

Editorial

A.-R. Laireiter

Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie

Zusammenfassung Der vorliegende Beitrag führt in die Thematik ein und erörtert zunächst 10 Gründe für die Psychotherapie in Österreich (z.B. gesundheits- und versorgungspolitische, berufsethische, Konsumentenrechte; Sicherung von Ausbildungsstandards etc.), sich in Hinkunft intensiver mit dem Thema der Qualität und Qualitätssicherung auseinanderzusetzen. Daran anschließend werden Aspekte der Ausbildungs- und der Behandlungsqualität im ambulanten Sektor und deren Sicherstellung erörtert. Die Ausbildung ist ein besonders qualitätsrelevanter Sektor der Psychotherapie. Eine Integration von Qualitätskonzepten hätte wichtige Konsequenzen für ihn (z.B. stärkere Ziel- und Kompetenzorientierung, Überprüfung der Zielerreichung, Einführung von Qualitätszirkeln für Ausbilder zur Verbesserung der Qualität der Ausbildung).

Für niedergelassene Psychotherapeuten sind sowohl Aspekte der Struktur- (z.B. Praxisausstattung; eigene Kompetenzentwicklung), vor allem aber der Prozeß- (kontrollierte Gestaltung des therapeutischen Prozesses und des Einsatzes psychotherapeutischer Strategien und Methoden; Dokumentation) und Ergebnisqualität (regelmäßige Kontrolle des Fortschrittes und der Ergebnisse einer Therapie) relevant. Für die weitere Entwicklung sollten die einzelnen Schulen Standards der Behandlungsqualität entwickeln, parallel dazu wären systematische Programme zur Qualitätssicherung einzuführen; Einzelpraktiker sollten sich zu Qualitätszirkeln zusammenschließen, um dort systematisch an der Entwicklung und Verbesserung ihrer Behandlungsqualität zu arbeiten. Praxisbezogene Forschung ist ein integraler Bestandteil des Qualitätssicherungsprozesses in Ausbildung und Praxis.

Schlüsselwörter: Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Psychotherapie, Gesundheitsversorgung.

On the way to professional psychotherapy: Quality and quality-assurance for psychotherapy

Abstract Introducing into the special issue on quality assurance of psychotherapy the present paper is divided into three parts. In the first one the main reasons for the necessity to integrate quality assurance into psychotherapy in Austria are discussed (professional standards of psychotherapy, consumer rights, the assurance of education and training in psychotherapy and the necessity to continually improve efficacy and practice in psychotherapy). The second part is dealing with quality assurance of education and training in psychotherapy. It is proposed that introducing conceptions of quality assurance would change psychotherapy-training very much. It should become more goal-oriented, more effective and more controlled. Additionally, it would be necessary to evaluate the courses and trainings continuously and to establish quality circles for the teaching staff to improve their quality.

The main focus of part three is on structure-, process- and outcome-quality of ambulatory and outpatient-psychotherapy. The most important components of each of the three quality-conceptions are discussed (e.g. the necessity to continuously evaluate the outcome of psychotherapy, and to rationally control the psychotherapeutic process and the application of psychotherapeutic strategies and methods). At the end of the paper it is concluded that away from now much work and many different steps are necessary to integrate quality assurance into psychotherapy in our country (establishing organizational structures, developing programs and methods, and conducting pilot projects). The psychotherapists by themselves however need not wait for such a long time; they actually should join to quality circles and so should try to improve the quality of their work. Empirical research will be a necessary and integrative component of all quality assurance-projects.

Keywords: Quality, quality assurance, quality management, psychotherapy, health care.

Vers un professionnalisme: qualité et gestion de qualité en psychothérapie

Résumé Le présent numéro thématique est le produit d'un projet visant à attribuer des priorités à la recherche en psychothérapie en Autriche, projet soutenu par le Ministère de la science, de la recherche et des affaires culturelles. Il s'agissait, dans son cadre, d'étudier le degré auquel des travaux de recherche dans les domaines de la garantie et de la gestion de qualité de la psychothérapie en Autriche peuvent être pratiqués. En vue de concrétiser cette tâche, nous avons organisé deux rencontres, au cours desquelles les quatre contributions publiées ci-dessous ont été présentées.

Quant au présent article, il doit servir d'introduction. Nous cernons d'abord dix raisons pour lesquelles la psychothérapie autrichienne devra se préoccuper plus intensément à l'avenir du thème 'garantie de qualité'. Les principaux arguments en faveur de la mise en oeuvre de structures visant à garantir la qualité des traitements psychothérapeutiques sont liés aux aspects suivants: politique de la santé publique (objectifs de santé de l'OMS), obligation au niveau de l'éthique professionnelle de fournir une offre adéquate en traitements garantis de bonne qualité, droits des consommateurs à recevoir des traitements correspondant aux derniers développements en la matière, garantie de la qualité de la formation et besoin d'évaluer les applications de routine de la psychothérapie. Garantir la qualité de la psychothérapie implique donc deux éléments: *qualité de la formation et qualité du traitement*. La seconde partie de l'article traite de quelques aspects pertinents à ce niveau, ainsi que de la manière dont ils peuvent être garantis et améliorés. La question de la qualité des traitements est examinée en fonction essentiellement des psychothérapies ambulatoires.

Le secteur de la *formation* joue un rôle particulièrement important au niveau de la qualité, puisque c'est de la qualité de cette formation que dépendent les qualifications des futurs thérapeutes. Et pourtant, jusqu'à maintenant, on a trop peu examiné ce secteur sous l'angle de la qualité et de sa garantie. Des conséquences importantes au niveau de la formation résulteraient d'une intégration à ce secteur de concepts relatifs à la qualité, avec entre autres un travail mieux centré sur des objectifs et une recherche accrue des méthodes adéquates et efficaces permettant d'atteindre ces objectifs. On devrait aussi constamment vérifier que ces derniers ont été acquis aux différents niveaux (ceux des différentes étapes de la formation comme celui de l'ensemble de la formation). De plus, l'enseignement et la qualité de la formation s'amélioreraient à partir du moment où les formateurs seraient tenus au courant des résultats des évaluations et auraient l'occasion de débattre entre eux de la qualité de leur travail.

Du point de vue de la *qualité des traitements* offerts par les psychothérapeutes ayant leur propre cabinet, ce sont certains aspects de la qualité des structures, mais surtout de celle des processus et des résultats, qui devraient avoir de l'importance. S'il est vrai que la *qualité des structures* est surtout l'affaire des administrations publiques et des responsables des assurances sociales, il reste qu'un aspect qualité structurelle se

rattache aux psychothérapeutes individuels; il se manifeste au niveau des tâches et domaines suivants: collaboration à une gestion optimale de l'offre, standards concernant l'aménagement et l'équipement des cabinets (par ex., appareils, informations, littérature); responsabilité de chaque thérapeute pour un haut standard de qualification professionnelle et pour son amélioration continue; application de méthodes dont les effets sont connus.

Dans le cadre de la *qualité des processus* le psychothérapeute a pour mission et pour devoir d'élaborer un plan de traitement mûrement réfléchi, incluant également des mesures alternatives et complémentaires, et de contrôler le déroulement du processus thérapeutique. Les méthodes et stratégies psychothérapeutiques doivent être appliquées de manière adéquate, en fonction de critères rationnels et selon les règles de l'art. L'élaboration régulière de rapports sur le déroulement du traitement constitue un moyen particulièrement utile de contrôle et de vérification, parallèlement à la supervision et à l'intervision, ainsi qu'à la collaboration à des groupes s'intéressant spécifiquement à l'axe qualité.

Concernant la *qualité des résultats* le/la psychothérapeute doit évaluer à intervalles réguliers l'avancement de la thérapie et son évolution; il/elle doit noter les résultats de cette évaluation. Il s'agit également de rechercher les causes des évolutions négatives ou problématiques et d'appliquer des mesures d'intervention adéquates, permettant d'obtenir une amélioration ou de résoudre les problèmes.

