

402. Kächele H (2003) *Qualitätssicherung in der ambulanten Musiktherapie - noch einmal.*  
Musiktherapeutische Umschau 24: 5-9

## **Qualitätssicherung in der ambulanten Musiktherapie - einige erste Hinweise**

Horst Kächele (Ulm)

Beginnen will ich mit einen relativ ausführlichen Exzerpt aus einem Text, der sich mit "Evaluation und Qualitätsicherung in der psychosozialen Versorgung" beschäftigt :

" Moderne QS ist charakterisiert durch eine kontinuierliche Suche nach Gelegenheiten, sich zu verbessern; dies setzt eine dauerhaft akzeptierte Unsicherheit über die Qualität des therapeutischen Handelns in wichtigen alltäglichen Handlungsbereichen voraus. Eine verbesserte Information über die tatsächliche Qualität ihrer Arbeit, die gleichzeitig Hinweise gibt, wie diese Informationen für die eigene klinische Arbeit genutzt werden kann, erleichtert den Therapeuten die Einstellung zur QS. Vertrauensbildung durch Transparenz nach innen und außen sowie die Motivationssteuerung aller am Behandlungsprozess Beteiligten gewinnen für die Sicherung und den Ausbau der Qualität an Bedeutung" (nach Kordy et al. 2002, S.434).

Das klingt selbst für skeptische Ohren nicht schlecht, denn wer wäre denn nicht daran interessiert, die Qualität des klinischen Handelns im Interesse der anvertrauten Patienten kontinuierlich zu bessern. Und doch ist die QS schon bald nach ihrer Einführung durch Selbmann (1983) für manchen zu einem "Reiz und Modewort" (Kordy 1992) geworden. Es muss klargestellt werden, dass Qualitätssicherung nicht Privatsache einzelner Leistungserbringer oder allein deren berufsrechtliche Verpflichtung, sondern eine gemeinsame verbindliche, gemeinsame Aufgabe und Verpflichtung der Vertragspartner in der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Krankenkasse als Leistungsträger wirken an der Ausgestaltung gleichberechtigt mit. So war von einem Symposium zur Qualitätssicherung des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BM AS, 1990) zu hören. Daraus liesse sich für die ambulante Musiktherapie, die je grossteils (noch) nicht an der GKV mitwirkt, schlußfolgern, dass jede Diskussion über QS in der MT verfrüht sei. Wer jedoch auf eine solche Beteiligung

am Gesundheitssystem hofft, dem darf getrost geraten werden, sich einfach mal gut zu informieren.

Mehr will dieser kurze Beitrag auch nicht.

Zunächst einmal ist es bedeutsam, die drei Ebenen oder Dimensionen der QS zu betrachten:

a) Struktur-Qualität: diese richtet sich in erster Linie auf die Qualifikation von Therapeuten und nicht-therapeutischem Personal, wobei Weiterbildungspläne, Zulassungs- und Prüfungsvorschriften betrachtet werden. Aber auch die räumlich-strukturelle und apparative Ausstattung ist gleichermassen Gegenstand dieser Bewertungsebene.

b) Prozess-Qualität: hierunter versteht man die sachgemäße Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.

Die Etablierung von Basisdokumentationen, z.B.

PsychBaDo oder OPD (Heuft et al. 1998), sind für die Psychotherapiebereiche typische Merkmale dieser Ebene. Auch die regelhafte Durchführung von Supervisionen, auch als Qualitätszirkel geführt, Erhebung von Verlaufsdaten, Abbruchraten, Teilnahmerate etc werden hierunter erfasst. Spezifische Prozessmerkmale wie die Messung der "therapeutischen Arbeitsbeziehung" (Rudolf 1991) oder die Erfassung des "Zentralen Beziehungskonfliktes" (Luborsky & Kächele 1988) sind noch in der Diskussion für die ambulante bzw. stationäre Psychotherapie.

c) Ergebnis-Qualität: hierunter wird die Ermittlung angestrebter Behandlungsziele verstanden, wie sie schon seit vielen Jahren Gegenstand umfangreicher empirischer Studien und deren kritischer Diskussion in der Psychotherapie sind.

