgaben der Qualitätssicherung gehört. Dies wird in zwei Varianten realisiert: Einmal in der traditionellen Form von Testprofilen bzw. diagnostischen Profilen mit Normierungs- (wo verfügbar) oder geeigneten Vergleichsgruppen (sonst) als Referenz. Zusätzlich werden die im Rahmen der QS systematisch gesammelten Informationen für den Aufbau einer – „lernenden“ – Datenbank genutzt, so daß

neue Patienten in Referenz zur Eigenklientel eingeordnet (Percentil-Profile) werden können.

Das Computerprogramm ist so konzipiert, daß es nach kurzer Einführung (ca. 15 Minuten) von jedem benutzt werden kann. Die Dateneingabe ist durch die Masken selbsterklärend, die Datenorganisation und Reporterstellung (Abb. 4–5) vollständig menügesteuert. Es sind weder spezielle Computererfahrungen noch klinische Kenntnisse notwendig. In der Modellphase wurde das Programm auf den Psychotherapiestationen der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg von studentischen Hilfskräften bedient. Mitglieder des Pflegeteams oder Sekretärinnen kommen ebenfalls gut mit dem Programm zurecht, wie die inzwischen vorliegenden Erfahrungen aus anderen klinischen Einrichtungen (vgl. unten) zeigen. Die komplette Bearbeitung eines Falles erfordert ca. 40 Minuten Arbeit, wobei die (tägewise) Dokumentation der einzelnen Maßnahmen im stationären Therapieprogramm (nach Art und Umfang) ca. 40% ausmacht. (Diese Angaben entfallen weitgehend bei ambulanter Therapie.)

Die leichte Handhabung des Informationssystems ermöglicht jedem Mitglied des Stationsteams (oder vom Team Ermächtigten) den Zugang zu den Daten. Jeder kann, wenn gewünscht, seine Ergebnisse für sich kontrollieren (oder auch Zwischenbewertungen erzeugen).

Behandlungsinformation (Aufnahme-Entlassung)

Geschlecht: männlich

Alter: 56

Patient: 560795950232

Behandlungstage:	42												
Einzeltherapie:	10,3 (Stunden)												
weitere Therapien:	11,5 (Stunden) Entspannung (Gruppe-)												
	15,0 (Stunden) Sport- und Bew.ther. (Gru)												
	9,0 (Stunden) Atemtherapie												
Therapeutische Arbeitsbeziehung:													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Aufnahme</th> <th>Entlassung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Therapeut:</td> <td>0,8</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>Patient:</td> <td>0,5</td> <td>-0,1</td> </tr> <tr> <td>Range:</td> <td>-3 niedrig</td> <td>+3 hoch</td> </tr> </tbody> </table>		Aufnahme	Entlassung	Therapeut:	0,8	0,4	Patient:	0,5	-0,1	Range:	-3 niedrig	+3 hoch
	Aufnahme	Entlassung											
Therapeut:	0,8	0,4											
Patient:	0,5	-0,1											
Range:	-3 niedrig	+3 hoch											
Patientenzufriedenheit: (Median 27)	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">19</td> <td style="text-align: center;">33</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Unzufriedenheit</td> <td></td> <td style="text-align: center;">große Zufriedenheit</td> </tr> </table>	8	19	33	Unzufriedenheit		große Zufriedenheit						
8	19	33											
Unzufriedenheit		große Zufriedenheit											
Patienteneinschätzung:	Verbesserung des Befindens: - Verschlechterung des Befindens: Ablehnung, starke Einsamkeitsgefühle												

