

M. Ringler

Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Umsetzungsmöglichkeiten und Probleme

Zusammenfassung Die Arbeit diskutiert wesentliche Probleme und Fragen des Qualitätsmanagements in der Psychotherapie. Dabei wird insbesondere auf Fragen des Qualitätsmanagements im institutionellen Setting Krankenhaus und die Verbindung mit Forschungsanliegen eingegangen. Auch werden Fragen von Macht und Kontrolle im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement dargestellt. Die mögliche Durchführung eines Qualitätsmanagementprojekts wird am Interventionsmodell „Das Wiener Liaisonmodell zur Betreuung von Mammakarzinompatientinnen und ihren Angehörigen“ illustriert.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Psychotherapieforschung, Psychotherapie in Institutionen, Gesundheitsversorgung.

Quality management and psychotherapy: Possibilities of transposition and problems

Abstract The article discusses important problems and questions arising in quality management in psychotherapy. Special attention is being paid with respect to quality management in an institutional setting, like the hospital and psychotherapy research. As well questions regarding power and control in connection with quality management are discussed. How a quality management project can be viewed at is being illustrated via the “Viennese Liaisonmodell for Counseling Breastcancerpatients and their relatives”.

Keywords: Quality management, psychotherapy research, psychotherapy in institutions, health service.

Gestion de qualité en psychothérapie: applications possibles et problèmes

Résumé Ces dernières années on a systématiquement soutenu en Autriche des mesures devant garantir la qualité de la médecine et une gestion de cette qualité. On a accordé priorité à l'offre en traitements faite aux patients, donc au point de vue des consommateurs autant qu'à celui des fournisseurs de prestations; il s'agissait en outre de tenir compte d'intérêts économiques assez importants et de réduire les coûts de la santé. Les difficultés rencontrées lors de la mise en place des structures requises par la gestion de la qualité peuvent être résumées comme suit: il faut mettre au courant les fournisseurs de prestations, ce qui implique que ceux (par ex., les hôpitaux) qui offrent un produit (par ex., la santé) commencent à se percevoir comme une entreprise de services devant tenir compte de l'influence considérable exercée par les désirs des consommateurs (par ex., les patients). La qualité n'est pas le produit du travail d'une seule personne; elle doit être façonnée au cours d'un processus de collaboration au sein d'un groupe. Ceci signifie que les structures hiérarchiques jouissent d'une importance accrue sur le plan des responsabilités assumées, plus que sur celui des ordres donnés et exécutés. Dans ce sens, une base est créée sur laquelle se fonde une collaboration inter- et multidisciplinaire.

Il s'en suit qu'une organisation souhaitant améliorer la qualité de ses prestations doit se poser la question de savoir quelles sont les évolutions progressives requises, qui vont permettre d'améliorer la qualité de manière adéquate par rapport à un objectif donné. Les structures et processus logistiques actuels doivent être définis, y compris leurs lacunes; une nouvelle organisation doit être préparée et, en une dernière étape – qui ne peut être anticipée –, on se demandera quelles vont être les personnes/groupes professionnels qui seront le mieux à même de fournir les prestations. La gestion de qualité va donc toujours devoir surmonter les obstacles constitués par les exigences des différentes professions et les luttes pour le pouvoir. Elle a toujours pour objectif d'établir une offre en santé fondée sur des éléments dépassant les différentes spécialisations. Une seule personne ne peut jamais mettre en route des processus relatifs à la gestion de qualité. Ces derniers doivent toujours inclure toutes les personnes impliquées dans le travail concerné. Chacune de celles-ci doit définir ceux des processus et standards relevant de son domaine d'activité qui peuvent contribuer à ce que les objectifs soient atteints ou constituer des obstacles sur cette voie. Il ne s'agit pas du tout de confier à certaines personnes des tâches auxquelles elles ne sont pas

formées et dont elles ne sont pas responsables; il s'agit uniquement d'améliorer la contribution apportée par le travail individuel à un produit final commun. Ceci implique que les processus de gestion de qualité requièrent de tous les participants qu'ils soient motivés. En une première étape, ces derniers doivent choisir un objectif bien défini et le décrire par rapport au déroulement de leur travail. Cette description du statu quo permet d'identifier les problèmes existants, au niveau interpersonnel en particulier. Ce n'est qu'ensuite qu'il sera possible d'élaborer de nouvelles manières d'accomplir le travail. Ceci signifie concrètement que toutes les personnes impliquées dans le produit final doivent recevoir une description des charges, élaborée conjointement par l'ensemble des personnes concernées; chaque tâche individuelle y sera décrite.

Il ne s'agit donc pas d'enregistrer et de stéréotyper des déroulements qui n'ont aucun sens; le 'cahier des charges' doit permettre d'examiner si les procédures prescrites sont utiles ou pas par rapport aux objectifs voulus et de décider si les différentes étapes de l'accomplissement des diverses tâches ont un sens ou non.