L'aspect garantie de qualité constitue un secteur relativement neuf de la psychothérapie. Pourtant, de nombreuses raisons existent de l'intégrer à la profession, en Autriche en particulier puisque ce pays dispose du cadre juridique requis. Cette démarche permet d'accomplir une étape importante vers une plus grande professionnalisation de la psychothérapie. A cette fin, il serait actuellement important de créer d'abord les conditions-cadres nécessaires au niveau logistique et conceptuel. Il faut demander aux associations professionnelles comme aux instances de l'Etat (université, ministère) de se charger de cette tâche. Il faudrait en outre que les différentes écoles formulent des standards et des directives concernant la qualité des traitements, ainsi que des programmes visant à garantir et à améliorer systématiquement la qualité. Lors d'étapes ultérieures, ces programmes pourraient être intégrés à l'offre sous forme de projets pilotes et leurs effets pourraient être évalués. Alors seulement il sera possible de mettre définitivement en oeuvre des mesures visant à garantir la qualité sur le plan essentiellement interne (dans le secteur ambulatoire). La recherche scientifique doit être part intégrante de ce processus; sans elle, il n'est pas possible d'appliquer des modèles de qualité. Il serait également important que les psychothérapeutes eux-mêmes deviennent mieux conscients du thème qualité de la psychothérapie et des problèmes y relatifs, et qu'ils commencent dès maintenant à élaborer des idées quant à la manière dont elle

pourrait être garantie. Les thérapeutes travaillant dans leur propre cabinet pourraient organiser maintenant déjà des groupes intéressés, travaillant ainsi systématiquement

à l'amélioration de leurs standards de traitement et intervenant, le cas échéant, pour que leur qualité s'améliore.

1. Einleitung

Das vorliegende Themenheft „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement von Psychotherapie“ resultiert aus zwei Fach- und Arbeitstagungen, die der Herausgeber dieses Themenheftes im Rahmen der Erstellung eines Expertenberichts und -gutachtens (Laireiter et al., 1995) an das Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kulturelle Angelegenheiten zu Beginn dieses Jahres in Salzburg (26. 1. 1995) und in Wien (4. 2. 1995) abgehalten hat. Der Hintergrund für die Tagungen wie auch für das Expertengutachten liegen in dem Bemühen des Ministeriums, die Psychotherapieforschung in Österreich zu fördern und dafür besonders interessante und wichtige Themen und Fragestellungen zu finden. Die Tagungen hatten dabei die Funktion, sowohl die Autoren der Studie, vor allem aber auch interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher über den Stand der Forschung zu informieren und einen Austausch über mögliche Forschungsprojekte in Österreich durchzuführen. Dabei wurden am Vormittag jeweils zwei allgemeine Referate gehalten, die in etwas modifizierter Form in diesem Heft abgedruckt sind, der Nachmittag war der Vorstellung und Diskussion der Projekte gewidmet sowie dem Austausch über Forschung und Forschungsnotwendigkeiten im Bereich der Qualitätssicherung von Psychotherapie. Insgesamt waren beide Tagungen von über 50 Personen besucht, was von einem enormen Interesse der Psychotherapeuten an diesem Thema zeugt. Aus diesem Grund erklärten sich auch alle vier Referenten bereit, ihren Vortrag auch schriftlich zu publizieren, um so das Thema und die referierten Inhalte einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen.

Das gesamte Projekt wäre ohne die Mithilfe vieler nicht möglich und durchführbar gewesen. Zu vorderst ist Herrn Prof. Baumann sowie dem leider viel zu früh verstorbenen Herrn Dr. Knauer sehr herzlich für ihre kooperative und unterstützende Zusammenarbeit während allen Phasen des Projektes zu danken. Besonderer Dank gilt auch den verantwortlichen Beamten des Wissenschaftsministeriums (Herr Min.-Rat Univ.-Doz. Dr. Burckert, Herr Min.-Rat. Dr. Schuster, Herr Dr. Schilling; Frau Mag. Kepplinger, Frau Mag. Oberhauer) für ihre umsichtige Betreuung und Administration. Zu danken ist hier auch jenen Personen, die sich bereit erklärten, im Rahmen der beiden Arbeitstagungen ihre Projekte vorzustellen. Es sind dies neben den Autoren dieses Themenheftes Frau Mag. Görtz, Wien; Frau Mag. Dr. Lettner, Salzburg; Hr. Steiner, Wien; Herr Dr. Schmidl, Wien; Herr Dr. Langs, Graz; Herr Mag. Mauder, Wien; Herr Mag. Sluneko, Wien; Herr Dr. Trojovsky, Graz und Herr Prof. Dr. Scheer, Graz.

Zu Dank verpflichtet ist das Projektteam ihren Mitarbeitern, Frau Mag. Himmelbauer, Frau Mag. Dr.

Thiele und Herrn Mag. Dobernig, die bei der Literaturanalyse und der Erstellung des Expertenberichtes sehr engagiert mitgearbeitet haben.

2. Rahmenbedingungen und Ursachen für die zunehmende Bedeutung des Qualitätsdenkens in der Gesundheitsversorgung und Psychotherapie

Die Sicherstellung und Gewährleistung der Qualität einer Ware oder Dienstleistung durch den Hersteller oder Dienstleistungsgeber zählt zu den wohl bedeutendsten Errungenschaften der modernen Industriegesellschaft, denn Fehler oder Schäden garantieren eigentlich eine regelmäßige Nachfrage und halten so die Produktion aufrecht. Erst die zunehmende Konkurrenz der Anbieter, vor allem aber die Erkämpfung von „Haftungsrechten“ durch Käufer und Dienstleistungsempfänger brachte Haftungsspflicht des Erzeugers und Dienstleistungsgebers für die Mindestqualität bzw. den Minimalstandard seines Produktes bzw. seiner Dienstleistung mit sich.

Die Integration der Idee, das Angebot und die Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen unserer westlichen Gesellschaft mit einer Mindestqualität zu versehen, deren Erreichung regelmäßig zu kontrollieren, erfolgte weitaus später als in der Industrie, ist aber dennoch nicht neu, wie Kolkmann (1995) ausführt. Dies gilt übrigens auch für die Psychotherapie und Klinische Psychologie, in der ja Kontrollanalysen, Supervisionen, strukturierte Ausbildungen (in allen), die kontinuierliche Überwachung der eigenen therapeutischen Tätigkeit (z.B. in der Klientenzentrierten Psychotherapie durch Tonbandaufnahmen und sogenannte „Empathieskalen“) und die regelmäßige Überprüfung der Ergebnisse einer Behandlung (vor allem in der Verhaltenstherapie) bereits seit Anbeginn ihrer Entwicklungen zum Standard gehörten. Neu sind also weniger die Kontrollmethoden und die Überwachung eines Minimalstandards als viel mehr das Denken, die Konzepte und vor allem die Systematik, mit denen die Qualitätsphilosophie und die Idee der ständigen Leistungsverbesserung in die Psychotherapie und Klinische Psychologie integriert werden. Der eigentliche Beginn dieser Implementierung in das Gesundheitswesen ist mit der Zeit nach dem 2. Weltkrieg anzusiedeln, in der Psychotherapie werden diese Konzepte international seit Mitte der 80er Jahre diskutiert.

Was sind nun die Gründe für diese Diskussion und für die momentan so intensive Auseinandersetzung mit diesem Thema in den meisten Industrienationen? Dafür können insgesamt 10 Gründe bzw. Aspekte namhaft gemacht werden.

1. *Allgemeine gesundheitspolitische Aspekte:* Die mangelnde Gesundheit eines Großteils der Weltbevölkerung ist ein ernstzunehmendes ökonomisches aber auch humanitäres Problem. Aus diesem Grund gibt es

bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts verschiedenste Initiativen und Bemühungen zur Hebung der Gesundheit der Weltbevölkerung, zur Verbesserung des internationalen Gesundheitswesens und zur Hebung und Sicherstellung der Standards der Gesundheitsversorgung, welche nach dem 2. Weltkrieg durch die Gründung der WHO weltweite und professionelle Formen annahm. In diesem Zusammenhang wurde in der zweiten Hälfte der 70er Jahre das WHO-Programm „Gesundheit 2000“ implementiert, in dessen „Endziel 31“ festgelegt wurde, daß jeder Mitgliedsstaat der WHO bis zum Jahre 1990 effektive Verfahren der Sicherung und ständigen Verbesserung seines Gesundheitswesens zu entwickeln habe. Sicherlich sind viele Staaten davon noch weit entfernt, auch Österreich, allerdings ist das Ziel damit nicht aufgehoben und die Selbstverpflichtung, dieses Ziel in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu erreichen, bleibt weiter bestehen. Davon betroffen sind auch die Psychotherapie und die Klinische Psychologie als Gesundheitsprofessionen.

