

# Grundlagen und Merkmale der Qualitätssicherung

Ulla Beushausen

»Tun wir das Richtige, und tun wir es auf die richtige Weise?« – Das sind laut Heiner (2004, 63) die zentralen Fragen jeder Qualitätssicherung und jeder Evaluation. Ein Qualitätsmanagement stellt dabei sicher, dass die Qualität therapeutischen Handelns nicht zufällig entsteht, sondern das erwartbare, zuverlässige Ergebnis planvollen therapeutischen Handelns ist. Qualität muss jedoch

nicht nur intern strukturiert, sondern auch nach außen dokumentiert und nachgewiesen werden. Qualitätssicherung erfordert eindeutige zielbezogene Qualitätskriterien, Standards und Leitlinien, an denen eine therapeutische Leistung gemessen werden kann, sowie geeignete Evaluationsverfahren zur Prüfung des gewählten Vorgehens.

## 1 Qualitätsbegriff der Logopädie/Sprachtherapie

Qualitätssicherung (QS, engl. quality assurance) ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen in verschiedenen beruflichen Kontexten. Qualität als Zielkriterium des Gesundheitssystems ist die Relation zwischen geforderter Beschaffenheit und realisierter Beschaffenheit von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen (Geiger & Kotte 2007). Qualität im Gesundheitswesen meint insbesondere eine »ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche [...] Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen« (Ruprecht 1993, 964). Qualitätsdefinitionen und die darauf aufbauenden QS-Maßnahmen stammen ursprünglich aus der Industrie. Erforderlich ist eine Anpassung an die Rahmenbedingungen

von Dienstleistungen im Gesundheitswesen und insbesondere eine Konkretisierung für die logopädisch-sprachtherapeutische Praxis.

*Qualitätssicherung* in der Logopädie/Sprachtherapie ist die (Selbst-)Verpflichtung jedes therapeutisch Tätigen zu einem hohen professionellen Standard und der Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln (Beushausen 2014a). Qualitätssicherung ist somit Teil des Berufsethos und der Professionalisierung der Logopädie/Sprachtherapie.

Mit Qualitätssicherung in der Logopädie/Sprachtherapie ist dabei sowohl ein Bündel an Techniken zur Umsetzung qualitätssteigernder Maßnahmen als auch der Ausdruck einer professionellen Haltung dieser Berufsgruppen gemeint.

## 2 Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (SGB 5 § 125a). Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-therapeutischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Alle Beteiligten haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Klienten hinzuwirken.

Die Pflicht zur regelmäßigen fachlichen Fortbildung von Therapeuten und die Prüf-

vereinbarung ihrer Einhaltung sind in den Rahmenverträgen über die Durchführung der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (RV-S) festgeschrieben. Zur Qualitätssicherung in der therapeutischen Versorgung gehören aber auch Maßnahmen in den Bereichen Organisation und Verwaltung. Hier ist ausdrücklich die Pflicht zur Dokumentation von Diagnostik und Therapie, aber auch die Qualität der Aus- und Fortbildung genannt. Die Optimierung und fortlaufende Überprüfung der Arbeitsabläufe soll wesentlich zur Effizienz logopädisch-sprachtherapeutischer Arbeit beitragen. Die kassenseitigen Vertragspartner der Verträge nach § 125, Absatz 2 (SGB V) sind jederzeit berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus den Empfehlungen ergebenden Pflichten zu überprüfen (Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln 2013).

## 3 Zentrale Begriffe der Qualitätssicherung

Die Versorgung im Gesundheitswesen soll an fachlichen Standards und Leitlinien orientiert sein. Auch die Klientenorientierung<sup>1</sup> in der Logopädie/Sprachtherapie äußert sich u. a. in der Berücksichtigung fachlicher Standards und Leitlinien zur Strukturierung von

Behandlungsabläufen und in der Evaluation konkreter Ziele der Klienten.

*Leitlinien* sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen über die angemessene medizinisch-therapeutische Vorgehensweise bei Erkrankungen. Sie werden überwiegend durch wissenschaftliche Fachgesellschaften erarbeitet – idealerweise interdisziplinär – und beeinflussen den medizinisch-therapeutischen Standard. Ein Beispiel ist die Leitlinie »Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)« (AWMF 2011).