Il est clair que la rédaction de cahiers des charges permettant à chacun de vérifier son propre travail provoque de nombreuses craintes associées aux aspects pouvoir et contrôle. C'est pourquoi les processus de gestion de qualité ne peuvent être appliqués que là où les participants acceptent de considérer les cahiers des charges comme des outils de travail utiles. Leurs utilisateurs se servent de ceux-ci, d'une part, pour analyser leurs erreurs et, d'autre part, pour disposer d'un feed-back positif (renforcement). Si l'analyse d'un manque de respect des cahiers des charges ne sert qu'à contrôler autrui, il devient difficile d'introduire des changements. Ceci implique que le cahier des charges serve, par principe, à ce que l'individu soit mieux informé quant au déroulement de son propre travail, et que ce cahier soit formulé de manière telle que des innovations demeurent possibles.

Parallèlement, des voix vont s'élever, celles de ceux que les gestionnaires de qualité considèrent comme jouissant de la véritable autorité au sein des institutions. Ces processus de recherche de pouvoir doivent être continuellement examinés et il ne faut surtout pas sous-estimer leur rôle.

La gestion de qualité représente un outil fondamentalement neutre, pouvant servir de base aux actes professionnels. Ce sont ceux qui l'utilisent qui en sont responsables.

La gestion de qualité n'est pas un outil de formation, même si elle peut s'accompagner d'une stratégie visant à enseigner un savoir spécifique à certaines personnes, travaillant dans un domaine bien défini (par exemple, les psychothérapeutes des hôpitaux). Elle peut être appliquée soit au niveau des structures, soit à celui des processus.

Pour mieux éclairer mon propos, je fournis ci-dessous un exemple tiré de mon propre travail, concernant la manière dont des stratégies en matière de gestion de qualité peuvent être appliquées au travail

des psychothérapeutes en milieu hospitalier. Notons qu'il ne s'agit pas d'inventer ou de développer de nouveaux processus ou interventions, mais de gérer un savoir acquis de manière plus systématique.

La première étape requiert que tous les participants se mettent d'accord sur les objectifs à atteindre. A mon avis, l'objectif des interventions psychothérapeutiques pratiquées en milieu hospitalier est de soulager ou d'éliminer des problèmes psychiques accompagnant un état physiologique requérant un traitement somatico-médical. Ces problèmes peuvent également être le produit de ce traitement ou des mesures de diagnostic et de thérapie prises dans son cadre. Dans ce sens, les traitements psychothérapeutiques pratiqués en milieu hospitalier se distinguent nettement de ceux trouvés en setting ambulatoire et leurs objectifs sont relativement limités.

D'un point de vue déontologique, il s'agit d'encourager les patient/es à réagir en adultes responsables, conscient/es des contradictions opposant leurs visées personnelles, les procédures de traitement et les limites de ce dernier. Ils/elles seront alors à même d'utiliser les offres médico-techniques de diagnostic et de traitement de manière responsable. C'est dans ce sens que nous (Ringler et al. 1994) avons élaboré le modèle viennois d'encadrement de patient/es souffrant d'un cancer du sein et de leur famille, ainsi d'ailleurs que le "Modèle viennois: un concept d'accompagnement des futurs parents après le diagnostic 'malformation foetale'" (Ringler et Langer 1991). Au moment d'établir des structures d'accompagnement, il s'agit d'appliquer systématiquement un savoir scientifiquement fondé. Concernant la manière dont les patients assimilent une maladie, des études psycho-oncologiques ont montré que les aspects suivants jouent un rôle: présence de liens sociaux, capacité à rencontrer ouvertement la maladie et ses conséquences bio-psycho-sociales, possibilité de choisir librement les techniques opératoires, décisions aussi autonomes que possible, entraînement dans une méthode de relaxation, imagination, méthodes clairement structurées, et programmes bien définis sur le plan de leur contenu et de leur déroulement. Nous empruntons au projet de modèle concernant l'accompagnement de femmes ayant un cancer du sein les aspects structurels pertinents, ceci pour illustrer la manière dont nous avons intégré les points mentionnés à notre démarche.

En un premier temps, nous avons simplement observé la manière dont on procédait traditionnellement au niveau du diagnostic et de la thérapie, ainsi que les interactions impliquées. Nous avons ensuite eu des entretiens avec les patient/es, les médecins et les infirmières; ceci nous a permis de mieux saisir les problèmes de toutes sortes créés par la maladie. Nous avons également été contraints de travailler sur la manière dont nous nous sentions concernés. Ce n'est qu'alors que nous avons tenté, en collaboration avec les soignants, d'élaborer de nouvelles procédures permettant de mieux réaliser les points mentionnés ci-dessus. Il a en outre fallu intégrer le/la psychothérapeute au traitement de manière telle que

son offre psychologique-psychothérapeutique ne soit pas ressentie pas les patient/es comme une stigmatisation et une blessure supplémentaire. Fondamentalement, nous voulions élaborer une structure et un processus de traitement permettant d'intégrer les points mentionnés plus haut sans qu'ils soient ressentis comme des corps étrangers. Nous souhaitons également laisser toute liberté aux patient/es concernant notre offre en psychothérapie. Nous avons donc synchronisé dans le temps nos interventions psychothérapeutiques et les processus de diagnostic et de traitement médical; c'est en effet ce dernier qui définit les moments où le vécu psychique passe par une crise. Concernant les patientes souffrant d'un cancer du sein, ces crises se situent aux moments du diagnostic ambulatoire, de l'hospitalisation pré-opératoire, du séjour post-opératoire et du traitement post-cure.