2. *Gesundheitsgesetzliche Aspekte:* Im Anschluß daran bzw. aufgrund dieser Rahmenrichtlinien der WHO haben viele Staaten der westlichen Welt Gesetze zur Verbesserung und Sicherstellung sowie zum Management der Qualität ihres Gesundheitswesens beschlossen, ebenso wie sie entsprechende Gesetze und Verordnungen zur Durchführung für die öffentliche Finanzierung der Gesundheits- und Krankenversorgung und die Gesundheitsberufe erlassen haben (z.B. USA, Großbritannien, Holland, Deutschland, Belgien, Skandinavien etc.; vgl. dazu Gaebel, 1995). In Österreich wurden entsprechende Regelungen durch die Novelle zum Krankenanstaltengesetz von 1993 festgelegt. Eine umfassende gesetzliche Regelung wie etwa in Deutschland durch das „Gesundheitsreformgesetz von 1988“ und das „Gesundheitsstrukturgesetz von 1991“ zum Sozialgesetzbuch V (vgl. Gaebel und Wolpert, 1994; KBV, 1993; Selbmann, 1995), welche auch die Leistungsträger und die ambulante psychosoziale Versorgung einschließt, existiert jedoch bei uns nicht. Dennoch erscheinen die übrigen hier genannten Gründe genügend stichhaltig und essentiell, um sich auch in Österreich, nicht nur im Rahmen der stationären Versorgung, intensiv um die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität des Gesundheitswesens, und in unserem Fall der Psychotherapie, zu bemühen.

3. *Ökonomische Aspekte:* Ein weiterer wesentlicher Grund für die aufkommende Forderung nach Qualitätssicherung ist sicherlich auch in der enormen Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu sehen und den damit verbundenen Hoffnungen auf eine Eindämmung derselben. Es ist allerdings gleich an dieser Stelle zu vermerken, daß eine am Patienten orientierte Qualitätssicherung die Hoffnung auf sofortige Kostendämpfung nur sehr begrenzt erfüllt (vgl. dazu auch Kolkman, 1995).

4. *Aspekte des Patientenschutzes und des Patientenrechts:* Von großer Bedeutung für die Integration der Qualitätsphilosophie in das Gesundheitswesen sind sicherlich rechtliche Aspekte des Konsumenten- und Patientenschutzes, die die Interessen und Rechte des Patienten schützen und ihm auch den Anspruch

auf die bestmögliche Behandlung und Versorgung garantieren.

5. *Berufsrechtliche und berufsethische Aspekte:* Auf professioneller Seite korrespondieren damit vor allem die Berufspflichten und das Berufsethos der Gesundheitsberufe. Unter diesem Aspekt kann bereits der „Hippokratische Eid“ des Arztes als die erste und ursprünglichste Form der Selbstverpflichtung zur Erstellung und Sicherung basaler Standards des ärztlichen Handelns angesehen werden. Ähnliches gilt natürlich auch für berufsethische Kodices Klinischer Psychologen und Psychotherapeuten (vgl. APA, 1992, dt. 1993; BDP, 1993; Krisch und Stemberger, 1993). Alle diese Kodices verpflichten den Praktiker rechtlich wie ethisch, seinen Patienten nach dem neuesten Stand der Forschung und Entwicklung sowie den geltenden Regeln der Kunst zu behandeln. Diese Verpflichtung stellt gleichzeitig nicht nur eine implizite, sondern sogar eine explizite Verpflichtung zur ständigen Kontrolle und Verbesserung der Qualität der therapeutischen Leistungen dar. Diese Verpflichtung scheint einigen Verbänden sogar so stark, daß sie bei der Überarbeitung ihrer Ethikrichtlinien den Aspekt der Qualitätssicherung neuerdings explizit aufgenommen haben (vgl. z.B. DGVT, 1995, S. 3: „Jede Anbieterin, jeder Anbieter psychosozialer Leistung trägt die Verantwortung für die Qualität der Arbeit“).

6. *Ausbildungsqualität:* Eine von der Öffentlichkeit anerkannte und zur Ausbildung und Versorgung zugelassene psychotherapeutische Richtung hat nicht nur die Aufgabe, die Qualität ihrer Leistungen und ihres Angebotes sicherzustellen, sondern vor allem auch die Qualität der von ihr ausgebildeten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Daher ist es auch nach dem Psychotherapiegesetz (vgl. Kierein et al., 1991) die Aufgabe und Pflicht einer jeden Ausbildungseinrichtung, ihre Kandidatinnen und Kandidaten nach dem neuesten Stand der fachlich-wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung effektiver Methoden und notwendiger Inhalte so auszubilden, daß jene Kompetenzen und Fähigkeiten erreicht werden, die angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre zukünftige praktische Tätigkeit benötigen. Damit rückt die Ergebnisqualität einer Ausbildung als zentrale Größe in den Vordergrund der fachlichen und wissenschaftlichen Betrachtung. Herkömmliche Schwerpunkte, die sich über strukturelle Inhalte definierten (Theorie, Methodik, Selbsterfahrung, Supervision etc.) sollten demgegenüber in den Hintergrund treten und eher als mögliche Methoden und weniger als zentrale Inhalte einer Ausbildung diskutiert werden. Diese zielorientierte Sichtweise der Ausbildung ist im Bereich der Psychotherapie, aber auch in anderen Professionen, noch kein Standard (Binder, 1993), sollte aber in Zukunft unbedingt zu einem solchen werden!

7. *Versorgungspolitische Aspekte:* Ähnlich wie in Punkt 5 ist die Situation für die Leistungsträger, d.h. die Krankenkassen: Auch sie haben die Verpflichtung bei der Verteilung der Gelder ihrer Versicherten nach Qualitätsgesichtspunkten zu handeln. Sie haben Behandlungen zu fördern und Kosten für solche zu ersetzen, die zweckmäßig, ökonomisch vertretbar und effektiv sind.

8. *Fachpolitische Aspekte:* Gerade für die Psychotherapie im engeren Sinn sind auch noch fachpolitische Aspekte als Begründung für das Interesse an der Qualitätsdiskussion zu nennen. Nicht nur in Österreich verstehen sich Psychotherapie und Klinische Psychologie als „wissenschaftliche Gesundheitsberufe“. Als Professionen, die gerade erst die Bühne der Versorgung betreten haben, stehen sie, wie jeder Neuling, unter einem erhöhten *Legitimationsdruck*, vor allem gegenüber den bereits etablierten Disziplinen. Sie haben zu belegen, daß die von ihnen angebotenen Behandlungen auch in der Routineversorgung, also außerhalb intensiver wissenschaftlicher Prüfungen, effektiv und effizient sind. Diese Konkurrenz mit anderen Gesundheits- und Behandlungsangeboten verlangt ein intensives Management und eine ständige Überwachung der Qualität der Leistungen und Erfolge dieser neuen Gesundheitsberufe, was natürlich in weiterer Konsequenz die Sicherung dieser Standards und damit Qualitätssicherung impliziert.

9. *Wissenschaftliche Aspekte:* Die eben angesprochenen berufspolitischen Gründe aber auch eine Reihe von vorher genannten Punkten implizieren forschungsbezogene Forderungen. Jedes Arzneimittel durchläuft bis zu seiner endgültigen Zulassung zur Routineversorgung einen umfangreichen Forschungs- und Evaluationsprozeß, der nach Linden (1987) vier Phasen beinhaltet, die Labor- oder präklinische Phase, die hypothesengenerierende, die hypothesentestende und die Routineüberwachungsphase. Auch von nicht-pharmakologischen Interventionen wäre zu fordern, daß ihre Wirkungen und Nebenwirkungen ähnlich aufwendig untersucht werden (Baumann und Reinecker-Hecht, 1986), eine Forderung, die für die ersten drei Phasen von den meisten Verfahren der Psychotherapie nur schwer einzulösen ist. Allerdings, und dies betont auch Kordy (1992) in seinen „Erläuterungen zu dem Reiz- und Modewort ‚Qualitätssicherung‘“, ist jedes der psychotherapeutischen Verfahren einer ständigen Routineüberwachung zugänglich (von Linden, 1987, auch Phase-IV genannt) und sollte im Rahmen der Psychotherapie auch durchgeführt werden. Die kontinuierliche Überwachung der Ergebnisse einer Intervention im Feld ist eine wichtige Phase des Qualitätssicherungs- und -verbesserungsprozesses (vgl. Selbmann, 1995). Da negative Ergebnisse ohnedies Verbesserungsmaßnahmen und -interventionen nach sich ziehen müßten, wäre es daher sinnvoll die Routineüberwachung in die Qualitätssicherung zu integrieren, was wiederum für die Notwendigkeit der Implementierung von Qualitätssicherungs- und -verbesserungsprogrammen in die Psychotherapie sprechen würde.