---

1 Ein *Klient* ist in der Qualitätssicherung/dem Qualitätsmanagement der Auftraggeber oder Leistungsempfänger bestimmter Dienstleistungen. Der Begriff wird auch im Kontext der Therapie in Abgrenzung zum *Patienten* verwendet, um den Dienstleistungscharakter der therapeutischen Tätigkeit sowie die Mündigkeit des Behandelten zu betonen.

*Richtlinien* sind im Gegensatz zu Leitlinien Regelungen, die von einer rechtlich legitimierten Institution beschlossen und veröffentlicht werden und für den Adressaten verbindlich sind. Richtlinien legen den therapeutischen Standard insoweit fest, als eine Abweichung zumindest im rechtlichen Sinne unzulässig ist. Ein Beispiel sind die Heilmittellinie und die Richtlinien der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Durchführung von Maßnahmen der Sprachtherapie.

Eine ähnliche Struktur wie Richtlinien haben *Standards*, die als normative Vorgaben zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen einer Profession verstanden werden und die – je exakter deren Beschreibung ist – umso verbindlicheren Charakter haben. Ein Beispiel für therapeutische Standards sind die Standards zur klinisch-praktischen Ausbildung, die von den Berufsverbänden der Logopädie und Sprachtherapie gemeinsam verabschiedet wurden (dbl/dbs 2013).

Qualitätssicherung in der Logopädie/Sprachtherapie zeigt sich auch in einer *Selbstverpflichtung* der Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen zur Berücksichtigung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie aktueller Leitlinien.

#### Ziele von Qualitätssicherung in der Logopädie/Sprachtherapie

- therapeutisches Handeln transparent zu machen
- Möglichkeiten und Grenzen therapeutischen Handelns zu definieren
- therapeutisches Handeln auf Effektivität und Effizienz zu untersuchen
- Kriterien zur Zielüberprüfung therapeutischen Handelns zu erstellen
- Ergebnisse therapeutischen Handelns zu evaluieren und nachzuweisen
- wissenschaftliche Erkenntnisse in das therapeutische Handeln zu integrieren

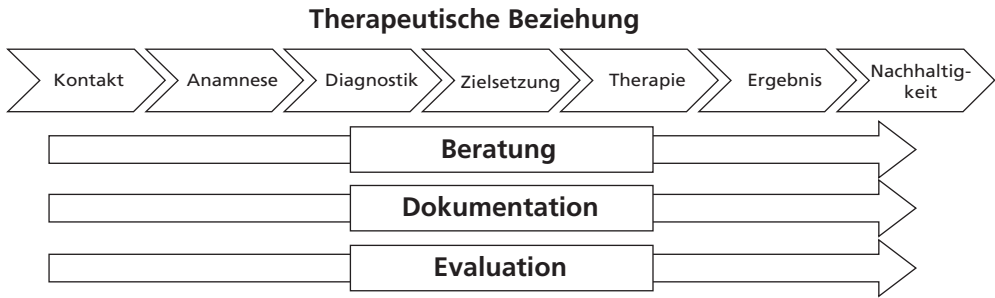
## 4 Ebenen der Qualitätssicherung

Der logopädisch-sprachtherapeutische Prozess (► Abb. 1) kann in Kontakt zum Klienten, Anamnese, Diagnostik, Zieldefinition und Therapie in partizipativer Entscheidungsfindung, Evaluation des Therapieeffektes und dessen Nachhaltigkeit untergliedert werden. Formen der Beratung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung sind begleitende Rahmenbedingungen einer gelingenden Therapie. *Evaluation* und *Dokumentation* stellen dabei unverzichtbare Bestandteile in jeder Phase des Therapieprozesses und der Qualitätssicherung dar.

Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen geht

auf Donabedian (1966, zit. nach Gerlach 2001) zurück.