Mais le problème lié à ce type de modèle est souvent qu'il s'agit de les traduire en action dans le quotidien sans disposer des ressources qui existeraient s'il s'était agi d'élaborer un modèle d'action. Le modèle doit pouvoir être appliqué par des personnes qui n'ont participé ni à son élaboration, ni à son évaluation. Il s'agirait donc de définir (procès-verbal en matière de gestion de qualité) les pré-conditions structurelles et les processus existants dont il faut absolument tenir compte pour que la démarche soit couronnée de succès. La raison pour laquelle j'ai énuméré plus haut les points importants est qu'à mon avis, ils constituent les éléments essentiels d'un succès et que la manière dont ils se manifestent devrait être notée à chaque étape de la démarche dans un procès-verbal. Le modèle et ses différentes composantes ont déjà été publiés (Ringler et al. 1994); c'est pourquoi je ne reproduis ici qu'un diagramme illustrant les différentes composantes de la première étape – diagnostic ambulatoire (Ill. 1). Je souligne trois aspects à titre d'exemple: prise de contact, encouragement à prendre des décisions autonomes et enregistrement d'un status psychologique. Du point de vue de l'ICD-9, la première prise de contact ambulatoire, visant à établir un diagnostic, n'est pas à débattre. Elle se fonde sur l'expérience du fait que c'est à ce moment seulement qu'il est possible d'établir un contact fructueux avec les patientes. Les femmes auxquelles les médecins ou infirmières avaient recommandé une psychothérapie en cours de traitement seulement ont presque toujours rejeté cette offre. Nous interprétons ce refus comme suit: s'étant défendues à grand peine contre leur propre peur, elles se sentaient abandonnées par "les médecins". Par contre, les chances qu'elles acceptent des entretiens plus tard sont meilleures; au moment par exemple où elles voient des malades partageant leur chambre y participer, elles peuvent avoir le sentiment d'être défavorisées et commencent à souhaiter en bénéficier. Nos entretiens n'ont jamais eu pour objectif d'imposer un plan de

traitement – même s'il est clair que ce plan existait toujours. Avant chaque étape devant, par exemple, permettre aux femmes de prendre une décision pour ou contre une technique opératoire et le traitement l'accompagnant nous nous sommes d'abord renseignés pour savoir si elles en étaient capables (du point de vue de leur état psychique). Puis nous avons fait notre offre et proposé à chaque patiente diverses voies, dans le sens d'un training favorisant la prise d'une décision. Nous l'avons également encouragée à réfléchir à la procédure par rapport à elle-même et à ses expériences et souhaits rationnels. Dans la mesure où, au moment où nous avons entrepris ce travail, nous n'avions pas pour objectif une gestion de qualité, nous n'avons pas collecté les informations concernant chaque étape pour chaque patiente. Il aurait fallu, par exemple, noter quand et après quels préliminaires un objectif donné était atteint et dans quelle mesure. Cette dernière remarque montre très clairement que de nombreux problèmes de mesure et de quantification peuvent se présenter. Lorsqu'on s'occupe de gestion de qualité, il faut toujours avoir à l'esprit que la satisfaction du patient et aussi celle des soignants constituent des paramètres importants. Les stratégies de gestion ne doivent pas accorder au psychothérapeute un monopole concernant certaines procédures, simplement parce que c'est son métier; il faut que s'établisse un consensus au sein de toute l'équipe de soins et que l'on sache qui est responsable pour quelle tâche. Dans un contexte médical, des situations difficiles vont toujours se présenter et il faut qu'elles soient résolues par des décisions prises en équipe. Le point "encourager des décisions autonomes, possibilité de choisir une technique opératoire" fournit un exemple classique de cette dimension. Ce n'est finalement que l'équipe de traitement qui va pouvoir décider qui va se charger de cette tâche importante, quand, auprès de qui et à quel degré. Ceci exige que l'on s'intéresse aux besoins des patient/es, mais aussi que l'on fasse toute confiance aux capacités de tous les membres de l'équipe. Finalement, il faut toujours examiner la question de savoir jusqu'à quel point il est possible de mener les actions/interactions/interventions requises et cerner les mesures prises dans le cadre de la procédure de traitement qui ont joué le rôle d'obstacle.

Il reste toutefois à noter que le questionnaire de qualité en psychothérapie s'implique lui-même en tant que sujet, du fait du choix de l'objet dont la qualité doit être améliorée. Ceci implique que si des efforts de ce type réussissent à s'imposer, on verra très nettement à qui ils profitent. La gestion de qualité dans un domaine aussi complexe que celui de la psychothérapie requiert que l'on débattre des intérêts de toutes les personnes concernées: patient/es, psychothérapeutes, institutions et instances mettant à disposition les moyens financiers.