10. *Forschungspolitische Aspekte:* Nicht zuletzt ist es auch für die Psychotherapieforschung selbst von größter Relevanz, sich der Qualitätssicherung zuzuwenden. Forschung im Bereich der Qualitätssicherung hat im Gegensatz zu groß angelegten Evaluationsstudien oder Psychotherapieprozeßforschungen einen direkt anwendungsbezogenen Effekt, d.h. eine direkte Rückwirkung auf den Praktiker und dessen Tun (vgl. auch Richter, 1994). Denn sowohl das Versorgungssystem selbst ist Gegenstand der Forschung wie auch das professionelle Handeln des Psychotherapeuten in seiner täglichen Praxis. Forschung im Bereich der Qualitäts-

sicherung könnte also auch zu einer Reduktion der Empirie-Praxis-Kluft zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschern beitragen. Dabei sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- Die Forschung könnte dem Praktiker direkte Rückmeldung über die Standards seines Handelns, die Ergebnisse seiner Interventionen und die Zufriedenheit der Patienten mit seiner Behandlung geben.
- Die Konzepte und Modelle der Forschung im Bereich der Qualitätssicherung sollten so angelegt sein, daß sie möglichst einfach in den klinischen Alltag integriert werden können (Kordy, 1992). Dadurch könnten Praktiker ihre Wissenschaftsscheu verlieren und die positiven Aspekte empirischer Forschung kennenlernen.
- Forschung im Bereich der Qualitätssicherung ist im klinischen Alltag primär einzelfallbezogen (Grawe und Braun, 1994). Dies dürfte die Motivation des Praktikers heben, sich mit den entsprechenden Designs, Strategien und Methoden intensiver auseinanderzusetzen und sie gegebenenfalls auch selbst anzuwenden. In diesem Sinn ordnen Lutz et al. (1995) die Forschung im Rahmen der Qualitätssicherung auch der „angewandten“ oder „handlungsbezogenen Psychotherapieforschung“ zu und trennen sie von anderen Formen, wie z.B. der evaluativen Psychotherapieforschung, der Psychotherapieprozeßforschung oder der Versorgungsforschung.

Obwohl Klinische Psychologie und Psychotherapie in den meisten gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung nicht als primäre Zielprofessionen angesprochen sind (Prößdorf, 1995), machen diese Ausführungen doch deutlich, wie wichtig es sowohl für die Profession als solche wie auch für die damit assoziierten Fachwissenschaften ist, sich mit der Qualität des professionellen Handelns und der Sicherstellung derselben eingehend auseinanderzusetzen. Dabei sind sowohl Initiativen zur Entwicklung und Implementierung entsprechender Qualitätssicherungsprogramme, wie auch die Entwicklung von Methoden zur Erfassung von Qualität und deren Überwachung und die Evaluation der Effekte der Programme von Bedeutung. Forschung im Bereich der Qualitätssicherung impliziert daher eine enge Kooperation zwischen Praktikern und Forschern und sollte damit auch die Kluft zwischen beiden überwinden helfen. Auch wenn Österreich noch nicht über ausgefeilte gesetzliche Regelungen, vor allem für den ambulanten Bereich der Versorgung verfügt, dürfte aus dem eben Gesagten doch auch die Bedeutung dieser Forschung für die noch relativ junge Profession der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in unserem Lande deutlich geworden sein.

3. Aspekte der Qualität und der Qualitätssicherung in Ausbildung und Praxis der Psychotherapie

Ein Editorial wäre unbefriedigend würde es beim Aufzählen von Argumenten und Begründungen stehenbleiben. Es sollte auch Impulse und Ideen einbringen. Aus diesem Grunde sollen in der Folge einige Überlegungen zur Qualität und Qualitätssicherung der Ausbildung in

Psychotherapie und der niedergelassenen Psychotherapie diskutiert werden.

3.1 Ausbildungsqualität

Weiter oben wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Qualität der Ausbildung und ihre Sicherstellung ein zentrales Anliegen der Psychotherapie als gesellschaftliche Institution sein sollte, hängt doch von ihr sehr wesentlich auch die Qualität der (zukünftigen) psychotherapeutischen Behandlungen ab, die ein Praktiker nach Abschluß seiner Ausbildung zu leisten imstande ist. Als solches sind Niveau und Standards der Ausbildung ein zentrales Element der „Strukturqualität“ von Psychotherapie (Kordy, 1992; Selbmann, 1995). Aufgrund der engen Verknüpfung zwischen Praxis und Ausbildung spricht vieles dafür, die zentralen theoretischen Konzeptionen der Qualitätswissenschaft auch auf die Ausbildung und ihre Ergebnisse zu übertragen. Dies würde es als sinnvoll nahelegen, die Ausbildung in Psychotherapie ebenso als zu sichernde und ständig zu verbessernde Dienstleistung zu betrachten, wie jede andere, z.B. das Anbieten von Psychotherapie, und sie damit auch unter ein noch zu entwickelndes Qualitätsmanagement von Psychotherapie zu stellen.

Dies hätte einige Konsequenzen für die Psychotherapie-Ausbildung: Zunächst einmal wäre auch in diesem Bereich der dreifache Qualitätsbegriff einzuführen (Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität) und es wären Kriterien und Standards für die einzelnen Aspekte dieses Begriffes festzulegen, die um folgende wichtige Fragen kreisen könnten: Was sind die (für die Strukturqualität) notwendigen Rahmenbedingungen für eine gute Ausbildung, z.B. bezogen auf das Lehrpersonal, die Organisationsform oder die verfügbaren Unterrichtsmethoden? Wie muß (unter dem Prozeßaspekt) die Ausbildung gestaltet und durchgeführt werden, daß sie zu zufriedenstellenden Ergebnissen führt? Welche Methoden und didaktischen Maßnahmen sind einzusetzen, um die Ziele einer Ausbildung zu erreichen? Unter dem Aspekt der Ergebnisqualität wäre primär einmal zu fragen, welche Ziele eine Ausbildung verfolgt und welche Outcomes sie produzieren will. Damit werden die notwendigen und erwünschten Kompetenzen und Fähigkeiten eines Psychotherapeuten zu den zentralen Kriterien der Definition der Ergebnisqualität einer Ausbildung. Erst wenn diese festgelegt sind, kann man die ebenfalls wichtige Frage stellen, durch welche Methoden und Maßnahmen welche Kompetenzen am effektivsten und effizientesten erworben bzw. vermittelt werden können. Unter dieser Perspektive und durch diese Art der Fragestellung würden sich vermutlich viele teils heftig und vor allem sehr emotional geführte Diskussion erübrigen, denn diese werden meist um bestimmte Bestandteile einer Ausbildung geführt, weniger um Ziele und um Ziel-Mittel-Relationen (s.o.). Ein typisches Beispiel dafür ist die Selbsterfahrung und Eigentherapie von angehenden Psychotherapeuten (Laireiter, 1995). Unter dem Aspekt notwendiger psychotherapeutischer Kompetenzen kann man sich relativ leicht darüber verständigen, ob eine Eigentherapie ein notwendiges oder hinreichendes Element zur Errei-

chung bestimmter, z.B. interpersonaler oder interaktionaler Fähigkeiten oder Kompetenzen eines zukünftigen Psychotherapeuten ist, oder ob es zur Erreichung eines solchen Zieles auch noch anderer Methoden und didaktischer Elemente bedarf, bzw. ob dieses Ziel nicht vielleicht überhaupt durch andere Methoden effektiver und effizienter erreicht werden kann (vgl. dazu auch Tscheulin, 1980, 1992). Aus der Sicht der Ergebnisqualität der Psychotherapieausbildung wäre es daher sicherlich notwendig, die gesamte bisher konzipierte Ausbildung in Psychotherapie dahingehend zu durchforsten, ob sie insgesamt zielgerichtet ist und welche fachlichen, interpersonalen und personalen Kompetenzen sie den angehenden Psychotherapeuten vermitteln will oder soll. Weiters wäre eine Analyse der Frage wichtig, ob die dafür vorgesehenen methodischen Elemente, wie z.B. Theoriekurse, Methodentrainings, Fall-supervisionen, Fallseminare, Eigentherapie, Selbsterfahrung etc., diese Ziele überhaupt erreichen und ob sie die effektivsten und effizientesten dafür sind. In diesem Zusammenhang stellt empirische Forschung eine zentrale Methode der Erkenntnisgewinnung dar, was die unbedingte Forderung nach ständiger Evaluation der Ausbildung nach sich zieht.