Die *Strukturqualität* beschreibt die organisatorische Leistungsfähigkeit und damit die Möglichkeit der Therapeuten, aufgrund ihrer individuellen Qualifikation, im Rahmen ihres Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen. Beispiele hierfür sind die Anzahl und die Qualifikation der Beschäftigten, das Indikationsspektrum der jeweiligen Einrichtung, die apparative und diagnostische Ausstattung



**Abb. 1:** Logopädisch-sprachtherapeutischer Prozess

sowie räumliche und bauliche Gegebenheiten (Beushausen 2014a).

Die *Prozessqualität* umfasst die Güte der ablaufenden Therapieprozesse und damit die Planung und Umsetzung einer Leistung. Dies sind beispielsweise die Art und Anzahl verordneter und erbrachter therapeutischer Leistungen, die Dauer von Einzel- und Gruppentherapien und deren zeitliche Abfolge oder die Priorisierung von Therapiebausteinen und pädagogischen Maßnahmen. Auch Schlüssigkeit und Systematik der Therapiedokumentation zählen hierzu (ebd.).

Die Ebene der *Ergebnisqualität* (Outcome) beschreibt die Qualität der Ergebnisse und des Nutzens von Interventionen sowie den Grad der Zielerreichung und der Zielakzeptanz bei Interventionsende. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele und der Befunderhebung in Abgleich zu den verordneten und durchgeführten Heilmittelleistungen regelmäßig zu überprüfen. Dabei soll die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Klienten verglichen werden. Beispiele hierfür sind der Vergleich von angestrebten und erreichten Interventionszielen, die Effizienz der verwendeten Methoden, Risiken der durchgeführten Behandlungen sowie die Zufriedenheit des

Klienten mit dem Interventionsergebnis und der therapeutischen Betreuung insgesamt.

Dem Denkmodell von Donabedian liegt die Annahme zugrunde, dass die genannten Qualitätsdimensionen miteinander interagieren. Die vorhandenen Strukturen und Ressourcen beeinflussen die Prozesse, die wiederum die gemessene Ergebnisqualität mitbestimmen. Ergänzend zur klassischen Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kommen weitere Qualitätsdimensionen hinzu, die sich auf den gesellschaftlich-institutionellen Kontext, die professionellen Kompetenzen der Leistungserbringer oder die Ebene der Klienten beziehen. Die für die Logopädie/Sprachtherapie bedeutsamsten sind die *Konzeptqualität*, die *Dienstleistungs- oder Beziehungsqualität* und die *Lebensqualität der Klienten*.

Die Auseinandersetzung mit den Zielen und Wertvorstellungen einer Einrichtung oder Praxis gehört zur Qualitätssicherung zwingend dazu. In ihr spiegelt sich »der Geist« einer Einrichtung wider, ihr Ethos. In Leitbildern von Praxen und Institutionen sowie in Konzepten therapeutischer Methoden – beispielsweise durch Aussagen zum Menschenbild in der Therapie – wird die zugrundeliegende *Konzeptqualität* deutlich.

Die erreichte Qualität einer Dienstleistung lässt sich am subjektiven Empfinden eines Menschen mit Sprachbehinderungen bemessen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung selbst wird dabei zum Prüfstein, wenn es um die Realisierung von »Kundenorien-

tierung« im Alltag geht. *Dienstleistungsqualität und Beziehungsqualität* lassen sich z. B. durch standardisierte Befragung der Klienten ermitteln.

Der Grad der durch Therapie erreichten subjektiven *Lebensqualität* eines Klienten mit sprachlichen Beeinträchtigungen stellt einen wichtiger Parameter zur Bestimmung der Ergebnisqualität dar und ist ein Maß für die Effizienz der Therapie. Das Konstrukt der Lebensqualität hängt dabei stark mit der kommunikativen Teilhabe eines Klienten im Alltag zusammen, wie sie auch im Rahmen

der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, Dimdi 2005) beschrieben wird. Zur objektiven Erfassung der Lebensqualität bei Kommunikationsstörungen stehen allerdings derzeit noch zu wenig geeignete Verfahren zur Verfügung.

Tabelle 1 zeigt Beispiele für Qualitätskriterien in der Logopädie/Sprachtherapie jeweils auf der Ebene des *institutionellen Kontextes*, der Ebene des *Kompetenzerwerbs* und der Ebene des *Klientenbezugs*.

