

Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis

**- Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement -
Stand Mai 2009**

**Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
Ausschuss Qualitätssicherung**

Vorbemerkung

Das vorliegende Papier „Qualitätsrelevante Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis - Orientierungshilfe zum Qualitätsmanagement“ orientiert sich am Alltag einer psychotherapeutischen Praxis. Ziel ist es, ein schlankes, an den beteiligten Personen - Patient und Therapeut - und an den Inhalten des psychotherapeutischen Prozesses ausgerichtetes Konzept für ein praxisinternes Qualitätsmanagement anzubieten. Die Leser sollen sich aufgefordert fühlen, die eigene Praxis mit den Ausführungen zu vergleichen, Anregungen aufzugreifen, zu konkretisieren oder zu modifizieren. In einem nächsten Schritt ist dann das Qualitätsmanagement der Praxis in einem Qualitätsmanagementhandbuch darzulegen. Hierfür können die Musterhandbücher verwendet werden.

Die Psychotherapeutenkammer Niedersachsen unterstützt ihre Mitglieder mit den Orientierungshilfen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung und zielt mit der Definition qualitätsrelevanter Bereiche der Psychotherapie an, das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Qualitätssicherung zu schärfen sowie unter den Kollegen einen breiten Konsensualisierungsprozess anzustoßen. Die Darstellung qualitätsrelevanter Aspekte in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis ist als Empfehlung für die Umsetzung des vom Gesetzgeber geforderten internen Qualitätsmanagements zu verstehen. Sich auf dieser Basis mit Qualitätsmanagement zu beschäftigen, mit Kollegen zu diskutieren, die Praxis zu strukturieren und ein Praxis-Handbuch zu erstellen kann einen Prozess in Gang setzen, der Spaß macht!

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung

- 1.1 Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung
- 1.2 Leitbild der Praxis
- 1.3 Unternehmensziele
- 1.4 Qualitätsziele und Qualitätspolitik

2. Interne Strukturqualität

- 2.1 Lage und Erreichbarkeit der Praxis
- 2.2 Ausstattung der Praxis
- 2.3 Leistungsangebote und Öffentliche Präsentation der Praxis
- 2.4 Fortbildung
- 2.5 Praxisführung
- 2.6 Beschwerdemanagement
- 2.7 Fehlermanagement
- 2.8 Umgang mit Notfällen

3. Interne Prozessqualität

- 3.1 Kontaktaufnahme
- 3.2 Erstgespräch
- 3.3 Diagnostik und Indikationsstellung
 - 3.3.1 Anamnese und Basisdokumentation
 - 3.3.2 Diagnostik
 - 3.3.3 Ätiologie und Aufrechterhaltung der Störung
 - 3.3.4 Indikationsstellung, Prognose und Therapieplanung
 - 3.3.5 Antrag auf Kostenübernahme
- 3.4 Behandlung
 - 3.4.1 Durchführung der Behandlung
 - 3.4.2 Kontinuierliche Wirksamkeitsprüfung / Evaluation
- 3.5 Beendigung der Behandlung
- 3.6 Dokumentation