Die Übernahme der Qualitätsphilosophie auf die Ausbildung in Psychotherapie verlangt nicht nur die Einführung von Standards und Kriterien im Sinne einer „Qualitätsplanung“, sie verlangt vor allem auch die regelmäßige und ständige Überprüfung der Erreichung dieser Standards im Sinne eines regelmäßigen „Qualitätsmonitorings“ und, was für die Qualitätssicherung ganz besonders wichtig ist, von Interventionen und Methoden zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität. Der „Qualitätsverbesserungszyklus“ (Selbmann, 1995) wäre somit auch auf die Ausbildung anzuwenden.

Die Übernahme und routinemäßige Implementierung dieses Zyklus ist sicherlich ein längerfristiges Projekt für die Zukunft, wichtiger für die aktuelle Sicherstellung und Verbesserung der Ausbildungsqualität sind daher sofort einsetzbare Maßnahmen. Unter dieser Perspektive wäre zunächst zu fordern, daß Ausbildungsseminare und Ausbildungsbausteine von den Teilnehmern regelmäßig evaluiert und hinsichtlich ihres Effektes auf ihre subjektive und auch überprüfte Kompetenzentwicklung regelmäßig beurteilt werden. Weiters wäre es notwendig, wie oben skizziert, die Ausbildungsziele zu explizieren und deren Erreichung routinemäßig zu überprüfen. Beide Informationen müßten den unmittelbar Beteiligten, d.h. sowohl den Ausbildungsverantwortlichen wie auch den Lehrpersonen und Lehrtherapeuten zur Kenntnis gebracht werden. Dieser „externen Rückmeldung“ wären verschiedene Formen „interner Qualitätssicherung“ beizustellen. Eine wichtige und zugleich sehr effektive Methode wäre der Zusammenschluß von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten zu sogenannten „Qualitätszirkeln“ (vgl. dazu ausführlicher Bahrs et al., 1994), in denen die Erfahrungen der Ausbilder aufgearbeitet und besprochen sowie Qualitätsstandards der Lehrtherapeuten systematisch entwickelt werden können. Die Ergebnisse der Evaluation, sowohl der Lehrveranstaltungen wie

auch der Ausbildungsergebnisse sollten ebenfalls direkt in die Qualitätszirkelarbeit der Lehrbeauftragten einfließen, ebenso wie sie, im negativen Fall, natürlich auch Anlaß zu weiteren Qualitätsverbesserungsmaßnahmen geben sollten (z.B. Veränderungen im Ausbildungsmodell, Veränderungen in der Methodik und Didaktik des Unterrichts, Erhöhung von Stundenzahlen, Umschichtung der Ausbildung, Nachschulung der Ausbilder etc.). Bei all diesen Schritten und Aufgaben spielt empirische Forschung eine wesentliche Rolle. Es darf nicht übersehen werden, daß die meisten Ausbildungsvereine dafür keine Kapazität besitzen, weshalb es sicherlich notwendig wäre, für die empirischen Belange der Qualitätssicherung vermehrt die Universitäten und wissenschaftlich tätige Psychotherapeuten einzubeziehen und dafür auch entsprechende finanzielle Mittel bereitzustellen.

3.2 Behandlungsqualität

Wenn man von Qualität und Qualitätssicherung von Psychotherapie spricht, ist primär die Behandlungsqualität (d.h. die Qualität der psychotherapeutischen Tätigkeit) angesprochen, wengleich, wie versucht wurde zu zeigen, diese nur ein Teil der Gesamtqualität von Psychotherapie ausmacht. Da sich die meisten Ausführungen zur Qualitätssicherung auf stationäre Psychotherapie beziehen, seien die folgenden Überlegungen in erster Linie an die ambulante Psychotherapie gerichtet.

Wie bereits erwähnt, bezieht sich der Begriff der Qualität einer Dienstleistung oder eines Produktes auf drei Ebenen, die Rahmenbedingungen und Strukturen (Strukturqualität), innerhalb derer diese durchgeführt wird, auf die Tätigkeit (des Produzierens bzw. der Dienstleistung) selbst (= Prozeßqualität) und die Ergebnisse dieser Tätigkeit (= Ergebnisqualität) (vgl. Donabedian, 1966; Piribauer, in diesem Heft).

3.2.1 Aspekte der Strukturqualität ambulanter Psychotherapie und ihrer Sicherstellung

Mit Donabedian (1966) und anderen Qualitätsforschern sind dem Begriff der Strukturqualität vier Aspekte zuzuordnen, die Versorgungsqualität, die Ausstattungsqualität, die Qualität des Personals und die Verfügbarkeit geprüfter effektiver und effizienter Methoden.

Unter „Versorgungsqualität“ ist die ausreichende Verfügbarkeit von Psychotherapie (in Form von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) in den verschiedenen Regionen und Gebieten eines Versorgungsgebietes zu verstehen. Den Bedarf zu erheben und zu erfüllen ist primäre Aufgabe der Länder, Gemeinden und der Sozialversicherungsträger. Allerdings sollten auch die Berufsverbände darauf hinarbeiten, daß unterversorgte Gebiete mit Psychotherapeuten ausgestattet werden. Neben staatlichen Einrichtungen könnten jedoch auch die Psychotherapeuten selbst zur Sicherstellung der Versorgungsqualität beitragen, indem sie sich regional organisieren und dabei auch Probleme und Mängel der Versorgung aufdecken und die Verwaltungsbehörden beraten. Weiters könnten und sollten sie ihre Kompetenz in Institutionen und Behörden einbringen

(z.B. Rotes Kreuz, Mütterberatungen, Schulen, Kindergärten etc.) sowie eine gute Kooperation mit anderen Berufsgruppen, insbesondere den Hausärzten sowie mit Einrichtungen der intra- und extramuralen psychosozialen Versorgung wie auch mit paraprofessionellen Initiativen (z.B. Selbsthilfegruppen) herstellen. In diesem Zusammenhang wäre es eventuell sinnvoll, systematische Konzepte der gegenseitigen Konsultation und Kooperation zu entwickeln

Im Rahmen seiner eigenen Tätigkeit wäre es die Aufgabe eines jeden Psychotherapeuten, sich Versorgungs- und Kooperationspartner zu suchen, die es ihm ermöglichen, nach dem Prinzip der Indikation bei entsprechenden Störungen und bei der Realisierung psychotherapeutischer Behandlungspläne beim Auftreten spezifischer Probleme im Behandlungsprozeß kooperative Hilfe und Unterstützung durch andere Professionen (z.B. Medizin, Logopädie, Physiotherapie etc.) zu erhalten, bzw. auch selbst zu geben.