Abb. 4. Ergänzende Information zum Behandlungsverlauf

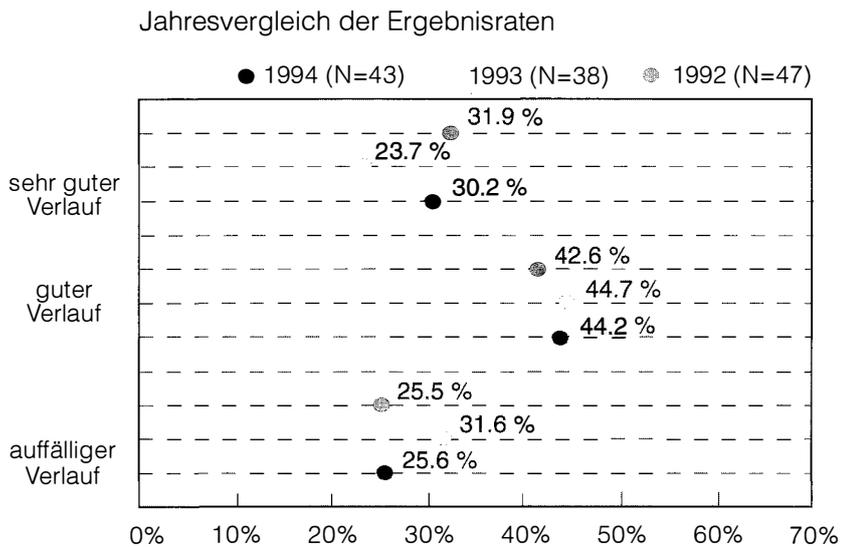


Abb. 5. „Report Card“ für Jahresvergleiche

Diese Offenheit schafft Vertrauen, was – das mag auf den ersten Blick paradox erscheinen – wiederum die Delegation der routinemäßigen Durchführung an externe Berater zu erleichtern scheint.

4. Ausblick und Planung

Das Heidelberger Modell ist das Ergebnis einer Orientierungsstudie. Neben der Entwicklung von Instrumenten (insbes. QS-Inventar und Computerprogramm) und der Erprobung von Organisationsformen ging es darum, innovative Ansätze der Qualitätsforschung aufzugreifen und für das Anwendungsfeld „stationäre Psychotherapie“ zu adaptieren. Insofern ist der Schritt zum Qualitätsmanagement konsequent, auch wenn er zum Start des Projektes noch nicht beabsichtigt war. Entsprechend dem Anspruch, Qualitätsmanagement modellhaft zu entwickeln, gilt es nun zu erkunden, inwieweit das zunächst unter den spezifischen Bedingungen der Psychotherapiestation „von Baeyer“ an der Psychiatrischen Universitätsklinik entwickelte Modell auf psychotherapeutische Einrichtungen übertragbar ist, die andere Versorgungsaufgaben bei anderen Patienten haben.

Die Übertragung des QS-Modells wurde daher zunächst „im Haus“, und zwar für eine weitere Station („von Gebattel“) der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, erprobt. Dazu wurde das QS-Inventar entsprechend für die dortige Klientel angepaßt, ohne dabei die Vergleichbarkeit aufzugeben. Auf Wunsch der beteiligten KlinikerInnen wird zusätzlich eine Zwischenerhebung 4 Wochen nach Behandlungsbeginn durchgeführt (seit Anfang 1994), um zu erproben, inwieweit eine Zwischenbewertung des individuellen Behandlungsergebnisses für die weitere Behandlungsplanung genutzt werden kann. Nach den bisherigen Erfahrungen (bei $n = 58$ Patienten) mit dieser Ergänzung erscheint sie allen Beteiligten als nützlich, so daß sie trotz des zusätzlichen Zeitaufwandes beibehalten wird. Eine systematische Überprüfung in Form einer medizinischen Doktorarbeit ist in Vorbereitung.

Ende 1993 wurde mit den KollegInnen des therapeu-

tischen Teams der Abteilung für Psychosomatische Medizin am Städtischen Krankenhaus in Esslingen ein Adaptationsversuch gestartet. Dieser Versuch ist inzwischen erfolgreich abgeschlossen. Die Übernahme in die klinische Routine wird derzeit vorbereitet, wobei die Finanzierung das – wie zu erwarten – heikelste Problem darstellt². Ermutigt durch die gelungenen Anpassungen wurde 1995 die Implementation für eine weitere psychosomatische Abteilung (Scheidegg/Allgäu) sowie die Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm in die Wege geleitet. Letztere bietet ausschließlich ambulante Psychotherapie an. Hier wird also der Schritt vom stationären zum ambulanten Anwendungsfeld getestet.