Bedeutsam ist, dass Aktivitäten zur Sicherstellung der Ergebnisqualität nicht mit Forschung verwechselt werden dürfen. QS ist keine Therapie-Forschung, sondern formuliert den Anspruch, dass Behandlungs-Ziele formuliert und die Erreichung bzw. die Nicht-Erreichung solcher Ziele so dokumentiert wird, um das Ziel der QS, nämlich Mängel zu erkennen und zu beheben, erreicht werden kann. Natürlich braucht QS Ergebnisse der Therapieforschung, aber sie braucht zunächst einen Konsens über wünschbare und erreichbare Ziele. So entwickelte sich die Patienten-Zufriedenheit unter dem Einfluss auch von Forschung zu einem wichtigen Parameter vielen QS-Systeme. Übereinstimmend wird auch betont, dass Ergebnis-Qualität immer zugleich aus Patienten- und Therapeuten-Perspektive beurteilt werden muss.

Die Herkunft der QS -Entwicklung aus dem medizinischen Bereich ist unverkennbar, und ist offenkundig an die Themen von Evaluation und Ökonomie gebunden. Der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beschäftigt sich in seinen Jahresgutachten 1989 und 1990 schwerpunktmäßig mit der QS; er erwartete damals, dass sich " ein Markt an Angeboten für die QS entwickeln wird, aus dem die Leistungsträger ihre Auswahl treffen. Konsensus-Konferenzen sollen Standards vereinbaren, und lokale Schulungen sollen für die Etablierung der jeweiligen, fachspezifischen Massnahmen sorgen.

Woran soll nun der ambulante Musiktherapeut sich halten. Eine Möglichkeit ist sicher, im freien Raum der nicht in der GKV tätigen Therapeuten, sich gar nicht darum zu kümmern. Schließlich gilt: wer zahlt, schafft an; erst wenn die Einbeziehung der Musiktherapie in das System der GKV erreicht ist, werden diese Fragen praktisch relevant. Gewiss eine Möglichkeit. Eine andere Möglichkeit wäre, sich die Möglichkeiten der QS-Instrumentarien anzueignen, und auf diesem Weg einen Einstieg in eine reflektierte, evaluierende Alltagspraxis der ambulanten Musiktherapie anzustoßen.

Hierzu möge abschließend eine Möglichkeit aufgezeigt werden, der ein gewisses utopisches Moment anhaften mag, über der Realisierungschance ist mir keine Gedanken machen muss. An der Forschungsstelle für Psychotherapie (Leiter:

Prof. Dr.Kächele) in Stuttgart hat H. Kordy mit seinem Team in den letzten Jahren ein modular aufgebautes Qualitätssicherungssystem entwickelt, das ab kommenden Jahr auch über das Internet benutzt werden kann. Vorstellbar ist, dass eine Gruppe von ambulant tätigen Musiktherapeuten sich zu einem QS-Zirkel zusammenschließt, der gemeinsam das QS-System AQUASI benutzt

Was ist das Stuttgart-Heidelberger Modell, genannt AQUASI ?

Das QS-Programm "Aktive Internes Feedback-orientierte QS-System arbeitet mit Informationen zu bestimmten Aspekten der psychotherapeutischen Versorgung; es lässt aber erheblichen Spielraum, mit welchen Instrumenten diese erhoben werden. Hauptzweck des QS-Systems ist die Bereitstellung von Daten, um folgende Kernfragen der Qualität psychotherapeutischer Behandlungen zu erfassen:

- a) Wer kommt zur Behandlung ? Diese Information wird von der Mehrzahl der gegenwärtigen Benutzer durch die Überregionale Basisdokumentation (ÜBaDO, ) erfasst; neue Nutzer können aber auch die Psych-BaDO einsetzen.
- b) welche therapeutischen Mittel werden in welchem Umfang eingesetzt. Diese Information erfordert bei ambulanten Psychotherapien weitaus weniger Angaben als dies bei der für den stationären Bereich entwickelten Grundversion von AQUASI der Fall ist.
- c) Welches Ergebnis wird dabei erzielt ? Da Übereinstimmung besteht, dass in der ambulanten und stationären Psychotherapie psychische, körperlich-funktionelle und interpersonal-soziale Aspekte für die Bewertung des Ergebnisses berücksichtigt werden sollen, werden in AQUASI folgende Instrumente eingesetzt