**Tab. 1:** Qualitätskriterien logopädisch-sprachtherapeutischen Handelns

Ebene Kontext	Ebene Kompetenz	Ebene Klienten
Dokumentationssystem	Qualifizierter Abschluss	Umsetzung Ethikcodex
Ausstattung gemäß Diagnostikleitlinien/Therapieleitlinien	Kenntnisse Rahmenempfehlungen/Richtlinien (z. B. Verpflichtung zur Fortbildung, Hygieneverordnung, Aufbewahrungsfristen für Akten, Schweigepflicht), medizinisch-therapeutische Leitlinien	Leistung basiert auf wissenschaftlichen Theorien/Konzepten/Leitlinien
Ausbildungs- und Fortbildungsstandard	Fähigkeit zum evidenzbasierten Vorgehen	Transparenz der Leistung
Ausstattung des Arbeitsplatzes (technisch, berufsspezifisch)	Clinical Reasoning als Fähigkeit zur beruflichen Reflexion	Teilhabeziele in partizipativer Entscheidungsfindung
Zugang zu Fachliteratur/Fortbildung/Supervision	Strukturell-strategische Kompetenz	Erfassung der Lebensqualität
Konzepte zur Einrichtung und zur Therapie, Leitbild/Menschenbild/Ethikcode	Sozial-kommunikative Kompetenzen	Evaluation und Dokumentation der Zielerreichung
Struktur des logopädisch-sprachtherapeutischen Prozesses	Berufliches Selbstverständnis/Selbstorganisation	Qualität der therapeutischen Beziehung

## 5 Qualitätsmanagement

Der Begriff Qualitätsmanagement (QM) bezeichnet nun alle organisatorischen Maßnahmen, die der Verbesserung der therapeu-

tischen Leistungen dienen. Solche Maßnahmen können sowohl die Qualität der Therapie als Dienstleistung selbst als auch

innerorganisatorischen Abläufe einer Einrichtung/Praxis betreffen. Im Gesundheitswesen ist das Qualitätsmanagement (QM) von zentraler Bedeutung. Es soll dabei helfen, die Prozesse in der ambulanten und stationären Versorgung stetig zu verbessern. Ausgewiesenes Ziel ist dabei, vorhandene Ressourcen optimal einzusetzen und zu gewährleisten, dass die Klienten die bestmögliche Versorgung erhalten.

#### Ziele eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

- kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität
- systematische Klientenorientierung
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit
- Transparenz der Maßnahmen
- Objektivierung und Messung von Ergebnissen der Versorgung

In stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Rehabilitation ist ein Qualitätsmanagementsystem bereits zwingend vorgeschrieben, im Bereich der ambulanten therapeutischen Leistungen bisher noch optional. In den letzten Jahren wurden verschiedene Modelle zur Standardisierung des QM entwickelt – zumeist in Anlehnung an die Systeme der Deutschen Industrienorm International Standard Organisation (DIN EN ISO) und die Systeme im European Foundation for Quality Management (EFQM) – die auch therapeutischen Einrichtungen eine Zertifizierung ermöglichen sollen (Zech 2015, Fratalli 1999, Beushausen 2014a). Typische *Maßnahmen* eines QM-Systems in der Logopädie/Sprachtherapie sind:

- die Festlegung von konkreten Qualitätszielen
- systematische Überprüfung der Zielerreichung
- Umsetzung erforderlicher Anpassung der Maßnahmen

- Prozess- und Ablaufbeschreibungen typischer Vorgänge
- regelmäßige Klientenbefragungen
- Einführung eines Beschwerdemanagements
- Organigramme und Checklisten für Abläufe
- Notfallmanagement
- Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung
- qualitätsbezogene Dokumentation
- Optimierung der Kommunikationsstrukturen

Der Einsatz eines QM-Systems in einer Einrichtung/Praxis lässt sich für Außenstehende an der Umsetzung *spezifischer Merkmale* in den Bereichen Klientenversorgung und interne Organisation erkennen.