Die Adaptation für ambulante Psychotherapien ist im Hinblick auf die zentralen Komponenten, die Ergebnisbewertung (Auffälligkeitssignal) und den Jahresreport (Report Card) einfach. Der Aufwand ist erheblich geringer, da die detaillierte Dokumentation komplexer stationärer Therapieprogramme entfällt. Geeignete Formen für die Organisation des „Herzstücks“ des Heidelberger Modells, die aktiv vom QS-System angestoßene klinische Diskussion in den Qualitätszirkeln, gilt es zu erproben. Die klinische Auseinandersetzung gewinnt zweifellos durch den Austausch mit anderen Klinikern, verlangt aber für jeden niedergelassenen Therapeuten einen zusätzlichen Aufwand. Es bietet sich an, an die Tradition kollegialer Intervision anzuknüpfen. Fachgesellschaften könnten mit ihren lokalen Instituten Hilfen für die Infrastruktur (Räume, Terminplanung, evtl. Kurse) bereitstellen. Für die routine-

² Jede Art von Qualitätssicherung oder -management benötigt zusätzliche Ressourcen, kostet also. Mit entsprechender Anleitung lassen sich – z.B. studentische – Hilfskräfte vorteilhaft einsetzen. Im Heidelberger Modellversuch unterstützen zwei Psychologiestudenten, M. Richard und J. Heitzer, denen an dieser Stelle für ihre Arbeit ausdrücklich gedankt sei, die praktische Durchführung der QS auf den beiden Stationen (à 30 Stunden pro Monat). Sie erstellen die Materialien, prüfen die Angaben auf Plausibilität und geben die Daten in den Computer ein.

mäßige Durchführung und adaptive Weiterentwicklung empfiehlt es sich nach unseren Erfahrungen, mit externen Fachleuten bzw. einem spezialisierten Institut zusammenzuarbeiten (vgl. auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989).

Wie geht es weiter? Die eigenen Erfahrungen bei der Entwicklung des Heidelberger Modells sowie mit seiner Rezeption in der Fachwelt haben deutlich gemacht, daß ein großes Interesse besteht an Instrumenten, Techniken und Organisationsmodellen, die den Weg von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement erleichtern. Viele Fachleute sind sich einig darin, daß Qualitätssicherung nur dann zu einer Qualitätsverbesserung führen kann, wenn den an der „Herstellung“ von Qualität Beteiligten der Zugang zu relevanten Informationen erleichtert und deren Nutzung im klinischen Alltag ermöglicht wird. Im Hinblick auf den im Heidelberger Modell im Mittelpunkt stehenden Aspekt der Ergebnisqualität heißt das u.E., daß der Mangel an zweckmäßigen Qualitätsstandards dringend behoben werden muß. Auch wenn solche Standards sicher nicht allein aus wissenschaftlichen Studien verbindlich begründet werden können – so hat im Rahmen eines Qualitätsmanagements und im gesetzlichen Auftrag zur Qualitätssicherung z.B. die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Behandlung einen hohen Stellenwert –, können entsprechende Studienergebnisse jedoch die rationale Grundlage für solche Bewertungs- und Normierungsentscheidungen bilden. Deshalb ist die Entwicklung von Konzepten, Methoden und Verfahrensweisen für die Formulierung von anwendungsbezogenen Standards eine der zentralen Aufgaben für die zukünftige Qualitätsforschung.

Gleichrangig zu solchen technisch-methodischen Entwicklungsaufgaben gilt es, systematisch Erfahrungen über die praktische Seite, die Organisation und Durchführung von Qualitätsmanagement, auszubauen. QS, insbesondere in Form des QM, ist eine Aufgabe der Praxis und muß in die klinischen Routineabläufe integriert werden. Das ist keine triviale Aufgabe. Hier sind neue Kooperationsmodelle für den Transfer, für die Bereitstellung von Anwendungswissen gefragt (vgl. Denkschrift der DFG 1995). Es sind mutige KlinikerInnen gesucht, die bereit sind, ihren klinischen Alltag aus einer fremden Perspektive zu analysieren bzw. analysieren zu lassen und gegebenenfalls zu modifizieren. Es sind WissenschaftlerInnen gesucht, die bereit sind, Kompromisse einzugehen z.B. zwischen Praktikabilität und Exaktheit. Wenn KlinikerInnen – evtl. gemeinsam mit externen QS-Experten als Berater – die Aufgabe des QM in die eigenen Hände nehmen, kann das Kunststück gelingen, die extern verordnete Aufgabe der QS, die von daher einen starken Kontrollaspekt hat, zu einer eigenen Sache zu machen, die das Selbstbewußtsein stärkt und vor allem der Patientenversorgung dient. Aufgrund unserer Erfahrungen kommt es dabei wesentlich darauf an, wie folgende Punkte geklärt werden:

- Wer erhebt welche Daten zu welchem Zweck?
- Wer verfügt über die Daten?
- Wer hat die Interpretationsmacht?

- Wer entscheidet über „gut“ und „schlecht“?
- Wer beschließt über Konsequenzen, z.B. Sanktionen?