4. Interne Ergebnisqualität

5. Externe Qualitätssicherung

6. Literatur

7. Anhänge

Legende für die Kennzeichnung der Dokumente im
Qualitätsmanagementhandbuch

Beispiel Muster-Dokumente: Formblatt Diagnostik

Kurzübersicht bzgl. der Ausstattung eines Spielzimmers

1. Einführung

1.1 Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung

Bereits im Gesundheitsreformgesetz von 1989, im Gesundheitsstrukturgesetz von 1994 sowie im SGB 5 § 135 ff (letzte Änderung durch das Gesetz vom 22.12.1999) wurde die Pflicht zur Qualitätssicherung in den Institutionen der Gesundheitsversorgung verankert. In § 135a Abs. 2 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 19. 11. 2003 wird für Leistungserbringer der Nachweis von Qualitätssicherung gesetzlich festgeschrieben. Im Oktober 2005 wurde die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“ verabschiedet, die seit dem 01. 01. 2006 in Kraft ist. Auch das Kammergesetz für Heilberufe, die Kammerstatut der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen und die Berufsordnung verpflichten zur Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung ist in der Psychotherapie nichts völlig Neues, da sich Psychotherapeuten auch in der Vergangenheit qualitätssichernd betätigt haben. So ist jede Fort- und Weiterbildung, jede Supervision und jede sorgfältig erstellte Diagnostik und Therapieplanung, jeder Bericht an den Gutachter eine Maßnahme der Qualitätssicherung. An dieser Stelle will der Qualitätssicherungsausschuss die Mitglieder der PKN jedoch in systematischer Form mit den Charakteristika eines Qualitätssicherungsprozesses im Sinne des "total quality managements" vertraut machen.

Qualitätssicherung in der Psychotherapie zielt auf die Gewährleistung einer humanen, wirksamen und wirtschaftlichen psychotherapeutischen Versorgung.

Qualitätssicherung ist nicht unter dem Aspekt des Herstellens eines Qualitätsprodukts zu sehen, sondern grundsätzlich als ein Prozess zu verstehen, bei dem die Durchführung von Maßnahmen zur Erzielung von Qualität und die Evaluation der erzielten Qualität als Teilkomponenten eines rückgekoppelten Prozesses zu sehen sind (siehe Abb. 1)

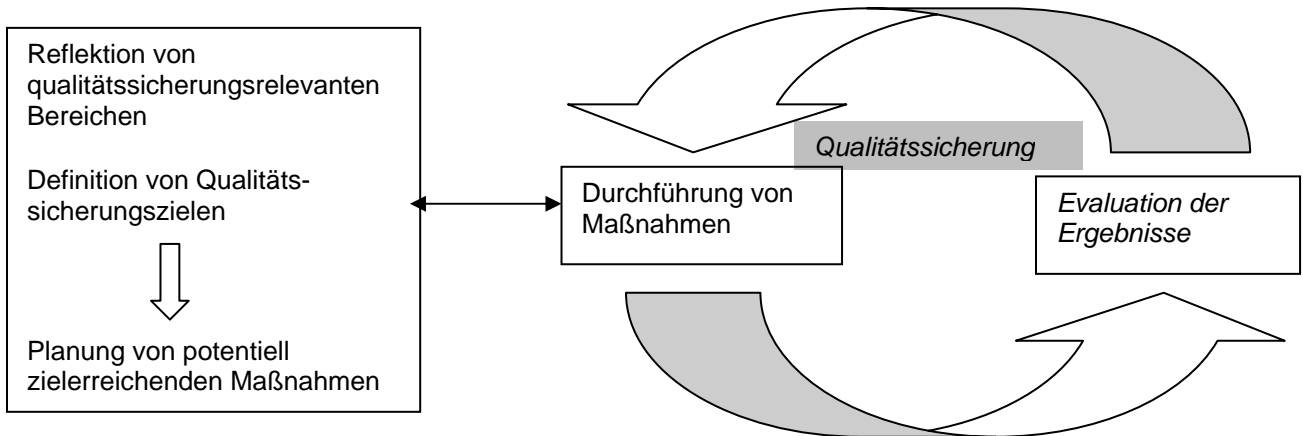


Abb. 1: Der Qualitätssicherungsprozess

Es werden üblicherweise drei Ebenen der Qualität unterschieden:

- die Strukturqualität,
- die Prozessqualität und
- die Ergebnisqualität (Donabedian, 1996).

Diese werden jeweils nach interner Qualitätssicherung, die vom Leistungserbringer, z.B. dem Inhaber einer Psychotherapiepraxis selbst durchgeführt wird, und externer Qualitätssicherung, die von anderen, z.B. Krankenkassen oder Rentenversicherern organisiert wird, untergliedert.