#### Merkmale der Klientenversorgung

- Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien
- Strukturierung von Behandlungsabläufen
- Mitwirkung des Klienten an Zielsetzung und Therapiegestaltung
- Evaluation des Therapieergebnisses
- strukturierte Beratung/Information

#### Merkmale der Praxisführung/ Mitarbeiter/Organisation

- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung)
- Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, technische Wartung)
- Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement
- Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung

## 6 Qualitätskontrolle

Vor der Einführung seines QM-Systems sollten zunächst die strukturellen Rahmenbedingungen einer Einrichtung/Praxis überprüft werden. Neben der Information und Motivation der Mitarbeiter gehören dazu die Schaffung von Personal- und Zeitressourcen, wie die Benennung eines Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement, die Bereitstellung finanzieller Ressourcen für die Schulung der Mitarbeiter und für externe Beratung und die Festlegung von Besprechungsstrukturen sowie die Beschaffung notwendiger Arbeitsmaterialien und einer sinnvollen EDV-Lösung für die QM-Dokumentation. Im Rahmen der Vorarbeiten sollten folgende Dokumente erstellt werden:

- Praxisleitbild
- Einrichtungskonzept
- Qualitäts-/Betriebsziele
- Ablaufpläne
- Dokumentationssystem
- Konzept des QM-Handbuchs

Nach diesen systemübergreifenden Vorarbeiten kann entschieden werden, welche Zertifizierungsmodelle in Frage kommen und welche speziellen Anforderungen sie an den Aufbau des QM-Systems stellen. Bis zur Zertifizierungsreife einer Praxis/Einrichtung sollte ein gutes Jahr eingeplant werden. Die Entscheidung für ein QM-System stellt eine Chance, aber auch eine Herausforderung für Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich dar (Zech 2015).

Verschiedene Anbieter von QM-Systemen bieten Schulungen und Beratungen im Zertifizierungsprozess an und stellen in der Regel QM-Handbücher zur Verfügung. Die QM-Dokumentenvorlagen beinhalten Formulare, Checklisten, Verfahrensanweisungen und andere Dokumente, mit denen das QM-System individuell an die eigene Arbeitspraxis angepasst werden kann. Die Qualitätskontrolle – z. B. in Form von Audits im Rahmen der *Zertifizierung* – soll schließlich sicherstellen, dass vorgegebene oder selbstbestimmte Standards im Hinblick auf definierte Ziele im Rahmen der Therapie auch erreicht werden. Der Zertifizierungsprozess schließt mit der Erlangung eines Qualitäts- oder Gütesiegels ab, dessen Gültigkeit in regelmäßigen Abständen erneuert werden muss.

### Potenzieller Nutzen nach Einführung eines QM-Systems

- mehr Kundenzufriedenheit
- mehr Mitarbeiterzufriedenheit
- mehr Arbeitszufriedenheit der Leitung
- mehr Wirtschaftlichkeit durch effiziente Gestaltung von Arbeitsabläufen
- Vermeidung von Fehlern und von Fehlerkosten
- mehr Zukunftssicherung durch strategische Ausrichtung, Innovation und Kreativität
- Wettbewerbsvorteile durch Optimierung der Praxis
- bessere Versorgungsqualität



## 7 Evaluation

Während die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in der Logopädie/Sprachtherapie derzeit noch freiwillig ist, besteht jedoch eine Verpflichtung, Therapieergebnisse zu evaluieren. Der Ist- und Soll-Zustand der Qualitätserreichung in der Therapie muss regelmäßig belegt werden, und nur diejenigen Interventionen werden bezahlt, die nachweislich effektiv oder wirksam sind (vgl. SGB IX; Welti & Raspe 2004, Beushausen & Grötzbach 2011).

Evaluation ist ein systematisches Vorgehen zur Gewinnung, Auswertung und Interpretation von Daten, um Hinweise über die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen zu erhalten. Sie dient der Steuerung und Optimierung therapeutischer Abläufe, der Bewertung und Beurteilung der Interventionsergebnisse und damit der Legitimierung und Dokumentation einer Maßnahme (Wottawa & Thierau 2003). Evaluation ist Teil einer professionellen Arbeitskultur und ein Instrument zur Selbstkontrolle, Rechenschaftslegung und (Therapie-)Entwicklung. Dies geschieht mit Hilfe (wissenschaftlicher) Techniken und Forschungsmethoden (Beushausen 2014a, 2014c, Beushausen & Grötzbach 2011, DeGEval 2008).

