

Qualitätssicherung in der Psychiatrie

S. Jäger¹, Prof. Dr. G. H. Franke¹, Prof. Dr. C. Tögel², A. Schütt²

1 = Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Studiengänge B.Sc. und M.Sc. Rehabilitationspsychologie, Osterburger Str. 25, 39576 Stendal, susanne.jaeger@hs-magdeburg.de

2 = SALUS Institut für Trendforschung und Therapieevaluation in Mental Health

Zusammenfassung

Hintergrund: Qualitätssicherung (QS) spielt auch im Gesundheitssystem eine große Rolle. Bereits im Jahre 1984 forderte die Weltgesundheitsorganisation effektive Verfahren in der Medizinischen Patientenversorgung. Mit dem Gesundheitsreformgesetz in Deutschland im Jahre 1989 wurden schließlich qualitätssichernde Maßnahmen für alle Bereiche vorgeschrieben. Bei QS muss unterschieden werden zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wobei gerade die Erfassung der Ergebnisqualität am problematischsten erscheint, da sie den Grad der Besserung bzw. Heilung beinhaltet. Im SGB V wird im Paragraphen 135 explizit von der Sicherung der Ergebnisqualität gesprochen.

Fragestellung: Welchen Beitrag kann die Psychodiagnostik leisten, um den gesetzlichen Forderungen zur Sicherung der Ergebnisqualität zu entsprechen? Welche Anforderungen an die Verfahren sind notwendig, um Veränderungen durch die Therapie zu erfassen?

Methode: Auf Basis einer Literaturrecherche werden die Bestandteile der QS in der Psychiatrie und Psychotherapie zusammengetragen. Zur QS geeignete psychodiagnostische Verfahren werden aus empirischen Studien abgeleitet.

Ergebnisse: Mit dem Paragraphen 135 des SGB V sind die Einrichtungen verpflichtet, alle zwei Jahre einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Dieser Bericht bildet jedoch lediglich die Struktur- und Aspekte der Prozessqualität ab. Bislang gibt es keine Standards bzw. Richtlinien, welche Verfahren zur Ergebnisqualitätssicherung eingesetzt werden sollten. Für bestimmte Störungsbilder gibt es jedoch Richtlinien, die die Diagnostik und Therapie dieser vereinheitlichen sollen und auf Basis von Expertenurteilen den aktuellen wissenschaftlichen Stand darstellen. Am häufigsten werden derzeit die Symptom-Checkliste-90-R und das Inventar interpersonaler Probleme im Kontext der Psychotherapie zur Erfassung von Veränderungen eingesetzt.

Diskussion: Um den gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen, müssen psychodiagnostische Instrumente ein möglichst breites Spektrum erfassen und über gute psychometrische Eigenschaften verfügen, um im Behandlungsverlauf zur Therapiekontrolle eingesetzt werden zu können. Statistisch signifikante Therapieeffekte können mit dem Reliable Change Index aufgezeigt werden.

1 Hintergrund

Die Wahrscheinlichkeit, einmal oder mehrmals im Laufe des Lebens von einer psychischen Erkrankung betroffen zu sein, liegt, weltweit betrachtet, bei mehr als 25%. Es sind dabei vor allem Erkrankungen aus dem Formenkreis der Depression bzw. Alkoholerkrankungen (Bauer & Engfer, 2006). Bauer und Engfer (2006) führen weiterhin auf, dass die 12-Monats-Gesamtprävalenz in Deutschland bei 32,1% liegt und Frauen stärker als Männer betroffen sind. In Deutschland treten am häufigsten Angsterkrankungen, affektive Störungen (vor allem Depressionen) und somatoforme Störungen auf. Die Versorgung von psychisch Kranken in Deutschland ist stark geprägt von Kostendruck – 40% aller Krankenschreibungen stehen im Zusammenhang mit psychischen Störungen und 28% der vorzeitigen Berentungen erfolgen auf Grund psychischer Störungen. Um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden, wurden im Rahmen der Psychiatrie-Enquete Vereinbarungen zur flächendeckenden Versorgung psychisch Kranker geschlossen. Die Versorgung psychisch Kranker erfolgt vor allem stationär in Fachkrankenhäusern/ Fachkliniken sowie Institutsambulanzen bzw. in Tageskliniken (Bauer & Engfer, 2006).