Die **Strukturqualität** bezieht sich auf Bereiche wie Personalausstattung (z.B. Therapeuten: wer, wie viele, welche Ausbildung, anderes Personal: Praktikanten, Sekretärinnen, Praxishilfskräfte usw.) und die materiellen Rahmenbedingungen (Räume, Bibliothek, Testothek etc.) des Therapiesettings.

Die **Prozessqualität** bezieht sich auf die Durchführungsbedingungen von Diagnostik und Therapie. Relevante Aspekte sind z.B. die Supervision, Intervision, theoretische Reflektion, Fort- und Weiterbildung, d.h. alle Bedingungen, die geeignet sind, eine hohe Qualität im Prozess der psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten.

Die **Ergebnisqualität** betrifft die Frage, inwieweit die Therapie zu den gewünschten Zielen der Behandlung geführt hat. Hier geht es um Parameter der Besserung, Beeinträchtigungsminderung bzw. Lebensqualitätserhöhung durch die Therapie. Abweichend von forschungsbasierter Evaluation mit nomothetisch oder technologisch relevanten Ergebnissen geht es hier um die Überprüfung der Therapieergebnisse der individuellen Patienten in der konkreten Praxis eines

niedergelassenen Psychotherapeuten. Zur Überprüfung könnten psychometrische Testdaten, subjektive Erfolgsbeurteilungen von Patienten oder Therapeuten zum Ende der Therapie und in Katamnesen herangezogen werden.

Was als **Qualitätsziel** gilt, ist Ergebnis einer Konsensfindung innerhalb einer mehr oder weniger umfassenden Gruppierung der an der psychotherapeutischen Versorgung Beteiligten. Diese Gruppierung umfasst 1. die direkt Beteiligten: Patient und Therapeut; 2. die hinter ihnen stehenden Gruppen Patientenschaft und Therapeuteschaft und 3. die Kostenträger der Behandlung. Qualitätsziele beschreiben die Qualitätsstandards der Praxis.

Qualitätsmanagement ist die schrittweise Umsetzung von Qualitätszielen in einen konkreten Ablauf. Es werden Maßnahmen beschrieben, mit denen die Ziele erreicht werden können. Dadurch werden **Indikatoren** gebildet, an denen Qualität gemessen werden kann.

1.2 Leitbild der Praxis

Das Leitbild der Praxis (die Praxisphilosophie) wird von der Praxisführung vorgegeben und bestimmt die Qualitätspolitik, die im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement umgesetzt wird. Für das Leitbild sind das Menschenbild des Therapeuten sowie seine Festlegung der Sollwerte der Qualität von Bedeutung. Daraus leiten sich Unternehmensziele, Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätspolitik sowie Maßnahmen zur Feststellung der Zielerreichung ab.

1.3 Unternehmensziele

Unternehmensziele untergliedern sich in Ziele, die den psychotherapeutischen Prozess mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betreffen sowie in betriebswirtschaftliche Unternehmensziele.

1.4 Qualitätsziele und Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik dieser Praxis zielt auf die Realisierung einer humanen, wirksamen, wirtschaftlichen, an den wissenschaftlichen Standards ausgerichteten psychotherapeutischen Versorgung. Zur Qualitätssicherung ist ein internes Qualitätsmanagement etabliert worden, das sich an den Vorgaben des § 3 (2) der Musterberufsordnung bzw. der Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer xxx

sowie an der Qualitätsmanagement-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (2006) orientiert.

Qualitätssicherung wird grundsätzlich als Prozess verstanden, bei dem die Durchführung von Maßnahmen zur Erzielung von Qualität und die Evaluation der erzielten Qualität als Teilkomponenten eines rückgekoppelten Prozesses gesehen werden. Unterschieden werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Qualitätsziele dieser Praxis auf dem Hintergrund der Qualitätspolitik sind – einzelfallorientiert - das Ergebnis einer Konsensfindung zwischen den beteiligten Patienten und dem Therapeuten sowie den Kostenträgern. Alle Maßnahmen der Qualitätssicherung zielen darauf ab, diese zu realisieren und eine systematische Patientenorientierung zu gewährleisten.