Einleitung

Auch in Österreich wurde Qualitätsmanagement im gesamten medizinischen Bereich in den letzten Jahren ein Diskussionsgegenstand. So gibt der Wiener Krankenanstaltenverbund, der einige Qualitätsmanagementprojekte in den letzten Jahren gefördert hat, seit neuestem (1995) auch eine eigene Zeitschrift heraus („new quality“). Die WHO hat bereits 1984 gefordert, effektive Verfahren der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung einzuführen. Dies sind deutliche Zeichen für Bedeutung und Bemühungen. Ziele dieser Anstrengungen sind die Hebung des professionellen Standards und bessere und patientengerechtere Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse, sowie der zunehmende Druck, der seitens der Gesundheitsinstitutionen entstanden ist. Qualitätsmanagement hat sich in der Wirtschaft als ein äußerst effektives Instrument erwiesen, Konsumenten- und Anbieterzufriedenheit zu heben, bei einer gleichzeitigen Reduktion von Gesteuerungskosten. Die ökonomischen Hoffnungen, die sich mit Qualitätssicherungs- und managementmaßnahmen verbinden, sind bedeutend. Psychotherapeuten, die ihre Profession in einer Zeit wachsender und nicht mehr finanzierbarer Gesundheitskosten etablieren wollen, werden sich wohl oder übel mit Kosten-Nutzenfragen auseinandersetzen müssen. Zur Begriffserklärung verweise ich auf die Arbeit von Kordy (1992).

Die Schwierigkeiten der Implementierung von Qualitätsmanagementstrukturen lassen sich folgendermaßen kurz zusammenfassen:

Neuorientierung der Anbieter, d.h. die Anbieter (z.B. Krankenhaus) eines Produktes (z.B. Gesundheit), haben sich als Dienstleistungsunternehmen zu verstehen, in dem Konsumentenwünsche (z.B. Patienten) bedeutsame Einflußfaktoren darstellen, die ernstgenommen werden sollen. So gibt es beispielsweise in der Steiermark ein Projekt, in dem das Ziel der Qualitätsmanagementbemühungen darin bestand, die Ambulanzwartzeiten in einem Allgemeinen Öffentlichen Krankenhaus zu reduzieren. Qualitätsmanagement kann sich aber auch auf rein medizinische Leistungen erstrecken, wie beim Projekt der Universitätsklinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, deren Ziel es war, die Qualität der Periduralanästhesien zur Geburtserleichterung zu erhöhen (Pateisky, 1995).

Die obigen Beispiele lassen deutlich erkennen, daß Qualität nicht das Produkt der Leistung einer einzelnen Person ist, sondern in einem Teamprozeß erarbeitet werden muß. Dies bedeutet, daß hierarchische Strukturen zunehmend Bedeutung haben in der Übernahme von Führungsverantwortung und weniger auf der Ebene von Befehlen und Befehle ausführen. Damit ist wiederum ein Grundstein gelegt für interdisziplinäre und multidisziplinäre Kooperationen. Die Zunahme von Veränderungen, wie sie oben beschrieben sind, sind daher auch Bestandteil des European Quality Award. Alle Experten sind sich einig, daß Qualitätssicherung nicht berufsgruppenspezifisch organisiert sein darf (Badura, 1994; Köck, 1995), weil dies nur das gegenwärtige System zementieren würde. Dabei geht es um das Auflösen von spezifischen Berufsgruppenstrukturen,

die weniger untereinander vernetzt sein sollen, zugunsten von multidisziplinärer Kooperation.

Daraus folgt, daß eine Organisation, die ihre Qualität verbessern möchte, sich die Frage stellen muß, welche Veränderungsschritte zur Hebung der Qualität in bezug auf ein ganz spezielles Ziel sinnvoll und notwendig sind. Es müssen die gegenwärtigen Organisationsstrukturen und -prozesse mit ihren Fehlerquellen erarbeitet werden, neue Organisationsschritte geplant werden und erst in einem letzten Schritt wird gefragt, welche Personen/Berufsgruppen diese Leistungen am sinnvollsten erbringen.

Qualitätsmanagement hat also immer die Hürden berufsständischer Anliegen und Machtansprüche zu überwinden. Ihr Ziel ist immer die Entwicklung fachübergreifender Bausteine einer Versorgungskultur. Qualitätsmanagement betrachtet also die Arbeit jedes einzelnen als eines Gliedes in einer Produktionskette, die Verbundlösungen schaffen muß. Dahlbender et al. (1994) formulierten dies für die psychotherapeutisch/psychosomatische Liaisonarbeit, indem sie fordern, daß integrative Verbundlösungen zu schaffen seien, wobei die Behandlungsziele als Module zu begreifen wären, die je nach Zielvorstellung und Bedarf neu organisiert werden müssen.

Zur Durchführung von Qualitätsmanagementprozessen

Qualitätsmanagementprozesse können niemals von einer einzelnen Person ausgehen. Sie haben grundsätzlich alle in den jeweiligen Arbeitsprozeß involvierten miteinzubeziehen.