Mit diesen vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten wächst die Intransparenz – d.h. die Frage, welche Maßnahmen tatsächlich notwendig sind, ist für Entscheidungs-, Kostenträger und Betroffene nicht mehr nachvollziehbar. Um eine korrekte und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, sind aus diesem Grund Maßnahmen der Qualitätssicherung notwendig (Badura, 2002).

Die Qualität von Behandlungsprozessen und -ergebnissen wurde erstmalig in den USA auf Grund des wachsenden Kostendrucks analysiert. In diesem Zusammenhang wurden erfolgreiche Modelle aus der Betriebswirtschaft für den Medizinsektor adaptiert, um die Effizienz in der medizinischen Versorgung zu steigern (Badura, 2002; Schrappe, 2004). Diese waren stark durch das Wirken von Cochrane und Donabedian geprägt und maßgeblich beeinflusst.

Bereits im Jahre 1984 forderte die Weltgesundheitsorganisation, dass sich alle europäischen Mitgliedsstaaten bis 1990 zu effektiven Verfahren in der Medizinischen Patientenversorgung verpflichten. Mit dem Gesundheitsreformgesetz in Deutschland, im Jahre 1989, und dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurden schließlich qualitätssichernde Maßnahmen für alle Bereiche vorgeschrieben. Die Paragraphen 135-139 des Sozialgesetzbuchs V stellen die gesetzliche Grundlage dar, regeln Abläufe sowie Maßnahmen und fordern eine Sicherung der Qualität auf Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse (exemplarisch dargestellt in: Härter, Linster & Stieglitz, 2003; Heuft et al., 1999; Spöhring & Hermer, 1998).

Unter Qualität ist prinzipiell der Grad der Übereinstimmung zwischen IST- und SOLL Zustand zu verstehen. Angewendet auf den Bereich der Psychiatrie und psychotherapeutischen Versorgung ist darunter eine Übereinstimmung von Pro-

zessen und Ergebnissen mit einer entsprechenden Zielfestlegung zu verstehen (Farin & Bengel, 2003). Weiterhin wird zwischen verschiedenen Dimensionen von Qualität unterschieden: Die Gesamtqualität umfasst (1) die Strukturqualität, die (2) Prozessqualität und (3) die Ergebnisqualität (Schmidt, Nübling & Lamprecht, 1992; Spöhring & Hermer, 1998).

In Tabelle 1 sind die Dimensionen der Qualität dargestellt und Funktionen zugeordnet. Unter Strukturqualität sind alle zur Versorgung notwendigen Voraussetzungen wie finanzielle, personelle und technische Ausstattung sowie zentrale Organisationseinheiten zu verstehen. Prozessqualität bezieht sich auf die Durchführung zentraler und notwendiger Abläufe und deren Administration innerhalb der Behandlung, wie die Befunderhebung, die notwendige Diagnostik und die Planung und Gestaltung der Therapie. Unter Ergebnisqualität werden schließlich die konkreten Resultate der Behandlung zusammengefasst – Heilung, Veränderungen im Therapieprozess sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit des Patienten (Badura, 2002; Gaebel & Schwarz, 1998; Schrappe, 2004; Spöhring & Hermer, 1998; Sulz, 2001).

Schrappe (2004) weist jedoch darauf hin, dass medizinische Dienstleister, Patienten oder Kostenträger einen anderen Blickwinkel auf die Qualitätsbeurteilung haben. Aus Sicht der Kostenträger sind „Kosten-Nutzen“ zentral während die Sicht des Patienten durch persönliche Interaktionen beeinflusst wird.