Patienten sollen sich darin unterstützt fühlen, ihr körperlich-seelisches Gleichgewicht wieder herzustellen und eine bestmögliche Lebensqualität und Lebenszufriedenheit zu erreichen. Gleichzeitig soll der Praxisinhaber durch die Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Arbeitsalltag entlastet und unterstützt werden, so dass auch seine psychophysische Gesundheit langfristig erhalten bleibt.

2. Interne Strukturqualität

Interne Qualitätssicherung beginnt mit der strukturellen Organisation der psychotherapeutischen Praxis. Unter Strukturqualität werden die lagebezogenen, räumlichen, personellen, technisch-materiellen und organisatorischen Bedingungen verstanden, unter denen ein psychotherapeutisches Angebot erbracht und optimiert werden soll.

2.1 Lage und Erreichbarkeit der Praxis

Je nachdem, ob sich die Praxis im ländlichen oder im städtischen Bereich befindet, ist die wünschenswerte Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln sicherlich mehr oder weniger gut zu gewährleisten. Parkplätze in der Nähe der Praxis sowie ein behindertengerechter Zugang zu den Praxisräumen sind weitere Kriterien für eine gute Lage.

2.2...Ausstattung der Praxis

Die räumliche Ausstattung soll sicherstellen, dass die Behandlung ungestört durchgeführt werden kann. Der Wartebereich kann, da es sich bei psychotherapeutischen Praxen um Bestellpraxen handelt, auch klein sein. Mit der Einrichtung des Warteraums kann der Therapeut seinen Patienten Gelegenheit zur Einstimmung auf die Therapiestunde bzw. zur Umstellung nach der Sitzung geben. Größe und Möblierung des Behandlungsraumes sollen zweckmäßig sein und sowohl eine freundliche Atmosphäre als auch ein professionelles Setting signalisieren. Werden Kinder behandelt, so ist dafür räumlich und materiell ein angemessenes Angebot für alle in Frage kommenden Altersstufen vorzuhalten, z.B. Darstellungsmaterial. Wird Personal beschäftigt, sind entsprechende Bestimmungen zu beachten. Um sicher zu stellen, dass in der Praxis befindliche Patientenunterlagen nur den dazu Befugten zugänglich sind, sind entsprechende Maßnahmen durchzuführen (z.B. Vorhalten sicherer, abschließbarer Schränke). Sind Patientendaten auf dem Computer gespeichert, so ist durch eine Passwortregelung der Zugang nur für Befugte zu gewährleisten. Vernetzung mit anderen Rechnern bedeutet in der Regel ein erhöhtes Sicherheitsrisiko.

Die Beschäftigung von Personal dient der Entlastung des Therapeuten von begleitenden Tätigkeiten, z.B. Schreibarbeiten, Abrechnung, Testauswertung, Wartung und Reinigung zu Gunsten seiner therapeutischen Arbeit. Sinnvoll ist es, im

Rahmen des Arbeitsvertrages eine schriftliche Verpflichtungserklärung darüber einzuholen, dass über alle Vorgänge im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis, auch nach dessen Beendigung, Stillschweigen zu wahren ist.

Technische Geräte wie Telefon, Anrufbeantworter, Computer mit einschlägigen Programmen zur Praxisverwaltung, ggf. auch zur Verwendung bei Testdurchführungen, Ton- und Bildaufzeichnungsgeräte können zur korrekten Durchführung aller erforderlichen Arbeiten beitragen. Eine Grundausstattung an Fachzeitschriften, Fachbüchern und Testverfahren unterstützt die professionelle Praxisführung. Die Angemessenheit des Einsatzes technischer Hilfen im Vergleich zur persönlichen Leistungserbringung ist zu prüfen.

2.3 Leistungsangebote und öffentliche Präsentation der Praxis

Das Leistungsangebot der Praxis an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, IGeL-Leistungen, Beratung etc. sowie besondere Service-Angebote sollen schriftlich formuliert vorliegen und jederzeit für Patienten zugänglich sein.