Dabei hat jede Person aus dem Bereich ihrer Tätigkeit jene Prozesse und Vorgaben darzustellen, die zu einem erwünschten Ziel beitragen oder dieses hemmen. Es geht keineswegs darum, daß Personen Aufgaben übernehmen, für die sie weder ausgebildet noch verantwortlich sind, es geht ausschließlich darum, den Beitrag der eigenen Arbeit zu einem gemeinsamen Endprodukt zu optimieren. Dies bedeutet, daß Qualitätsmanagementprozesse die Motivation aller Beteiligten erfordern. Der erste Schritt besteht darin, in einem „Qualitätszirkel“ ein wohl definiertes Ziel auszuwählen und hinsichtlich seines Arbeitsablaufes zu beschreiben. Hier können in der Beschreibung des Status quo Hürden, insbesondere des interpersonellen Umfelds, erkannt werden. Erst in weiteren Arbeitsschritten werden neue Arbeitsabläufe beschrieben. De facto bedeutet dies, daß jeder an einem Endprodukt Beteiligte in Übereinstimmung mit den Anderen ein gemeinsam erarbeitetes Protokoll erhält, in dem seine Arbeitsabläufe festgehalten sind.

Sinn dieser Protokolle ist es, dem Benützer eine Art Check-Liste zur Verfügung zu stellen, anhand der die eigenen Arbeitsabläufe kontrolliert werden können (habe ich etwas vergessen?). Es sollen nicht unsinnige Arbeitsabläufe festgeschrieben und stereotypisiert werden, sondern das Protokoll sollte dazu dienen, prüfen zu können, ob das vorgegebene Prozedere, zur Erreichung des erwünschten Zieles tatsächlich sinnvoll ist oder nicht und Sinnhaftigkeit oder Unsinnigkeit der einzelnen Schritte des Arbeitsprozesses zuordnen und über-

prüfen zu können. D.h. im Prozedere ist grundsätzlich Platz vorhanden, eine Entscheidung zu treffen, die im Protokoll nicht vorgesehen ist, wobei aber die Abweichung begründet werden soll. D.h. in vieler Weise entspricht ein solches Qualitätsmanagementprozedere jenen Anforderungen, die wir als Psychotherapieforscher an Forschungsdesigns stellen.

Bekannt ist, daß nur eine begrenzte Zahl von Items gleichzeitig veränderbar ist. Mehr als 5 neu zu gestaltende Variable des Arbeitsprozesses gelten als nicht integrierbar und sollten daher im Protokoll nicht enthalten sein.

Qualitätsmanagement – Hilfe oder Kontrolle?

Das Vorhandensein von Arbeitsprotokollen, anhand derer die eigenen Arbeitsabläufe überprüft werden können, weckt klarerweise viele Ängste, die mit Macht und Kontrolle verbunden werden. Daher werden sich Qualitätsmanagementprozesse nur dort durchsetzen können, wo eine grundsätzliche Haltung vorhanden ist, die es erlaubt, die Protokolle als Hilfsfunktionen zu betrachten. Das Protokoll dient dem Benutzer einerseits zur Fehleranalyse, andererseits ermöglicht es positives Feed-back (Verstärkung).

Wenn die Analyse von Abweichungen vom Protokoll dazu dient, andere zu regelmentieren, dann wird es schwierig sein, Veränderungen durchzusetzen. D.h., das Protokoll sollte grundsätzlich dazu dienen, mehr über die eigenen Arbeitsabläufe zu erfahren und so angelegt sein, daß Innovationen möglich sind.

Gleichzeitig werden aber auch Stimmen laut, die nun die Qualitätsmanager als die eigentlich Mächtigen in Institutionen betrachten. Diese Machtprozesse müssen laufend überprüft werden und sollten auch keinesfalls heruntergespielt werden.

Qualitätsmanagement und Psychotherapie

Aus dem bisher Gesagten wurde hoffentlich deutlich, daß Qualitätsmanagement ein grundsätzlich neutrales Hilfsinstrument für professionelles Handeln darstellt, und daß es im Verantwortungsbereich der Benutzer liegt, ob sie es zum Nutzen ihrer größeren beruflichen Zufriedenheit benutzen wollen. Daher müssen die Ziele, denen die Qualitätsmanagement Bemühungen dienen, sehr sorgfältig abgewogen werden.

Qualitätsmanagement vermag mangelnde professionelle Kompetenz nur indirekt zu erhöhen. D.h. jene Fertigkeiten, die bspw. Psychotherapeuten brauchen, um in einem gegebenen Setting erfolgreich arbeiten zu können, werden sie durch Qualitätsmanagement nur in beschränkter Weise erlernen können, es bedarf dann gezielter Qualitätsmanagementstrategien. Qualitätsmanagement dient also zuvorderst dem *gezielteren Einsatz* jener professionellen Fertigkeiten, die eine Voraussetzung für die berufliche Position einer Person sind. Es ist kein Ausbildungsinstrument, wengleich eine Qualitätsmanagementstrategie die sein kann, bestimmte Personen, die in einem definierten Bereich arbeiten (z.B. Psychotherapeuten im Krankenhaus), ein sehr spezielles Wissen zu vermitteln (z.B. Umgang mit den syste-

mischen Variablen der Institution Krankenhaus). Qualitätsmanagement kann also sowohl strukturell als auch prozessual eingesetzt werden.

Um meine obigen Ausführungen zu verdeutlichen, möchte ich jetzt anhand einer eigenen Arbeit ein Beispiel bringen, wie Qualitätsmanagementstrategien in der psychotherapeutischen Arbeit im Krankenhaus eingesetzt werden könnten. Ich möchte nochmals darauf verweisen, daß es hierbei nicht darum geht, neue Prozesse oder Interventionen zu erfinden oder zu entwickeln, sondern überprüfetes Wissen, gezielter einzusetzen.