<b>Dokumentation:</b>	
ÜBaDO bzw Psych-BaDO	
<b>Ergebnisqualität</b>	
<i>Therapeutenperspektive</i>	
BSS: Beeinträchtigungsschwere-Score	
THE: Direkte Ergebniseinschätzung durch den Therapeuten	
<i>Patientenperspektive</i>	
PAE: Direkte Ergebniseinschätzung durch den Patienten	
# physisch	GBB: Giessener Beschwerdebogen
# psychisch	SCL-90-R: SymptomCheck Liste 90-R
#sozial-interpersonal	IIP: Inventar interpersoneller Probleme
	SOZU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung
# Lebensqualität	LQ: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
<b>Ergänzungen</b>	
ZUF-8: Patientenzufriedenheit	
HA: Therapeutische Arbeitsbeziehung	
EF-45: Ergebnisfragebogen	

Tabelle: Rahmen für ein Inventar zur Qualitätssicherung am Beispiel der Stuttgart-Heidelberg Modells (aus Kordy et al., 2002)

Diese Daten werden zumindest zu zwei Zeitpunkten (Anfang - Ende) der Behandlung erhoben. Die für jeden Patienten individuelle Auswertung erfolgt

computer-gestützt durch einen Bewertungs-Algorithmus, in dem schrittweise klinisch plausible Anhaltspunkte ( wie z.B. Suizidgedanken ja/nein), individuelle Verbesserungen und verfügbare Normwerte (Normstichprobe und Patientenstichproben) nach dem Konzept der klinischen Signifikanz berücksichtigt werden (Einzelheiten siehe Kordy et al. 2002, S.438 ff).

Insofern eine allgemeine therapie-unspezifische Veränderung festgestellt werden soll - und das AQUASI-Programm zielt zunächst einmal auf diese - ist das Fehlen spezifischer musiktherapeutischer Messinstrumente unproblematisch. Auch die Patienten der ambulanten Musiktherapie werden Werte im SCL-90-R haben, die denen der ambulanten Psychotherapie-Stichproben entsprechen dürften. Mit einem GSI-Wert von 1,0 liegen diese gut untersuchten klinischen Stichproben deutlich über dem Wert der nicht-klinischen Population mit einem Wert von GSI= 0,4. Entsprechend können klinisch signifikante Veränderungen zuverlässig bestimmt werden. Dies gilt mutatis mutandis auch für die anderen Instrumente. Mehr und nicht weniger soll diese QS-System leisten.

Sollten musiktherapeutisch spezifische Veränderungen erfasst werden, so kann das AQUASI solche Instrumente einbauen, insofern solche genormt vorliegen. Hier ist wohl noch Entwicklungsarbeit zu leisten. Der von uns anvisierte Qualitätszirkel könnte mit der Rückmeldung des Auffälligkeitssignals durch QS-System seine klinische Arbeit beginnen. Möglicherweise sogar in einen chat-room.

## Literatur

- M. Broda, R. Dahlbender, M. Rad, von, J. Schmidt and R. Schors (1993) Überregionale Basisdokumentation in der stationären Psychotherapie und Psychosomatik. Göttingen Zürich. Vandenhoeck & Ruprecht
- B. Heuft, W. Senf (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-Ba-Do. Stuttgart. Thieme
- H. Kordy (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modethema. Zsch psychosom Med Psychoanal 310-324
- H. Kordy, W. Hannover & S. Bauer (2002) Evaluation und Qualitätssicherung in der psychosozialen Versorgung. in E. Brähler & B. Strauss (Hrg). Evaluation und Qualitätssicherung in der psychosozialen Versorgung. Göttingen. Hogrefe. 425-448
- H. Kordy, H. Kächele (1996) Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. in T. h. Uexküll, von (Hrg). Ergebnisforschung in

Psychotherapie und Psychosomatik. München. Urban & Schwarzenberg.  
490-501

L. Luborsky, H. Kächele (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt - Ein Arbeitsbuch. Ulm. PSZ-Verlag

G. Rudolf (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie. Berlin Heidelberg New York. Springer

H. K. Selbmann (1983) Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologisch-Geburtshilfliche Rundschau 33: 188-189