Die beiden gebräuchlichsten *Formen der Evaluation* sind die formative und die summative Evaluation (Bortz & Döring 2006). Die *formative Evaluation* ist eine prozessbegleitende Evaluation, die den Entwicklungsstand von Programmen, Verfahren und Methoden systematisch überprüft und verbessert. In einer Konzeptphase (präformative Phase) wird ein Konzept entwickelt und mit einem ersten vorläufigen Programmentwurf abgeschlossen, um dann in der Entwicklungs-

phase (formative Phase) durch wiederholte praktische Erprobung ein endgültiges Konzept zu formen. Eine *summative Evaluation* setzt am Ergebnis einer Konzeptentwicklung an und überprüft, ob der Evaluationsgegenstand im Hinblick auf seine ursprünglichen Ziele wirksam und erfolgreich ist. Formative und summative Evaluation können auch ergänzend nacheinander eingesetzt werden und lassen sich auf allen Qualitätsebenen einsetzen (Beushausen & Grötzbach 2011).

### Qualitätsstandards für Evaluationen

Eine Evaluation sollte

- nützlich,
- durchführbar,
- fair,
- genau

sein (DeGEval 2008).

*Qualitätskriterien für Therapieergebnisse:* Therapieeffekte sind dann hochwertig, wenn sie aus Sicht des Gesundheitssystems neben Generalisierungs-, Transfer- und Langzeiteffekten (mindestens größer als ein halbes Jahr) auch nachhaltige Effekte zeitigen, also effizient im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen sind. Zudem sollten sie ökologisch verträglich sein, das heißt die gezeigten Effekte sollten sich auf das Alltagsgeschehen der Klienten übertragen lassen. Die persönliche Relevanz der Therapieeffekte für den Klienten im Sinne ihrer individuellen sozialen Bedeutung – etwa in der Steigerung seiner individuellen Lebensqualität und Teilhabe – ist ein zentrales Qualitätskriterium.

Man unterscheidet *interne* von *externer* Evaluation, je nach Durchführendem. Abbildung 2 zeigt, wie sich eine Evaluation in Abhängigkeit vom Auftraggeber (Für wen



		<b>Wer erhebt die Daten?</b>	
		interne Evaluation	externe Evaluation
<b>Wer verwendet die Daten?</b>	interne Personen	<b>Selbstkontrolle</b> <b>Optimierung</b> <b>therapeutischen</b> <b>Handelns</b>	<b>Beratung</b> <b>Kontrolle/Aufsicht</b>
	externe Personen	<b>Nachweis</b> <b>Legitimation</b>	<b>Statistik</b> <b>Bewertung</b>

Abb. 2: Formen der Evaluation

wird evaluiert, wer erhält die Daten/Ergebnisse?) und Evaluator (Wer führt die Evaluation durch?) in ihrer Zielsetzung verändert. Wenn Evaluation vorgegebenen Zielen, z. B. der Entwicklung eines Systems oder der Optimierung von Prozessen, dienen soll, hat dies Folgen für die Wahl der optimalen Form einer Evaluation.

#### Ziele therapeutischer Evaluation

- Erkenntnisgewinn von Wirkungen, Einflüssen und Zusammenhängen
- gezielte Planung des Ressourceneinsatzes

#### Gegenstand therapeutischer Evaluation

- Fragen der Qualitätsbeurteilung
- Fragen der Effektivität in der Logopädie/Sprachtherapie

(Beushausen & Grötzbach 2011, Beushausen 2014a, 2014b)

Zur Evaluation einer Therapie können schließlich unterschiedliche Parameter herangezogen und interpretiert werden. Abhängig von den zu erwartenden Effekten muss bereits vor Therapiebeginn festgelegt werden, mit welcher Messmethode Veränderungen sinnvoll bestimmt werden können. Innerhalb eines evidenzbasierten Vorgehens wird unter Einbezug (1) der Wünsche und Bedürfnisse des Klienten, (2) der eigenen therapeutischen Expertise und (3) der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen eine relevante, beantwortbare Frage im konkreten klinischen Fall formuliert. Diese Frage wird operationalisiert durch die Festlegung von (messbaren) Therapiezielen sowie der Planung, Durchführung und Auswertung der Evaluation der Therapie. Den Abschluss einer solchen *Evaluation als Einzelfallstudie* bilden die kritische Bewertung der Ergebnisse (Evidenz) bezüglich ihrer Validität und Brauchbarkeit für den Klienten sowie die kritische Reflexion des eigenen Vorgehens (Beushausen 2014b).