Als erstes gilt es, einen *Konsens über die Arbeitsziele* zu entwickeln. In meinem Verständnis sieht dies so aus, daß das Ziel von psychotherapeutischen Interventionen im Krankenhaus darin besteht, jene psychischen Beeinträchtigungen zu lindern bzw. zu beseitigen, die mit einem eine somatisch-medizinische Behandlung erfordernden Körperstatus einhergehen, bzw. als eine Folge desselben, sowie der einhergehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen anzusehen sind.

Damit wird psychotherapeutisches Handeln im Krankenhaus klar von psychotherapeutischem Handeln im ambulanten Setting unterschieden und die Reichweite der Ziele deutlich eingeschränkt. Persönlichkeitsveränderungen sind hier kein Ziel, sondern das Erreichen eines optimalen somatischen und psychischen Status, sowie die Förderung jener Ich-Funktionen, die zur Bewältigung einer bestimmten Erkrankung notwendig sind. Es handelt sich also immer um eine problemorientierte, fokussierte Behandlung, wobei ein klares Ziel und die zeitliche Begrenzung von Anbeginn mitgedacht, eingeplant und thematisiert werden müssen.

Aus einer ethischen Perspektive gilt es, mündige, selbstverantwortliche Patienten zu fördern, die Widersprüche zwischen persönlichen Zielen, Behandlungsprozederes und -möglichkeiten wahrzunehmen vermögen und dadurch in die Lage versetzt werden, die medizinisch-technischen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten verantwortlich benutzen zu können. In diesem Sinn haben wir (Ringler et al., 1994) das Wiener Modell zur Betreuung von Mammakarzinompatientinnen und ihren Angehörigen entwickelt, sowie das „Wiener Modell: Ein interdisziplinäres Betreuungskonzept für werdende Eltern bei Diagnose „fetale Mißbildung“ (Ringler und Langer, 1991).

Frischenschlager et al. (1992) kritisieren in ihrer Übersichtsarbeit über 41 kontrollierte Studien zur Effektivität psychosozialer Betreuungsangebote für KarzinompatientInnen:

„Es entsteht der Eindruck, daß bei keiner Arbeit Überlegungen zur Indikation angestellt wurden, wie etwa für welche Patienten, in welcher Krankheitssituation, in welchem Krankheitsstadium, ist welche therapeutische Methode in welcher Hinsicht zielführend?“ Und weiter: „Es entsteht der Eindruck, daß die Entscheidung für eine bestimmte Methode weniger nach inhaltlichen Kriterien, sondern eher nach den gegebenen Ressourcen und vorhandenen Kompetenzen erfolgte.“

Ich denke, daß diese Kritik, die auf dem fundierten Studium des vorhandenen Materials beruht, nicht nur

ernst genommen werden muß, sondern gerade Ausgangspunkt für Qualitätsmanagementstrategien im gegebenen Bereich sein können. Dazu gilt es, zuallererst jenes gesicherte Wissen zusammenzutragen, das positive Wirkungen verspricht.

Folgende positiven Einflüsse auf die Krankheitsverarbeitung sind durch psychoonkologische Studien belegt (Verres und Hasenbring, 1989; Beutel, 1991; Langer, 1991; Frischenschlager et al., 1992):

- Vorhandensein von sozialen Bindungen;
- die Fähigkeit, der Erkrankung und ihren bio-psycho-sozialen Folgen offen zu begegnen;
- freie Wahlmöglichkeit bezüglich der Operationstechnik und Förderung der Entscheidungsautonomie;
- Entspannungstraining und Imagination;
- deutlich strukturierte Methoden;
- Programme, die zeitlich und inhaltlich durchgeplant sind.

Ich werde mich im weiteren auf das Modellprojekt zur Betreuung von Mammakarzinompatientinnen und ihren Angehörigen beziehen, und jene Aspekte seiner Struktur herausgreifen, die illustrieren, wie diese oben genannten Punkte in unser Handeln integriert wurden.

In einem allerersten Schritt beobachteten wir ausschließlich das herkömmliche Vorgehen bezüglich Diagnose und Therapie, sowie die involvierten Interaktionen. Gespräche mit Patientinnen und Ärzten und Schwestern folgten, die uns die Probleme im Gefolge der Erkrankung aus allen Perspektiven besser verstehen lassen sollten. Unsere eigene Betroffenheit mußte ebenfalls bearbeitet werden. Erst dann versuchten wir gemeinsam mit den Behandlern ein neues Prozedere zu gestalten, in dem die oben genannten Punkte besser verwirklicht werden als bisher. Außerdem galt es die PsychotherapeutIn in der Weise zu integrieren, daß das psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot nicht als Stigmatisierung und zusätzliche Verletzung erlebt würde. Die grundsätzliche Überlegung war eine Struktur und einen Behandlungsprozeß zu gestalten, in dem die oben genannten Punkte einen Platz finden könnten, ohne als Fremdkörper erlebt zu werden und den PatientInnen auch eine freie Wahlmöglichkeit in bezug auf unser psychotherapeutisches Anliegen offen zu lassen.