Qualität		
Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> • Person (Ausbildung) • Wissen • Ausstattung (Technik) • Organisation (Ablauf) • Finanzmittel • Kapazitäten (z.B. Betten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Befunderhebung • (Psychologische) Diagnostik • Planung und Gestaltung der Therapie • Verlaufskontrolle • Führungsprozesse • Administration • Service 	<ul style="list-style-type: none"> • Besserung/ Heilung der Erkrankung • Funktionsfähigkeit • Grad der Veränderungen des Patienten • Grad der Lebensqualität des Patienten • Grad der Zufriedenheit des Patienten • Kosten

Tabelle 1: Dimensionen der Qualität (adaptiert nach Badura, 2002; Sulz, 2001)

Badura (2002, S. 29) fasst aus Donabedian's Aussagen zu den Dimensionen der Qualität treffend zusammen: „[...] die Qualität einer Gesundheitsleistung hängt von der Qualität des Wissens ab, das dieser Leistung zugrundeliegt; zweitens, hohe Strukturqualität ist eine notwendige Voraussetzung für hohe Prozessqualität und diese wiederum eine notwendige Voraussetzung für hohe Ergebnisqualität.“

2 Fragestellung

Mit Hilfe dieses Beitrages soll die Frage beantwortet werden, welchen Beitrag die Psychodiagnostik leisten kann, um den gesetzlichen Forderungen zur Sicherung der Ergebnisqualität zu entsprechen. Dabei soll geprüft werden, welche Anforderungen an die Verfahren notwendig sind, um Veränderungen durch die Therapie zu erfassen.

3 Methode

Basierend auf einer Analyse der Fachliteratur werden die Bestandteile der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie zusammengetragen. Einzelne Verfahren zur Qualitätssicherung werden dargestellt und die Rolle der psychologischen Diagnostik wird dargestellt.

4 Ergebnisse

Seit der Einführung der verpflichtenden Qualitätssicherung sind zahlreiche Publikationen zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie bzw. Psychotherapie erschienen. Insgesamt ist zwischen **interner Qualitätssicherung** (durch die Einrichtung selbst) und **externer Qualitätssicherung** (durch (1) Dachorganisationen, (2) Kostenträger und (3) ärztlich geführte Organisationen) zu unterscheiden. Zentral ist die interne Qualitätssicherung, um klinikspezifische Veränderungen und Qualitätsverbesserungen durchführen zu können (Schmidt et al., 1992). Die externe Qualitätssicherung zielt auf klinikübergreifende Vergleiche zur Effektivitäts- und Kostenanalyse und spielt im Rahmen von **Benchmarking** eine Rolle (Güntert, 2002; Schmidt et al., 1992). Benchmarking ist ein Controlling-Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung mit dem Ansatz der Prozessidentifizierung und Optimierung durch Vergleiche und Erfahrungen mit anderen Einrichtungen – notwendige Voraussetzung ist stetes die Transparenz und Vergleichbarkeit (Güntert, 2002).

Es gibt eine Reihe relevanter Verfahren zur Qualitätssicherung in psychiatrischen Krankenhäusern. Gesetzlich festgeschrieben ist die externe Zertifizierung jeder Einrichtung und die Erstellung und Veröffentlichung eines Qualitätsberichts im Abstand von zwei Jahren. Diese Maßnahmen sollen die Qualität der Behandlung garantieren und den Patienten die Möglichkeit geben, sich im Vorfeld informieren zu können.

In den Einrichtungen sind Qualitätssicherungsbeauftragte mit den Prozessen der Zertifizierung oder Umsetzung von Maßnahmen betraut. Diese Mitarbeiter leiten und organisieren beispielsweise Qualitätszirkel, Patientenbefragungen zur Zufriedenheit einzelner Dimensionen (z.B. Verpflegung, Unterbringung oder Service) oder Mitarbeiterbefragungen zu Motivation, Engagement und Arbeitsfreude (Spöhring & Hermer, 1998).