## 8 Dokumentation

Ohne eine systematische Dokumentation ist eine Evaluation therapeutischen Handelns und damit eine Qualitätssicherung nicht möglich. Zudem besteht eine Dokumenta-

tionspflicht sowohl als Berufspflicht als auch als vertragliche Nebenpflicht aus den Rahmenverträgen zur Erbringung sprachtherapeutischer Leistungen.

Dokumentation dient der Sicherung der Qualität in der Therapie, der Beweissicherung und der Kommunikation aller an der Therapie Beteiligten.

Alle therapierlevanten und therapiebezogenen Informationen wie Anamnese, Diagnose(n), sonstige Befunde, therapeutische Anordnungen bzw. Hinweise im Rahmen der therapeutischen Aufklärung, unerwartete Zwischenfälle, Beschwerden des Klienten, therapeutische Maßnahmen, deren Verlauf und Ergebnis, häusliche Übungen etc. sollen dokumentiert werden. Die Qualität der Dokumentation selbst bemisst sich auf der inhaltlichen Ebene an ihrer *Dokumentationswahrheit*, auf der formalen Ebene an ihrer *Dokumentationsklarheit* sowie ihrer *Lesbarkeit* und *Verständlichkeit*. Eine Dokumentation kann derzeit noch handgeschrieben oder mit einem Textverarbeitungssystem geführt werden. Zur Erhöhung der Lesbarkeit empfiehlt sich jedoch Letzteres.

#### Was soll dokumentiert werden?

- Stammdaten des Klienten
- diagnostische Abklärung
- anamnestische Erhebungen
- Befundberichte Dritter
- Indikationsstellung/Diagnosen
- Verordnung
- Differenzialdiagnosen
- Gesamtbehandlungsplan
- Behandlungsziele/Ziele des Klienten
- Beratung: Informationsstand des Klienten
- Sitzungsdauer und -frequenz
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- Ablauf und Dauer der einzelnen Behandlungen
- Behandlungsergebnisse
- Ergebnisse der Evaluation
- Einwilligungen/Erklärungen
- klientenbezogene Kommunikation
- atypische Verläufe

Die Dokumentation begleitet den gesamten Therapieprozess (► Abb. 1), multiprofessionelle und interdisziplinäre Teams können darauf zugreifen, aber auch der Klient selbst hat ein Recht auf Einsicht seiner Akte (BGB § 630g). Das Prinzip der Sicherung der *zeitlichen Nähe der Dokumentationsleistung zur Dienstleistung* sollte eingehalten werden.

Die Einrichtung eines einheitlichen Dokumentationssystems für eine Einrichtung/Praxis ist zu empfehlen. Dabei sollte die Orientierung an Teilhabe und Lebensqualität der Klienten als gesellschaftlich vorgegebene Ziele der Rehabilitation sich auch in der Dokumentation widerspiegeln. Es kann durchaus eine duale Dokumentation angelegt werden in Form einer objektivierten Verlaufsdokumentation mit vorgefertigten Stammdatenblättern, Anamnesebögen und Therapieverlaufsbögen und davon getrennter subjektiver persönlicher Aufzeichnungen des Therapeuten. Eine gut geführte Dokumentation bedeutet für die Therapieberufe insgesamt eine Zeitersparnis, z. B. wenn Therapiestunden oder Evaluationen geplant oder Berichte erstellt werden sollen.

Therapieberichte sind im ambulanten Bereich auf Anforderung der zuweisenden Ärzte nach Beendigung einer Verordnung zu erstellen.