Von großer Bedeutung für niedergelassene Psychotherapeuten ist die *Ausstattungsqualität*. Darunter sind im ambulanten Bereich die Standards und Kriterien für die Ausstattung einer individuellen Praxis im Hinblick auf die Räumlichkeiten, das Inventar, die notwendige Ausstattung mit Materialien und Unterlagen, die Infrastruktur und Lokalisation, die Lage und Erreichbarkeit derselben etc. zu verstehen. Neben allgemein-psychotherapeutischen Standards, z.B. die Ausstattung, die Räumlichkeiten etc. betreffend, gibt es in diesem Bereich der Strukturqualität natürlich auch wichtige schulenspezifische Differenzen. So dürfte es für Verhaltenstherapeuten eher zum Standard gehören, in der Praxis Geräte (z.B. Biofeedbackgerät, Videoanlage, Recorder, CD-Gerät zum Abspielen von Entspannungsmusik o.ä.), einen PC (zur Bearbeitung computerisierter Tests und Dokumentationen) sowie verschiedene Tests und Beobachtungsunterlagen zu besitzen als für einen humanistisch oder psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten. Unter allgemein-psychotherapeutischer Perspektive wären hier vor allem Fragen nach der räumlichen Gestaltung, der Farbwahl und der Lokalisation einer Praxis (z.B. helle Zimmer, Sonnenlicht vs. abgeschiedene in einen Hinterhof oder Keller mündende Räumlichkeiten), um nur einige zu nennen, von Relevanz.

Wengleich es noch keine systematischen Überlegungen und Empfehlungen darüber gibt und damit auch noch keine Forschung (vgl. Bergin und Garfield, 1994), dürfte dieser Aspekt für die Patientenzufriedenheit und vermutlich auch für das Ergebnis von Psychotherapie nicht unwichtig sein. Gerade im Bereich der Ausstattungsqualität wäre die Zusammenarbeit mit anderen Professionen wie Ökopsychologen und Farbberatern von großer Bedeutung für eine adäquate äußere Gestaltung der „Stätten der Heilung“ (Frank, 1992; vgl. Trenckmann und Spengler, 1995, für eine ähnliche Sichtweise).

Unter dem Begriff „Personal“ wird üblicherweise die Ausbildung und Kompetenz des medizinischen und therapeutischen Personals verstanden (Gabel, 1995). Auf entsprechende Kriterien und Forderungen wurde im vorangegangenen Abschnitt bereits eingegangen.

Für den niedergelassenen Praktiker wäre unter diesem Punkt eine qualitativ hochwertige und den Erfordernissen der Praxis angepaßte Ausbildung zu fordern sowie von ihm selbst eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung, die nach dem Psychotherapiegesetz ohnedies gefordert wird (Kierein et al., 1991). Es ist die Aufgabe des Psychotherapeuten, sich eine breite Kompetenz zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Probleme und Störungen zu erwerben und weiterzuentwickeln sowie seine Fähigkeiten im Sinne einer Schwerpunktsetzung zu vertiefen (vgl. dazu auch Fiedler, 1994).

Etwas schwieriger in der Psychotherapie, da sehr umstritten, ist der letzte Bestandteil der Strukturqualität, der der verfügbaren *Methoden*, Geräte und Instrumentarien zur Behandlung von kranken und leidenden Menschen. Es ist eigentlich selbstverständlich, daß aus berufsethischen Standards heraus betrachtet eine Behandlung nur mit gut untersuchten, wirksamen, nebenwirkungsfreien und effizienten Methoden durchgeführt werden sollte und darf (s.o.). Das Problem resultiert nun daraus, daß viele der psychotherapeutischen Methoden nach strengen wissenschaftlichen Kriterien noch nicht ausreichend breit beforscht sind (Grawe et al., 1994), wenngleich viele Einzelbefunde für eine allgemeine und breite Wirksamkeit dieser Methoden sprechen (Huf, 1992; Luborsky et al., 1975; Smith et al., 1980), sodaß diese Frage noch nicht endgültig entscheidbar ist und es im Sinne Grawe's und seiner Metaanalyse daher dringend geboten wäre, entsprechend strenge wissenschaftliche Evaluationsstudien zu fordern. Der Einzelpraktiker befindet sich angesichts dieser Situation in einem Dilemma, denn es fehlt ihm letztlich die klare Orientierung, welche der von ihm eingesetzten Methoden unter dem Aspekt der Methodenqualität überhaupt einsetzbar sind. Er kann das Dilemma nur dadurch lösen, daß er selbst eine strenge Überprüfung der Ergebnisse seiner Behandlungen durchführt, d.h. seine eigene Ergebnisqualität einem ständigen Monitoring unterzieht (Grawe und Braun, 1994) und im Falle des Auftauchens eines Problems qualitätsverbessernde Maßnahmen einführt.

3.2.2 Aspekte der Prozeßqualität

Unter Prozeßqualität wird das Niveau und damit die Qualität der Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einer Psychotherapie in Relation zu vorgegebenen Standards und Leitlinien verstanden (Gaebel, 1995). Damit beschreibt dieser Begriff die Übereinstimmung einer bestimmten Behandlung mit vorgegebenen Behandlungsleitlinien und konkreten Durchführungsmodalitäten. Wenngleich der Begriff inhaltlich eigentlich relativ klar ist (die Einhaltung bestimmter Handlungsrouinen), ist er für die Psychotherapie selbst leider völlig unklar und offen, da er zu seiner Definition umschriebener Leitlinien und vorgegebener Behandlungskonzepte oder -manuale bedarf, was zum einen bisher nur in wenigen Fällen gegeben ist. Zum anderen ist die Erstellung einer streng formalisierten psychotherapeutischen Behandlungsroutine für die verschiedensten Störungen im Rahmen der einzelnen therapeutischen Schulen vermutlich auch niemals ganz

möglich und sinnvoll. Am ehesten ist dieses Kriterium noch im Rahmen der Verhaltenstherapie für die Behandlung umschriebener Störungen (z.B. Panikstörungen: Margraf und Schneider, 1989; Depression: Hautzinger et al., 1989) einzuhalten. Für viele andere Therapien fehlen Manuale oder klare Behandlungsanleitungen völlig. Ein weiteres Problem ist, daß die bisherige Psychotherapie-Prozeßforschung noch lange nicht in der Lage ist, eine empirisch begründete Therapieprozeßtheorie zu erstellen, auf deren Basis erst eine rationale Entwicklung von Behandlungsstandards möglich wäre und bei deren Umsetzung auch vorhersagbare Behandlungsergebnisse zu erwarten wären (vgl. dazu auch Gaebel, 1995).

Aus diesem Grund ist der Einzelpraktiker, außer er verwendet ein empirisch bereits gut erforschtes Behandlungsmanual, sehr stark auf die globalen Behandlungsrichtlinien seiner therapeutischen Schule oder Richtung angewiesen. Diese sollte er im Falle einer qualitätsgerechten Behandlung allerdings nur unter ständiger Berücksichtigung des Ansprechens des Patienten auf die Behandlung und die beginnenden therapeutischen Veränderungen, d.h. unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität, anwenden und realisieren.

Es wäre daher vorrangige und wichtige Aufgabe aller psychotherapeutischen Orientierungen und Richtungen, prozessuale Behandlungsrichtlinien zu erstellen und diese auf ihre Effektivität und Zielgerichtetheit hin zu überprüfen.

Als relativ breite Richtlinie dieser Art läßt sich z.B. das 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1990) aus der Verhaltenstherapie verstehen. Dieses unterteilt den hypothetischen Therapie-Prozeßverlauf in verschiedene Phasen (Therapiebeginn und Erstkontakte, Problemanalyse und Diagnostik, Zielklärung, therapeutische Interventionen, Evaluation und Ausklingen des Kontaktes) und macht für jede Phase der Therapie Aussagen zu den wichtigsten Standards und Kriterien ihrer Durchführung. Um jedoch dieses oder andere vergleichbare Manuale aus der Tiefenpsychologie (Luborsky, 1984; Strupp und Binder, 1991) oder humanistischen Richtungen (z.B. Greeberg und Goldman, 1988) als Qualitätskriterien für die Therapie-durchführung anerkennen zu können, müßten sie empirisch evaluiert sein und die Behandlung unterschiedlicher Störungen und Probleme ermöglichen (s.o.).