Gabel und Schwarz (1998) betont, dass im Rahmen der Ergebnisqualität ebenfalls Nebenwirkungen von Psychopharmaka sowie die Rückfallgefährdung beachtet werden sollten. Neben der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien weist er darauf hin, dass diese Fragen zur Ergebnisqualität nur durch katamnestiche Befragungen – ein Jahr nach Behandlung – möglich sind.

Leitlinien sind schriftliche Empfehlungen bzw. systematisch entwickelte Entscheidungshilfen zur Diagnostik und Behandlung, die auf aktuellen wissenschaftlichen Konsens basieren (Härter et al., 2003; Menke et al., 2006). Mit Leitlinien sollen notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen festgelegt werden. Hintergrund ist das Handeln nach evidenz-basierten, d.h. empirisch wirkungsvollen Maßnahmen sowie die Prüfung der Nützlichkeit und von Problemen in der klinischen Einzelfallanwendung (Härter et al., 2003).

Die Entwicklung von Leitlinien erfolgt evidenz-basiert, anhand von spezifischen Kriterien und im Konsensus-Prozess mit Beteiligung von zahlreichen Experten und Fachorganisationen, so dass bislang nur für einige spezifische Störungsgruppen Leitlinien vorliegen. Menke und Kollegen (2006) geben einen Überblick zu Praxisleitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie und resümieren, dass einerseits die Entwicklung von Leitlinien noch viel Zeit in Anspruch nehmen wird und andererseits das Projekte zur Anwendung der Leitlinien noch Probleme in der Implementierung aufzeigen. Den Autoren zu Folge ist Leitlinien-treue in der Behandlung unter anderem von der Mitarbeit der Kostenträger, der Mitarbeiterführung und -schulung abhängig.

Weiterhin spielt die korrekte Dosierung und Anwendung von Psychopharmaka in der psychiatrischen Versorgung eine Rolle. Hoyer, Bermejo und Härter (2003) zeigen auf, dass bereits in den 70er Jahren Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit eingeleitet wurden und diese – wie alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung – im Zusammenhang mit Dokumentation stehen.

Die **Dokumentation** ist unbestritten ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung (Heuft et al., 1999; Hoyer et al., 2003; Laireiter, 2000a; Laireiter, Stieglitz & Baumann, 2001; Spießl, Hausner, Hajak & Cording, 2008). Dokumentation ist dabei jedoch nicht nur Qualitätssicherung sondern es ist vielmehr eine vertragliche, berufliche, gesetzliche und arbeitsrechtliche Verpflichtung des Arztes oder Therapeuten zur Aufzeichnung von relevanten Informationen aus den Bereichen (1) Klinische Tätigkeiten, (2) Intervention, (3) Tätigkeitsfelder, (4) Interventionsmodalitäten und (5) Altersgruppen (Laireiter et al., 2001). Die Dokumentation erfüllt verschiedene Aufgaben. Sie ist Arbeitsstütze für den Arzt oder Therapeuten, Therapiesierung, Rechenschaftslegung, Beweissicherung und Qualitätssicherung in einem (Spießl et al., 2008). Die Durchführung, Auswertung und Interpretation von psychologischer Diagnostik zählt ebenso zur Dokumentation und wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

4.1 Psychologische Diagnostik

In der klinischen Tätigkeit in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus wird die psychologische Diagnostik vor allem im Rahmen der Erstellung des psychopathologischen Befundes ergänzend zur Klassifizierung und Beschreibung der Merkmalsausprägung des Patienten herangezogen (Huber, 1999; Laireiter, 2000b). Neben der Symptomausprägung sollen durch die psychologische Diagnostik weitere assoziierte Bereiche wie Persönlichkeitseigenschaften zur Statuserhebung am Beginn einer Therapie erfolgen und durch den Einsatz von Verfahren im Verlauf Aussagen zur Therapie und Prognose ermöglichen (Freyberger & Stieglitz, 2000).