Eine fehlerhafte oder unterlassene Dokumentation kann zu Behandlungsfehlern in der Therapie führen, die Zeit und Geld kosten, etwa wenn der Therapeut Behandlungsinhalte, -ziele oder -ergebnisse nicht ausreichend erinnert. In seltenen Fällen kann es auch zu gesundheitlichen Schäden des Klienten kommen.

Eine gute Dokumentation ist

- zeitsparend,
- transparent,
- evaluierbar,
- kommunizierbar,
- beweisichernd.

## Literatur

- Beushausen, U. (2014a): Qualitätsmanagement, Evaluation und Evidenzbasierung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie (359–365). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beushausen, U. (2014b): Chancen und Risiken einer evidenz-basierten Sprachtherapie. Logos. Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie 22, 15–21.
- Beushausen, U. (2014c): Forschungsmethoden. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.): Grundwissen der Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie. Stuttgart (67–73). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2011): Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München: Elsevier.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. (1966), 44, 166–206.
- Fratalli, C. (1991): From Quality Assurance to total quality management. American Journal of Audiology, 1, 41–47.
- Geiger, W. & Kotte, W. (2007): Handbuch Qualität: Grundlagen und Elemente des Qualitätsmanagements: Systeme – Perspektiven. Wiesbaden: Vieweg & Teubner.
- Gerlach, F. M. (2001): Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Stuttgart: Thieme.
- Heiner, M. (2004): Qualitätsentwicklung durch Evaluation. In: F. Peterander, O. Speck (2004): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (63–86), 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt
- Ruprecht, T. (1993): Von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. Entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 69, 963–967.
- SGB-Sozialgesetzbuch (2012): Bücher I – XII. 41. Auflage. München: Beck.
- Welti, F. & Raspe, H. (2004): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Welche Möglichkeiten bietet das neue SGB IX? Neurologie & Rehabilitation 6, 320–322.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003): Lehrbuch Evaluation. Bern: Huber.
- Zech, R. (2015): Qualitätsmanagement und gute Arbeit. Springer: Wiesbaden.

## Online-Quellen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2011). Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstö-

rungen (USES). [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/049-006l\\_S2k\\_Sprachentwicklungsstoerungen\\_Diagnostik\\_2013-06\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06_01.pdf) (Zugriff am 1.10.2015).

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015): Leitlinienregister. <http://www.awmf-online.de> (Zugriff 1.10.2015).
- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch. <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BJNR001950896.html> (Zugriff am 1.10.2015).
- Dbl/dbs 2013: Standards für den Erwerb klinisch-praktischer Kompetenzen in der Logopädie/Sprachtherapie. Ein gemeinsames Grundsatzpapier von dbl und dbs. [http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Bilder/Service/Meldungen/2013/GRUNDSATZPAPIER\\_dbl\\_dbs\\_Final\\_Version\\_Klinisch\\_praktische\\_Kompetenzen.pdf](http://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Bilder/Service/Meldungen/2013/GRUNDSATZPAPIER_dbl_dbs_Final_Version_Klinisch_praktische_Kompetenzen.pdf) (Zugriff am 1.10.2015).
- DeGEval –Deutsche Gesellschaft für Evaluation e. V. (2008) (Hrsg.): Standards für Evaluation. Mainz. (Zugriff am 1.10.2015).
- DIMDI (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations-GmbH. (Zugriff am 1.10.2015).
- (RV-S) Rahmenverträge über die Durchführung der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie vom 07.05.1992, in der Fassung vom 16.03.2015, [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/heilberufe/vertraege/logopaedie/rv\\_logopaed\\_01\\_04\\_2015.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/heilberufe/vertraege/logopaedie/rv_logopaed_01_04_2015.pdf). Zugriff (Zugriff am 1.10.2015).
- Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in der Fassung vom 01.07.2013. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/heilmittel/heilmittel\\_rahmenempfehlungen/heilmittel\\_logopaeden/2013-06-04\\_-\\_Empfehlungstext\\_U-Fassung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/heilmittel_logopaeden/2013-06-04_-_Empfehlungstext_U-Fassung.pdf) (Zugriff am 1.10.2015).