Da diese Forderung vermutlich noch lange nicht erfüllt sein wird, und weil die praktische Tätigkeit niedergelassener Psychotherapeuten viel zu heterogen ist, als daß sie leicht zu standardisieren wäre, erscheint es im Anschluß an empirische Befunde aus Qualitätszirkeln von Hausärzten (vgl. dazu Bahrs et al., 1994) ratsam, auf die Idee, jemals umfassende und alle psychotherapeutischen Tätigkeitsbereiche betreffende Behandlungsleitlinien zu erhalten, zu verzichten. Anstattdessen sollten Psychotherapeuten versuchen, unter kontrollierten Bedingungen (z.B. in Supervision, Intervision oder in Qualitätszirkeln) und auf der Basis vorgegebener allgemeiner und schulenbezogener Leitlinien ihre eigenen Behandlungsstandards zu entwickeln und diese auch in der Realität der Therapie zu erproben, um sie auf diese Weise ständig optimieren zu können. Studien aus Eng-

land zeigen, daß diese Art der „internen Qualitätssicherung“ die höchsten Effekte auf das praktische Handeln von Hausärzten ausübte und die Patientenzufriedenheit markant verbesserte (vgl. dazu ausführlicher Bahrs et al., 1994). Externe von außen verordnete Standards waren selbst entwickelten bzw. selbst adaptierten in ihrer Wirksamkeit und Umsetzung klar unterlegen. Dieser Befund würde dafür sprechen, Psychotherapeuten sofort zu empfehlen, sich in freiwilligen Gruppen zusammenzuschließen, um dort für sich auf der Basis ihrer jeweiligen therapeutischen Methode und der dort vertretenen Behandlungsrichtlinien, ihre persönliche Behandlungsleitlinien zu erarbeiten, die eine qualitätsgerechte und reflektierte psychotherapeutische Arbeit ermöglichen. Wichtig ist dabei vor allem aber, daß diese nicht nur die therapeutische Arbeit im engeren Sinn betreffen, sondern den gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozeß abdecken, d.h. sowohl eine ausführliche psychotherapeutische Diagnostik miteinschließen, wie auch Fragen der Indikation, alternativer oder ergänzender Behandlungsmöglichkeiten und den „Gesamtbehandlungsplan“ als groben inhaltlichen und zeitlichen Strukturvorschlag zur Behandlung. Zur Überprüfung und Dokumentation der entsprechenden Realisierungsschritte in einer Therapie und als Basis für die Qualitätszirkelarbeit eignet sich eine Psychotherapiedokumentation ganz hervorragend (Laireiter, 1994). Diese stellt gleichzeitig auch ein wesentliches Element der Sicherstellung der Prozeßqualität dar (Cording, 1995).

3.2.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität ist das wichtigste Qualitätskonzept, da es sich unmittelbar auf die erwünschten Ziele einer Therapie bezieht und beschreibt, inwieweit diese durch eine individuelle Behandlung erreicht worden sind. Damit wird dieses Qualitätskonzept über den Therapieerfolg definiert. Im Vergleich zur Prozeßqualität ist die Ergebnisqualität einer Behandlung relativ leicht zu definieren. Üblicherweise werden dazu subjektive und objektive Maße sowie globale Einschätzungen und Beurteilungen herangezogen.

Als relativ globale Effektivitätsmaße können die *Behandlungsdauer*, die *Patientenzufriedenheit* und die von Therapeut und Klient *wahrgenommenen Veränderungen* angesehen werden. Differenziertere Maße erfassen den Outcome einer Therapie ebenso wie die Erreichung der vor der Therapie definierten Behandlungsziele sowie die momentane Lebensqualität und das Wohlbefinden des Klienten nach der Therapie. Von verschiedenen Autoren wurden Empfehlungen zur Messung und Dokumentation des Therapieerfolges auf der Basis von Standardvaluationsbatterien gemacht (vgl. z.B. Grawe und Braun, 1994; Fydrich et al., 1995; Schulte, 1993), wobei die Empfehlungen von Grawe und Braun (1994) insofern hervorstechen, als diese in Form eines konkreten auf statistischen Vergleichswerten und Normen fußenden Programms realisiert sind („Figuratonsanalyse“).

Häufig wird gegenüber der routinemäßigen Überprüfung der Ergebnisqualität einer Psychotherapie einge-

wendet, daß eine solche von niedergelassenen Praktikern aus ökonomischen Gründen kaum oder nur sehr schwer durchgeführt werden kann. Diesem Argument kann man zu einem entgegenhalten, daß die Erfassung der Ergebnisqualität einer Behandlung ein wichtiger Bestandteil des Behandlungsvertrages, vor allem aber der psychotherapeutischen Professionalität ist. Darüber hinaus gibt es mittlerweile aber auch bereits Verfahren, die eine sehr ökonomische und direkte Veränderungsbeurteilung zulassen (vgl. z.B. Grawe und Braun, 1994; Stieglitz und Baumann, 1994), sodaß dieses Argument nicht mehr ganz stichhaltig ist.

Die Einschätzung oder Beurteilung der Ergebnisqualität sollte nicht nur am Ende einer Therapie erfolgen, sondern auch bereits während derselben in Form einer regelmäßigen Überprüfung oder Besprechung des „Greifens“ der Therapie wie auch der Zufriedenheit des Patienten damit. Dazu eignen sich sowohl globale Beurteilungen wie auch spezifische Verfahren (Fydrich et al., 1995) und Prozeßbeurteilungsbögen (Grawe und Braun, 1994). Es ist die Aufgabe dieser Veränderungs- und Verlaufsevaluationen, das Ansprechen auf die Therapie zu erfassen und positive wie negative Veränderungen festzustellen und gegebenenfalls Korrekturen oder Qualitätsverbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Eine weitere wichtige Form der Überprüfung der Ergebnisqualität ist die Durchführung von *Katamnesen* nach Beendigung einer Therapie, um die Stabilität eines Behandlungsergebnisses feststellen zu können (vgl. auch Fydrich et al., 1995; Hautzinger, 1994).

3.2.4 Aspekte der Sicherstellung von Prozeß- und Ergebnisqualität

Neben der Definition von Qualität und Qualitätsstandards sind die Festlegung von Methoden und Verfahren zu ihrer Erfassung und ständigen Überwachung sowie die Verfügbarkeit von Methoden zur Sicherstellung und Verbesserung der Qualität zentral. Wie oben bereits angedeutet, kann die regelmäßige und systematische Dokumentation einer Psychotherapie, sowohl hinsichtlich ihres äußeren Rahmens und ihrer Ergebnisse (= Strukturdokumentation; vgl. Laireiter, 1994), wie auch hinsichtlich des therapeutischen Verlaufes und der therapeutischen Interventionen (= Verlaufsdokumentation) als das zentrale Instrument der regelmäßigen *Überwachung der Prozeßqualität* einer Psychotherapie verstanden werden. Um eine Psychotherapiedokumentation jedoch zu einem echten „qualitätssichernden Instrument“ zu gestalten, wäre es notwendig, daß sie bereits die wichtigsten Behandlungsleitlinien für die Behandlung psychotherapeutischer Fälle nach einer bestimmten Methode enthält ebenso wie sie darauf eingehen sollte, wie gut es dem Therapeuten gelungen ist, eine bestimmte Methode anzuwenden und wie gut der Patient darauf angesprochen hat. Die *Überwachung der Ergebnisqualität* selbst kann, wie oben ebenfalls bereits gesagt, nur durch allgemeine oder spezifische Evaluationsmethoden durchgeführt werden (vgl. dazu auch Kordy und Lutz, in diesem Band).

Welche *qualitätssichernden Methoden* stehen der Psychotherapie und den Psychotherapeuten zur Verfü-

gung? Da die Qualitätssicherung von Psychotherapie noch nicht sehr lange diskutiert und erst seit kurzem in einigen Ländern systematischer beforscht wird, gibt es letztlich noch keinen Methodenkanon zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität von Psychotherapie. Von den meisten Autoren werden für den ambulanten Bereich regelmäßige Fort- und Weiterbildung, die Teilnahme an Supervision, Intervention oder spezifischen Arbeitsgruppen zur Verbesserung der Behandlungsqualität (= Qualitätszirkel; vgl. Bahrs et al., 1994) und in extremen Fällen die Nachschulung oder die Absolvierung einer Eigentherapie als die wichtigsten Maßnahmen diskutiert. Aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte haben sich die Qualitätszirkel als sehr effektive Methoden für eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität erwiesen (vgl. Bahrs et al., 1994). Sie wären deshalb auch den Psychotherapeuten sehr zu empfehlen.