Daher wurde die zeitliche Struktur des psychotherapeutischen Handelns mit dem medizinisch-diagnostischen und -therapeutischen Prozedere in Einklang gebracht, da dieses grundsätzlich die krisenhaften Schnittstellen auch für das psychische Erleben vorgibt. Für die Mammakarzinompatientinnen waren dies

- die diagnostische Ambulanz;
- der präoperativ stationäre Aufenthalt;
- der postoperativ stationäre Aufenthalt (aktueller Rapport, Verbandabnahme, Eintreffen des histologischen Befundes, Entlassung);
- die postoperative Nachbehandlung.

Dieses Modellprojekt hat sich als äußerst wirksam erwiesen (Langer, 1990). Das Problem solcher Modelle besteht aber vielfach darin, sie nunmehr in alltägliches Handeln überzuführen, ohne die Ressourcen, die bei der Entwicklung eines Handlungsmodells zur Verfügung stehen. Es soll und muß auch von Personen anwendbar sein, die weder in den Entwicklungsprozeß involviert waren, noch in die Evaluationsphase. Im Sinne eines Qualitätsmanagementprotokolls gälte es also jene strukturellen und prozessualen Voraussetzungen zu markieren, die auf jeden Fall berücksichtigt werden müßten, um einen Erfolg zu erbringen. Ich habe die obigen Punkte deshalb aufgelistet, weil sie meines Erachtens die entscheidenden Marksteine des Erfolgs darstellen und für die einzelnen Zeitpunkte in einem Qualitätsmanagementprotokoll festgehalten werden müßten. Die Betreuer können sich dann für jede in Frage kommende Patientin überlegen, welche der benannten Schritte eingehalten wurden und welche nicht, worauf dies zurückzuführen ist, welche Auswirkungen dies zeitigte und welche Lehren sie daraus für ihr zukünftiges Vorgehen ziehen können. Das Modell selbst ist in seinen Einzelschritten bereits publiziert worden (Ringler et al., 1994), und daher wird von mir hiernur die Abbildung der einzelnen Schritte des Zeitpunkts 1 – diagnostische Ambulanz – dargestellt (Abb. 1). Beispielhaft möchte ich drei Punkte herausgreifen: Kontaktaufnahme, Förderung der Entscheidungsautonomie und Erheben des psychologischen Status. Von einem ICD-9 Standpunkt ist unsere Kontaktaufnahme in der diagnostischen Ambulanz nicht argumentierbar. Sie beruht letztlich auf der Erfahrung, daß nur zu diesem Zeitpunkt ein fruchtbarer Kontakt mit den Patientinnen aufgenommen werden kann. Frauen,

Zeitraum	Ziel	Theorie	Technik
diagnostische Ambulanz	Gleichrangigkeit von somatischer und psychischer Betreuung Gesprächsbereitschaft signalisieren Aufgabenzuständigkeit (Station, Operateur, psych. Betreuer) klarstellen soziales Netzwerk mobilisieren, integrieren Schock evaluieren Angstabbau Informationsvermittlung Entscheidungspfade darlegen	Grundsätze von Kooperation in Teams (Aufspaltung in gute versus böse Behandler verhindern) Krisenmanagement psychologisches Beratungswissen wiss. Grundlagen des Einflusses d. spezif. Diagnose auf individ. und sozialer Ebene	parallele Arbeit der medizin. und psych. Betreuung in Ambulanz Zuständigkeiten klarstellen Partner/Angehörige miteinbeziehen psycholog. Wirkung der Diagnose „anerkennen“, Angst, Verwirrung, Schock normalisieren OP-Aufklärung wiederholen und vertiefen an der Geschichte arbeiten

Abb. 1

bei denen erst im Verlauf der Behandlung von den Ärzten/Schwestern die psychotherapeutische Indikation gestellt wurde, lehnten Gespräche fast immer ab. Unsere Interpretation ist, daß sie sich in ihrer mühsam aufgebauten Abwehr gegen die Ängste, nun von den „Ärzten“ im Stich gelassen fühlten. Dagegen war eine gute Chance zum Einstieg in Gespräche zu einem späteren Zeitpunkt, das Miterleben solcher bei einer Zimmerkollegin, ein Gefühl zurückgesetzt zu sein, ohne solche Gespräche und das Erwachen des Wunsches nach Gesprächen bei der Patientin selbst. Ziel unserer Gespräche war niemals das „Durchziehen“ eines „Behandlungsplanes“, obwohl dieser klarerweise vorhanden war. Jene Schritte, die den betroffenen Frauen bspw. ermöglichen sollen, sich für oder gegen eine bestimmte Operationstechnik und damit einhergehende medizinische Behandlungen zu entscheiden, wurden vorsondiert (Ist die Patientin überhaupt von ihrem psychischen Status in der Lage, eine solche Entscheidung zu treffen?) und angeboten. Erst dann wurden ihr im Sinne eines Problemlösetrainings Entscheidungspfade dargelegt, und die Patientin ermuntert, sich das Vorgehen in Bezug auf sich selbst und ihre Körperfahrungen und -wünsche zu überlegen. Da wir zum damaligen Zeitpunkt unserer Arbeit nicht an Qualitätsmanagementfragen dachten, haben wir unsere Arbeit nicht in ihren Einzelschritten für jede Patientin dokumentiert. Also beispielsweise zu welchem Zeitpunkt, nach genau welchen Preliminarien, ein bestimmtes Ziel in welchem Ausmaß erreicht wurde. Letzteres illustriert sehr deutlich, daß auch viele Meßprobleme und Quantifizierungsfragen auftreten.