Es können verschiedene Dimensionen psychologischer Diagnostik unterschieden werden. Es gibt störungsübergreifende und störungsbezogene Verfahren, theoriebezogene und theorieferne Verfahren, unimodale und multimodale Verfahren, dimensionale und kategoriale Verfahren sowie Verfahren zur Status- bzw. Verlaufsmessung (Stieglitz, 2008a). Im Rahmen der Routineanwendung empfiehlt Stieglitz (2008a) den Einsatz einer Standardtestbatterie, d.h. ein auf die Einrichtung abgestimmtes Set von Fragebögen mit Inhalten für alle Patienten. Weiterhin sind je nach den Beschwerden des Patienten weitere Instrumente anzuwenden.

Freyberger und Stieglitz (2006) weisen darauf hin, dass zur Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen bislang keine Leitlinien veröffentlicht wurden. Bislang existieren durch störungs- und therapiebezogene Manuale nur implizit Diagnostik-Leitlinien. Die Wahl von geeigneten Instrumenten zur Beurteilung obliegt somit dem Anwender selbst und ist stets von der Situation abhängig. Westhoff, Hornke und Westmeyer (2003) haben „Richtlinien für den diagnostischen Prozess“ vorgestellt, in dem sie mit dem Prozess und dem Auftrag beginnend die Anwendung von psychologischer Diagnostik skizzieren.

Vor der Anwendung eines psychologischen Testverfahrens sollten stetes die Gütekriterien des Instruments kritisch betrachtet werden. Vor allem die drei Hauptgütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität sowie die Nebengütekriterien Normierung und Skalierung sollten geprüft werden.

Im Rahmen von Befragungen im Kontext von Psychotherapie, Qualitätssicherung und Therapieevaluation sind zwei Verfahren besonders häufig präsent, so dass diese kurz vorgestellt werden.

4.1.1 Die Symptom-Checkliste-90-R

Die deutsche Version der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis ermöglicht die Erfassung der psychischen Belastung innerhalb eines Kontinuums von leichter Belastung bis hin zu schwerer psychischer Belastung mit klinischer Relevanz in neun Bereichen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken & Psychotizismus). Darüber hinaus werden

drei globale Kennwerte ermittelt; der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI misst die Intensität der Antworten, und der PST gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine psychische Belastung vorliegt. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Skalen liegt zwischen $\alpha=.75$ (Skala Phobische Angst) und $\alpha=.97$ (GSI). Die Normwerte liegen nach Alter und Geschlecht getrennt in Form von T-Werten vor. Ein Proband gilt als psychisch auffällig belastet, wenn der T-GSI ≥ 63 und/ oder zwei Skalen einen T-Wert von ≥ 63 aufweisen (Franke, 2002).

4.1.2 Das Inventar Interpersonaler Probleme

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C) von Horowitz, Strauß und Kordy (2000) erfasst mit 64 Items acht Skalen (PA - zu autokratisch/ dominant, BC - zu streitsüchtig/ konkurrierend, DE - zu abweisend/ kalt, FG - zu introvertiert/ vermeidend, HI - zu selbstunsicher/ unterwürfig, JK - zu ausnutzbar/ nachgiebig, LM - zu fürsorglich/ freundlich und NO - zu expressiv/ aufdringlich). Normwerte liegen in Form von Stanine-Werte für Männer und Frauen sowie acht Altersgruppen vor. Die interne Konsistenz der Rohwertskalen ist nur als befriedigend zu bewerten (Horowitz et al., 2000).

4.1.3 Therapiebegleitende Diagnostik - Veränderungsmessung

Die psychologische Diagnostik ist in der Lage, die Ergebnisqualität abzubilden, in dem die Diagnostik therapiebegleitend angewendet wird (Stieglitz, 2008b). Die Testverfahren sind entsprechend zu Beginn, im Verlauf der Therapie und zu Ende der Therapie einzusetzen, damit der Therapieerfolg dargestellt werden kann (Stieglitz, 2008b; Stieglitz & Baumann, 2001).