Öffentliche Informationen über die Praxis müssen den Vorgaben der Berufsordnung der PKN (§ 24) entsprechen. Ein gut sichtbares Praxisschild erleichtert die Auffindbarkeit der Praxis beim ersten Termin und informiert über den Praxisinhaber (PP oder/und KJP), das Angebot der Praxis sowie u.U. über eine besondere Schwerpunktsetzung. Ankündigungsfähige Zusatzbezeichnungen haben hier ihren Platz. Die Verbreitung aktueller Informationen über die Praxis in Beratungsstellen, bei Fach- und Hausärzten, in Kliniken, Selbsthilfegruppen etc. erleichtern die Suche nach dem passenden Therapeuten.

2.4 Fortbildung

Der Praxisinhaber hat durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung sicherzustellen, dass der aktuelle fachliche Standard bei Psychotherapeuten und Mitarbeitern gewahrt wird. Zu den Maßnahmen zählen neben Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auch Intervision, Supervision und Qualitätszirkelarbeit.

2.5 Praxisführung

Aufgabe der Praxisführung ist es, die Kenntnis und Einhaltung rechtlicher, berufsrechtlicher und gesetzlicher Vorgaben in der Psychotherapie sicherzustellen

sowie Datenschutz- und Datensicherheit, Hygienevorschriften, Brand- und Arbeitsschutz zu beachten. Für einen störungsfreien Betrieb der Technik ist zu sorgen. Vorratshaltung und Beschaffung von Verbrauchs- und Arbeitsmaterialien sind zu regeln. Eine ordnungsgemäße Abrechnung sowohl von GOÄ- als auch von EBM- und IGeL-Leistungen muss gewährleistet sein, ebenso die Kostenregelung für vakante Sitzungen. Die regelmäßige Überprüfung der Leistungserbringung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten sichert die wirtschaftliche Situation der Praxis. Gemeinsame Kommunikation i. S. eines fachlichen Austausches mit Dritten über die Behandlung eines konkreten Patienten (z. B. Arztbriefe, Intervention, Supervision) bedarf der Zustimmung des Patienten. Im Falle von Intervention oder Supervision muss darüber hinaus die Kommunikation in anonymisierter Form stattfinden. Im Interesse einer optimalen Patientenversorgung sowie im Eigeninteresse sollte die Praxisführung bei der Terminplanung durch ausreichend Pausen sowie durch die Einhaltung geregelter Arbeitszeiten die eigenen Belastungsgrenzen achten und schützen.

2.6 Beschwerdemanagement

Grundsätzlich sollte es Patienten und Mitarbeitern möglich sein, sich sowohl persönlich wie auch anonym zu äußern, wenn sie mit bestimmten Abläufen, Behandlungen etc. unzufrieden sind. Neben dem persönlichen Gespräch sollte die Praxis hier auch ein System zur Verfügung stellen, das, wenn dies gewünscht ist, die Anonymität einer Beschwerde sicherstellt. Eingegangene Beschwerden sollten ernsthaft geprüft und ggf. als Anregungen für Veränderungen aufgegriffen werden.

2.7 Fehlermanagement

Fehler- oder Beinahefehler im Praxisablauf und im Umgang mit Patienten werden dokumentiert und zeitnah Maßnahmen zu ihrer Beseitigung eingeleitet sowie deren Erfolg überprüft.

2.8 Umgang mit Notfällen

Die Praxisführung hält Strategien und Informationen für den Umgang mit Notfällen bereit. Lassen sich an Notfällen typische Risikosituationen erkennen (z. B. Gefahr von Stürzen), sind diese Gefahrenquellen unverzüglich zu beheben.

3. Interne Prozessqualität

Interne Prozessqualität soll die Voraussetzungen für hohe fachliche Standards und die an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Durchführung psychodiagnostischer und psychotherapeutischer Maßnahmen in der Praxis sicherstellen.