In der Beschäftigung mit Qualitätsmanagement gilt es beständig im Kopf zu behalten, daß Patientenzufriedenheit, aber auch Betreuerzufriedenheit, entscheidende Parameter darstellen.

In einer Qualitätsmanagementstrategie darf nicht der Psychotherapeut Kraft seines Standes das Monopol für ein bestimmtes Vorgehen für sich beanspruchen, sondern muß im Konsens mit dem gesamten Behandlungsteam festlegen, welcher Behandler für welche der genannten Aufgaben zuständig ist. Hier werden im medizinischen Rahmen immer heikle Situationen auftreten, die unbedingt im Team konsensuell gelöst werden müssen. Ein klassisches Beispiel dafür ist der Punkt „Förderung der Entscheidungsautonomie, Wahlmöglichkeit bezüglich der Operationstechnik“. Letztlich wird nur das konkrete Behandlungsteam entscheiden können, wer, wann, bei wem, in welchem Ausmaß diese wichtige Arbeit übernimmt. Dies erfordert nicht allein Interesse an den Bedürfnissen der PatientInnen, sondern gleichermaßen ein hohes Ausmaß an Vertrauen in die Kompetenz aller Teammitglieder. Letztlich muß/sollte immer der Frage nachgegangen werden, in welchem Ausmaß es möglich war, die notwendigen Handlungen/Interaktionen/Interventionen auszuführen und welche Maßnahmen des Behandlungsprozesses behindernd gewirkt haben.

Diskussion

Ich habe in meinen Ausführungen zu zeigen versucht, daß Qualitätsmanagement auch für psychotherapeutisches Handeln eine sinnvolle Vorgangsweise erbringt. Zudem lassen sich Qualitätsmanagementstrukturen in hervorragender Weise mit den Anliegen von Psychotherapieforschung kombinieren und werden dadurch zur Wissensvermehrung ebenso beitragen, wie zur Akzeptanz von Psychotherapie.

Zu bedenken bleibt aber, daß Qualitätsmanager von Psychotherapie sich durch die Wahl des Gegenstandes, dessen Qualität verbessert werden soll, sehr wohl als Subjekt einbringen. D.h. wenn derartige Bemühungen Fuß fassen, so werden sie sehr deutlich Auskunft geben, wem sie eigentlich dienen. Qualitätsmanagement in einem so komplexen Feld wie es die Psychotherapie darstellt, bedarf also einer gezielten Diskussion der Interessen aller Beteiligten, der Patienten, der Psychotherapeuten, dem institutionellen Rahmen und derer, die dafür die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen.

Literatur

- Badura B (1994) Neuorientierung der Gesundheitsplanung. Tischvorlage der IFF-Tagung, 2. 5. 1994, Wien.
- Beutel M (1991) Zur Psychobiologie von Trauer- und Verlustverarbeitung – neuere immunologische und endokrinologische Zugangswege und Befunde. *PPmP* 41: 267–277
- Dahlbender RW, Allert G, Martin G, Steidle-Röder M, Berger HG, Kächele H (1994) Multimodale Konsilar- und Liaisonarbeit. *Psychotherapeut* 39: 230–238
- Frischenschlager O, Brömmel B, Russinger U (1992) Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker – eine methodenkritische Literaturübersicht. *PPmP* 42: 206–213
- Köck C (1995) Qualitätsmanagement. Mündliche Präsentation. IFF, Juni 1995, Wien
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Z Psychosom Med* 38: 310–324
- Langer M (1990) Somatopsychische Gynäkologie. Springer, Wien New York
- Pateisky N (1995) Jeder will in den Himmel – aber keiner will sterben. *new quality* 1: 28–29
- Ringler M, Langer M (1991) Das Wiener Modell: ein interdisziplinäres Betreuungskonzept für werdende Eltern bei Diagnose „fetale Mißbildung“. In: Brähler E, Meyer A (Hrsg) *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Bd 6. Psychologische Probleme in der Humangenetik. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 123–138
- Ringler M, Langer M, Fiegl J, Kubista E (1994) Das Wiener Liaisonmodell zur Betreuung von Mammakarzinompatientinnen und ihren Angehörigen. In: Pritz A, Dellisch H (Hrsg) *Psychotherapie im Krankenhaus: Erfahrungen, Modelle, Erfolge*. Orac, Wien, S 139–149
- Verres R, Hasenbring M (1989) *Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Bd 3. Psychosoziale Onkologie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Marianne Ringler, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.

Marianne Ringler, geb. 1946, Dr. phil., Univ.-Prof. an der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie Wien, von 1976–1991 Aufbau und Leitung der Ambulanz und Arbeitsgruppe für psychologisch-medizinische Patientenbetreuung an der 1. Universitäts-Frauenklinik in Wien. Forschungsschwerpunkte: Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe, frauenspezifische Themen, Psychotherapie im Krankenhaus.