Eine Voraussetzung zur Anwendung eines Instruments zur Veränderungsmessung ist das Nebengütekriterium Änderungssensitivität, welches die Stabilität eines Konstrukts angibt. Ein zeitlich überdauerndes Personenmerkmal (trait) ist im Rahmen einer Intervention nicht veränderbar, während zeitlich variable Eigenschaften (state) situativ bedingt sind. Zu den zeitlich variablen Merkmalen zählt beispielsweise die psychische Belastung – diese ist somit gut durch die Patienten beurteilbar und durch den Therapieprozess zu beeinflussen.

Zur Auswertung der erhobenen Patientendaten können unterschiedliche Methoden angewendet werden, die z.T. von den verwendeten Instrumenten abhängig sind. Einerseits können zur Bewertung Cut-Off-Werte herangezogen werden, die, basierend auf einer Normierung an der Normalbevölkerung, zwischen „gesund“ und „krank“ trennen können (Stieglitz & Baumann, 2001).

Weiterhin gibt es das Konzept der Effektstärken, d.h. zwischen den zwei Messwerten werden Differenzen gebildet und die Effektstärke als Maß der Veränderung gebildet (Stieglitz & Baumann, 2001).

Jacobson und Truax (1991) schlagen das Konzept des Reliable Change Index (RCI) vor. Dieser bezieht neben den Testwerten des Patienten auch die Standardfehler der Differenzen mit in die Analyse ein.

Der Standardfehler ist bei jedem Testverfahren unterschiedlich und von der Reliabilität des Instruments abhängig. Bei der Auswahl von psychologischen Instrumenten zur Veränderungsmessung sollte daher immer die Reliabilität betrachtet werden, denn je schlechter diese ausfällt, desto höher ist der Standardfehler und somit wird der Wert, der für eine statistisch signifikante Veränderung notwendig ist größer.

5 Diskussion

Die Analyse der Arbeiten zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie hat insgesamt aufgezeigt, dass neben dem gesetzlichen Zwang auch das Interesse an Qualitätssicherung und -verbesserungen in den Einrichtungen besteht. Maßnahmen zur Qualitätssicherung können sehr verschieden sein – zum Teil werden in den Einrichtungen komplexe Programme eingeführt. Farin und Bengel (2003) betonen in diesem Zusammenhang die strikte Trennung von Qualitätssicherungsprogrammen, Evaluation und Psychotherapieforschung. Psychotherapieforschung ist mehr als eine Qualitätssicherungsmaßnahme oder eine Evaluationsstudie, wobei es zu Überschneidungen kommen kann. Sie betonen weiterhin die Notwendigkeit einer Evaluationsstudie zur Einschätzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen: „Je aufwändiger und ressourcenintensiver ein Qualitätssicherungsprogramm gestaltet ist, um so eher sollte an die Möglichkeit einer systematischen Evaluation gedacht werden“ (S. 61).

Im Rahmen der Qualitätssicherung haben sich zwei Entwicklungstrends ergeben. Einerseits werden Kurzformen von etablierten standardisierten Verfahren konstruiert, z.B. von der SCL-90-R oder dem IIP-C (exemplarisch: Lutz, Tholen, Schürch & Berking, 2006), und andererseits überzeugen die Vorteile von computergestützter Patientenbefragung (Freudenmann & Spitzer, 2001; Percevic, Gallas, Arikan, Mößner & Kordy, 2006). Im Rahmen der computergestützten Anwendung können dabei eine schnelle Auswertung und eine Kombination mit der Basisdokumentation überzeugen. Kubinger (2009) warnt jedoch davor, dass eine Befragung mit dem PC dazu verleitet, mehr als nötig zu erfragen: Ökonomie und Zumutbarkeit sollten jedoch beachtet werden.

Kurze Instrumente zur psychologischen Diagnostik, umgesetzt als Computordiagnostik, scheinen zur kontinuierlichen Patientenbefragung im Rahmen der Ergebnisqualitätssicherung am besten geeignet.

Die Instrumente sollte eine Screening-Funktion übernehmen und störungs- sowie schulenübergreifend sein und über gute psychometrische Eigenschaften (besonders in Bezug auf die Reliabilität) verfügen, damit die Anwendung des RCI zur Beurteilung der Veränderung erfolgen kann.