Qualitätszirkel sind themenzentrierte Arbeitsgruppen, die über einige Jahre zusammenarbeiten und deren Ziel die Reflexion der eigenen therapeutischen Tätigkeit unter dem Qualitätsbegriff ist sowie die Erarbeitung von Leitlinien und Standards zur Behandlung und von Methoden und Möglichkeiten zur ständigen Verbesserung der eigenen therapeutischen Tätigkeit. Sie können sich aber auch einem einfacheren und spezifischeren Thema widmen. Wichtig für die Qualitätszirkelarbeit ist eine gewisse Regelmäßigkeit, Systematik und vor allem die Bereitschaft der einzelnen Teilnehmer nicht nur über Probleme oder Fehler zu reden, sondern diese auch aktiv zu verbessern und sich dabei gegenseitig zu unterstützen. Wenngleich Qualitätszirkel in der ambulanten Psychotherapie noch nicht eingehend beforscht worden sind, wäre es an der Zeit und auch gerechtfertigt, solche in Österreich schon bald einzuführen und sie in Modellprojekten auch systematisch hinsichtlich ihrer Effektivität auf die Prozeß- und Ergebnisqualität zu beforschen.

4. Konsequenzen

Die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement stellen noch relativ junge Bereiche in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie dar, dennoch gibt es genügend Gründe dafür, sie in Zukunft stärker in das Feld zu integrieren. Dies gilt insbesondere für Österreich, da die Psychotherapie und die Klinische Psychologie hier als eigenständige und damit auch selbstverantwortliche Gesundheitsberufe anerkannt sind. Vom momentanen Zustand bis hin zur voll entwickelten Qualitätsmanagementstruktur in der Psychotherapie ist es noch ein weiter Weg, den zu gehen sich allerdings lohnen würde. Was wäre dafür nötig? Zunächst einmal wären sicherlich die organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen für eine Integration von Qualitätsmanagement zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wären sowohl die Ausbildungsinstitutionen (Vereine) wie auch die Berufs- und Landesverbände bzw. -sektionen und nicht zuletzt auch das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz gefordert. In einem weiteren Schritt wären vor allem konzeptuelle Arbeiten und die Entwicklung entsprechender Pro-

gramme nötig, die zunächst in Pilotprojekten auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden müßten. Erst dann sollte eine endgültige Implementierung von Strukturen erfolgen, die allerdings, entsprechend den Erkenntnissen der Forschung, im ambulanten Bereich primär interne Qualitätssicherung vorsehen sollte (Kordy und Lutz, in diesem Heft).

Diese kurze Skizze wie auch viele andere Vorschläge und Forderungen in dieser Arbeit heben die große Bedeutung der empirischen Forschung für die Qualitätssicherung und -verbesserung von Psychotherapie hervor. Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung können effektiv nur dann durchgeführt werden, wenn regelmäßiges Qualitätsmonitoring und regelmäßige Überprüfung der Effekte von Qualitätsinterventionen stattfinden (Selbmann, 1995). Auf diese Weise sind Forschung, Praxis und Konzeptentwicklung in diesem Bereich der Psychotherapie eng verwoben. Es sollte möglich sein, dies auch in die Tat umzusetzen.

Literatur

- APA American Psychological Association (1992) Ethical principals of psychologists and code of conduct. *Am Psychologist* 47: 1597–1611 [deutsche Übersetzung in: Vogt I, Arnold E (1993) Sexuelle Übergriffe in der Therapie: Anleitung zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement. dgvt-Verlag, Tübingen, S 76–97]
- Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (Hrsg) (1994) Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Baumann U, Reinecker-Hecht C (1986) Psychotherapie-Evaluation. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer J-E, Müller C, Strömgen E (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 353–372
- BdP Berufsverband Deutscher Psychologen (1993) Berufsordnung für Psychologen. In: Vogt I, Arnold E (Hrsg) *Sexuelle Übergriffe in der Therapie: Anleitung zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement*. dgvt-Verlag, Tübingen, S 51–60
- Bergin AE, Garfield SL (eds) (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. John Wiley & Sons, New York
- Binder JL (1993) Is it time to improve psychotherapy training? *Clin Psychol Rev* 13: 301–318
- Cording C (1995) Basisdokumentation und Ergebnisqualität. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, S 173–181
- DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1995) *Ethische Rahmenrichtlinien der DGVT und deren Kommentare*. dgvt-Verlag, Tübingen
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Funds Quarterly* 44: 166–203
- Fiedler P (1994) Störungsspezifische und differentielle Indikation: Gemeinsame Herausforderung der Psychotherapieschulen oder: Wann ist endlich Schluß mit dem Unsinn der Konkurrenz? – Ein Beitrag zur Diskussion. *Psychother Forum* 2: 20–29
- Frank JD (1992) Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fydreich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M (1995) Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Z Klin Psychologie – Forschung und Praxis* 24 (in Druck)
- 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

- Gaebel W, Wolpert E (1994) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Spektrum* 23: 4–13
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychologie – Forschung und Praxis* 23: 242–267
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Greenberg LS, Goldman RL (1988) Training in experiential therapy. *J Consult Clin Psychol* 56: 696–702
- Hautzinger M (1994) Diagnostik in der Psychotherapie. In: Stieglitz R-D, Baumann U (Hrsg) *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Enke, Stuttgart, S 284–295
- Hautzinger M, Stark W, Treiber R (1989) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitung und Materialien. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Huf A (1992) Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1990) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die Klinische Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993) Tätigkeitsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1992. KBV, Köln
- Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz: Kurzkomentar. Orac, Wien
- Kolkmann FW (1995) Qualitätssicherung aus der Sicht der Bundesärztekammer. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, S 11–20
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Z Psychosomat M Psychoanalyse* 38: 310–324
- Krisch R, Stemberger G (1993) Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – Entstehung und Charakter des Berufskodex. *Psychother Forum* 1: 54–60
- Laireiter A-R (1994) Dokumentation von Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie* 4: 254–265
- Laireiter A-R (1995) Zum Stellenwert von Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychotherapie – Schwerpunkt Verhaltenstherapie. *Psychologie in der Medizin* 6 (in Druck)
- Laireiter A-R, Knauer H, Baumann U (Hrsg) (1995) Expertenbericht und Gutachten: „Qualitätssicherung von Psychotherapie“ an das Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Institut für Psychologie, Salzburg [unter Mitarbeit von Himmelbauer S, Dobernic E, Thiele C, Piribauer F]
- Linden M (1987) *Phase-IV-Forschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 32: 995–1008
- Lutz W, Stammer H, Leeb B, Dötsch M, Bölle M, Kordy H (1995) Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychother* 40 (in Druck)
- Margraf J, Schneider S (1989) *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Richter R (1994) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Editorial. *Z Klin Psychologie – Forschung und Praxis* 23: 233–235
- Schulte D (1993) Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Z Klin Psychologie – Forschung und Praxis* 22: 374–393
- Selbmann HK (1995) Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, S 3–10
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Stieglitz R-D, Baumann U (1994) Veränderungsmessung. In: Stieglitz R-D, Baumann U (Hrsg) *Psychodiagnostik psychischer Störungen*. Enke, Stuttgart, S 21–36
- Strupp HH, Binder JL (1991) *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Trenckmann U, Spengler A (1995) Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus – Möglichkeiten, Erfordernisse und Grenzen. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, S 28–36
- Tscheulin D (1980) Das integrative Ausbildungsmodell: Die Verbindung von didaktischen und therapeutischen Zielsetzungen bei der Ausbildung in Therapeutischem Basisverhalten. In: Birtsch V, Tscheulin D (Hrsg) *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie: Ziele, Inhalte und Methoden in Lehre und Studium*. Beltz, Weinheim, S 215–228
- Tscheulin D (1992) *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Hogrefe, Göttingen

Korrespondenz: Univ.-Ass. Dr. Anton-Rupert Laireiter, Abteilung Klinische Psychologie, Institut für Psychologie der Universität, Hellbrunnerstraße 34, A-5020 Salzburg, Österreich.

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Universitätsassistent für Psychologie; Forschungsschwerpunkte: Soziale Netzwerk- und Unterstützungsforschung, Dokumentation von Psychotherapie, Qualitätssicherung von Psychotherapie; Selbsterfahrung und Eigentherapie in der Ausbildung in Psychotherapie.