3.1 Kontaktaufnahme

Maßnahmen zur Herstellung von hoher Prozessqualität betreffen den Erstkontakt und alle weiteren Stationen der Patientenbehandlung bis hin zur Katamnese. Bereits bei der Herstellung des Erstkontaktes kann der Psychotherapeut seinen Patienten erste Erfahrungen vermitteln, die generelle Wirkfaktoren von Psychotherapie realisieren. Mit dem ersten Anruf bei einem Psychotherapeuten erhält der Patient einen Eindruck von der Organisation der Praxis. Die Beantwortung von Anrufen sollte so gestaltet sein, dass der Anrufende Vertrauen entwickelt und sich bestätigt fühlen kann in der Entscheidung, sich zur Bewältigung seiner Symptome, Schwierigkeiten und Beschwerden Hilfe suchend an einen Psychotherapeuten zu wenden. Dies ist erreichbar, wenn eine Bürokräft das Gespräch entgegen nimmt, oder wenn der erste Anruf auf einen Anrufbeantworter trifft. Persönliche Sprechzeiten sollten so organisiert sein, dass der Anrufende den Therapeuten zeitnah und verlässlich erreichen kann. Dies ermöglichen z. B. zwei oder drei, auch relativ kurze Sprechzeiten innerhalb einer Woche zu unterschiedlichen Tageszeiten. Ein störungsfreies Setting sollte während dieser Zeit sichergestellt sein. Nachrichten auf Band sollten dokumentiert werden und über durchgeführte Telefongespräche eine Gesprächsnotiz verfasst werden.

Wird ein Erstgespräch verabredet, folgen Informationen und Absprachen über das weitere konkrete Vorgehen: Termin, Hinweise für einen störungsfreien Ablauf. Falls mehrere Personen in die Problematik involviert sind, ist zu verabreden, wer zum Erstgespräch erscheint.

Bereits im ersten Telefonkontakt, jedoch spätestens im Verlauf der probatorischen Sitzungen, informiert der Therapeut den Patienten / die Bezugsperson über das Versorgungsangebot der Praxis, Schwerpunktsetzung und Wartezeiten. Ggf. erfolgt ein Verweis auf alternative Behandlungsmöglichkeiten. Der Therapeut sollte dabei auf Therapieplatzvermittlungsstellen, Therapeutenlisten der Krankenkassen, die Gelben Seiten bzw. das Telefonbuch verweisen.

3.2 Erstgespräch

Viele Patienten sehen mit einer eher ängstlichen Erwartung und einer gewissen Verunsicherung dem Erstgespräch entgegen. Aus diesem Grund sollte der Therapeut bemüht sein, eine freundliche und entspannte Atmosphäre zu realisieren. Der Patient sollte durch die Gestaltung des Erstgesprächs die persönliche Arbeitsweise des Therapeuten kennen lernen können, die geeignet sein sollte, die Motivation zur Therapieaufnahme zu fördern.

Am Ende des Erstgesprächs sollte der Patient den Eindruck gewonnen haben, dass er sein Problem hat schildern können, verstanden wurde und die Informationen erhalten hat, die ihm die nächsten Schritte zur Entscheidung über die Therapieaufnahme erleichtern. Hierzu gehören Informationen zum Setting, Vorschläge zur Frequenz der Kontakte, zur Dauer einer Therapie, zu den Kosten und zur Finanzierung. Im Falle der Inanspruchnahme Gesetzlicher Krankenkassen sollte im Erstgespräch eine Information über das Antrags-, Gutachter- und Abrechnungsverfahren (inklusive Einlesen der Chipkarte) erfolgen.

Die Zusicherung der Verschwiegenheit und der Hinweis auf mögliche Ausnahmesituationen gehört zur pflichtgemäßen Aufklärung (§ 11 BO PKN).

Alle Maßnahmen, die die Zustimmung des Patienten erfordern, wie Mitschnitt der Sitzungen auf Datenträgern oder Weitergabe von Daten an Dritte, Vereinbarung eines Honorars für vakante Sitzungen und letztlich die Entscheidung zur gemeinsamen therapeutischen Arbeit, sind so zu besprechen, dass der Patient ausreichend informiert seine Entscheidung treffen kann.