Literatur

- Badura, B. (2002). Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen - Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse* (2. Auflage, S. 15-42). Weinheim: Juventa.
- Bauer, M. & Engfer, R. (2006). Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke erwachsene Menschen. In K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4., vollständig überarbeitete Auflage, S. 967-1001). Weinheim: Juventa.
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzung und Zusammenwirken. In M. Härter, H. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 47-68). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R) - deutsche Version* (2., überarbeitete und neunormierte Auflage). Göttingen: Beltz Test.
- Freudenmann, R. W. & Spitzer, M. (2001). Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 72, 40-51.
- Freyberger, H. J. & Stieglitz, R.-D. (2000). Diagnostik in der Psychiatrie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 343-351). Wien: Springer.
- Freyberger, H. J. & Stieglitz, R.-D. (2006). Leitlinien zur Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(1), 23-33.
- Gaebel, W. & Schwarz, M. (1998). Elemente der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch* (S. 377-399), Tübingen: dgbt-Verlag.
- Güntert, B. (2002). Benchmarking als Instrument zur Qualitätssicherung. In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen - Ansätze und Ergebnisse* (2. Ausgabe, S. 105-120). Weinheim: Juventa.
- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Grundlagen in der Psychotherapie* (S. 17-46). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P. L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauß, B. & Wirsching, M. (1999). Psy-BaDo: Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(1), 48-52.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) - deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Hoyer, I., Bermejo, I. & Härter, M. (2003). Qualitätsmanagement in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie. In M. Härter, H. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 267-288). Göttingen: Hogrefe.
- Huber, G. (1999). *Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung* (6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.
- Kubinger, K. D. (2009). Psychologische Computerdiagnostik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 23-32.
- Laireiter, A.-R. (2000a). Diagnostik, Dokumentation und Qualitätssicherung von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 441-458). Wien: Springer Verlag.

- Laireiter, A.-R. (2000b). Diagnostik in der Psychotherapie: Perspektiven, Aufgaben und Qualitätskriterien. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 3-23). Wien: Springer Verlag.
- Laireiter, A.-R., Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Dokumentation in der Klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 65-79). Stuttgart: Thieme.
- Lutz, W., Tholen, S., Schürch, E. & Berking, M. (2006). Die Entwicklung, Validierung und Reliabilität von Kurzformen gängiger psychometrischer Instrumente zur Evaluation des therapeutischen Fortschritts in Psychotherapie und Psychiatrie. *Diagnostica*, 52(1), 11-25.
- Menke, R., Wobrock, T., Weinmann, S., Janssen, B., Falkai, P. & Gaebel, W. (2006). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54(1), 3-12.
- Percevic, R., Gallas, C., Arkan, L., Mößner, M. & Kordy, H. (2006). Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. *Psychotherapeut*, 51(5), 395-397.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Lamprecht, F. (1992). Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundheitswesen*, 54, 70-80.
- Schrappé, M. (2004). Qualität in der Gesundheitsversorgung. In K. W. Lauterbach & M. Schrappé (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine: Eine systematische Einführung* (S. 267-276). Stuttgart: Schattauer.
- Spießl, H., Hausner, H., Hajak, G. & Cording, C. (2008). Dokumentation in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 79(9), 1087-1098.
- Spöhring, W. & Hermer, M. (1998). Ergebnisqualität - Reichweite eines Konzeptes in Psychiatrie und Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch* (S. 559-574). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Stieglitz, R.-D. (2008a). *Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stieglitz, R.-D. (2008b). Therapie-begleitende Diagnostik. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 229-239.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Veränderungsmessung. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 21-38). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2001). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. *Psychotherapie*, 6(1), 30-56.
- Westhoff, K., Homke, L. F. & Westmeyer, H. (2003). Richtlinien für den diagnostischen Prozess: Zur Diskussion gestellt. *Report Psychologie*, 28(9), 504-517.