Im Heidelberger Modell haben wir für alle diese eher „politischen“ Aspekte eine Lösung gesucht, die dem Prinzip folgt, daß eine gute QS zu allererst an diejenigen adressiert ist, die die Qualität herstellen und potentiell verbessern können. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, Aufgaben und Verantwortung zwischen den therapeutisch Zuständigen und den externen Beratern zu teilen und würden daher sehr gerne Kolleginnen und Kollegen verführen, ähnliches zu wagen.

Literatur

- Abinger D (1995) Entwurf und Realisierung eines rechnergestützten Informationssystems für die Aktive Interne Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Diplomarbeit am Institut für Med. Informatik, Heilbronn
- Berwick DM (1989) Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 320: 53–56
- Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, von Rad M, Schors R (1993) DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43: 214–223
- Cleveland WS (1985) The elements of graphing data. Wadsworth, Monterey
- DFG-Denkschrift (1995) Gesundheitssystemforschung in Deutschland. VHC Verlagsgesellschaft mbH, Weinheim
- Gaebel W (Hrsg) (1995) Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien New York
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychol* 23: 242–267
- Howard KI, Lueger R (1994) The outpatient psychotherapy report card: the technology of evaluation. Invited paper presented at the plenary panel „The technology for creating and evaluating indicators used in report cards on mental health services: international perspectives“. Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, York
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy. *J Consult Clinic Psychol* 59: 12–19
- Kächele H, Kordy H (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Der Nervenarzt* 63: 517–526
- Kamiske GF, Brauer JP (1993) Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. Hanser, Wien
- Kordy H, Senf W (1985) Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychother Med Psychol* 35: 207–212
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterung zu einem Reiz- und Modewort. *Z Psychosom Med* 38: 310–324
- Kordy H, Lutz W (1994) The Heidelberg Model – developing a report card system. Invited paper presented at the plenary panel „The technology for creating and evaluating indicators used in report cards on mental health services: international perspectives“. Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, York
- Kordy H (1995) Das Konzept der Klinischen Signifikanz in der Psychotherapieforschung. *Jahrbuch der Med Psychol* (im Druck)
- Lutz W (1993) Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Entwicklung und Implementierung eines Prototyps. Diplomarbeit am Psychologischen Institut, Universität Heidelberg

- Lutz W, Lauer G, Leeb B, Kordy H (1994) Was sind und wozu nützen Qualitätszirkel in der Psychotherapie? In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg) Salutogenese. VAS, Frankfurt, S 101–121
- Lutz W, Stammer H, Leeb B, Dötsch M, Bölle M, Kordy H (1995) Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Der Psychotherapeut (im Druck)
- MacDonald R, Marks I (1992) Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: ein Modell zur routinemäßigen Behandlungsauswertung. In: Fiegenbaum W, Markgraf J, Florin I, Ehlers A (Hrsg) Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Müller-Fahrnow W (1993) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. f & w 4: 385–388
- Newman FL, Ciarlo JA (1994) Criteria for selecting psychological instruments for progress and outcome assessment. In: Maruish M (ed) Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Erlbaum Ass., Hillsdale
- Piwernetz K, Selbmann HK, Vermeij DJ (1991) „Vertrauen durch Qualität“: Das Münchner Modell der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Das Krankenhaus 11: 557–560
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989) Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Nomos, Baden-Baden
- Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F (1992) Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. Das Gesundheitswesen 54: 70–80
- Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Z Klin Psychol 22: 374–393
- Selbmann HK (1992) Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Fortschr Med 110: 183–186
- Korrespondenz:** Dr. Hans Kordy, Forschungsstelle für Psychotherapie, Christian-Belser-Straße 79a, D-70597 Stuttgart, Bundesrepublik Deutschland.

Dr. phil. Dipl.-Math. Hans Kordy, geb. 1948, Studium der Mathematik, Wirtschaftswissenschaften und Psychologie an den Universitäten Bochum und Heidelberg; Diplom in Mathematik 1976, Promotion in Psychologie 1985. Von 1988–1990 wiss. Angestellter an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg, seit Juli 1990 wiss. Mitarbeiter an der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieevaluation, Methodik der Psychotherapieforschung, Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung.

Dipl.-Psych. Wolfgang Lutz, geb. 1966, Studium der Psychologie an der Universität Heidelberg. Seit 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieevaluation und Qualitätssicherung, Modellierung von Psychotherapieverläufen.