Am Ende des Erstgesprächs sollte der Therapeut sich die Informationen verschafft haben, die es ihm ermöglichen, dem Patienten weitere Schritte vorzuschlagen. Kommt der Therapeut zu dem Schluss, dass er selbst bei der Lösung des Problems nicht hilfreich sein kann, so hat er den Patienten darüber zu informieren und ggf. alternative Therapie- und Beratungsmöglichkeiten zu eröffnen. Hält er weitere diagnostische bzw. probatorische Sitzungen für erforderlich, so sollte er ein entsprechendes Angebot explizit formulieren. Am Ende des Erstgesprächs sollte er erste Hypothesen über die Problemlage des Patienten bilden, um weitere Schritte bezüglich der Diagnostik und Durchführung der probatorischen Sitzungen planen zu können.

Das Erstgespräch ist angemessen zu dokumentieren.

3.3 Diagnostik und Indikationsstellung

Die im Folgenden thematisierten Aufgabenbereiche der Diagnostik sollten nach Maßgabe der professionellen Standards innerhalb der verschiedenen Therapieverfahren gestaltet werden. Dabei wird die Heranziehung auch objektiverer diagnostischer Informationen befürwortet (z.B. Fragebogenverfahren).

3.3.1 Anamnese und Basisdokumentation

Die Basisdokumentation dient dem Ziel, die für den weiteren Verlauf der Diagnostik und Behandlung relevanten Grundinformationen zu erfassen und festzuhalten, so dass jederzeit darauf zurückgegriffen werden kann. Dabei geht es um folgende Daten:

- Patientenbasisdaten (Alter, Geschlecht, Beruf, Zuweisungsmodus etc.)
- Anlass der Konsultation
- anamnestische Daten
- psychologische Vorbefunde
- relevante medizinische Vorbefunde (Konsiliarbericht)
- derzeitige Medikamente und Suchtmittel

Die Verwendung von Formularen bietet sich zur organisatorischen Vereinfachung an. Modellhafte Instrumente liegen vor und können adaptiert werden. Auch die in Abrechnungsprogrammen enthaltenen Auflistungsmöglichkeiten erfüllen diesen Zweck.

3.3.2 Diagnostik

Die Diagnosestellung für die Antragstellung im Rahmen der GKV und der Privatbehandlung sollte nach Vorgaben der ICD erfolgen. Die Reliabilität der Diagnose wird durch die Verwendung strukturierter Instrumente zur Befunderhebung verbessert. Hier können störungsübergreifende und störungsspezifische Verfahren unterschieden werden. Des Weiteren sind diese Verfahren nach ihrem methodischen Vorgehen zu unterscheiden, z.B. Interviews und psychometrische Verfahren. Auch Selfreport-Instrumente oder Fremdeinschätzungen können eingesetzt werden.

Prinzipiell gelten die Ausführungen auch für die Diagnostik bei Kindern. Insbesondere in der Verhaltenstherapie sind Selbstbeobachtungsinstrumente wie Tagebücher und der situationsspezifische Einsatz von Selbsteinschätzungsskalen (z.B. Angstthermometer) von hoher Bedeutung für Diagnostik und Therapie.

Die Entscheidung für die Verwendung konkreter diagnostischer Hilfsmittel wie Tests oder Fragebögen, in Papierform oder via PC (z. B. Figurationsanalyse von Grawe & Baltensberger; AKQUASI, Hogrefe Testsystem) ist so zu treffen, dass für den jeweiligen Fall aussagefähige Daten zusammengetragen werden.

Die PKN empfiehlt, auf den Einsatz von reliablen und validen Instrumenten zur Störungsbeschreibung, die objektivierbare Daten mit referenziellen Informationen erbringen, nicht zu verzichten.

3.3.3 Ätiologie und Aufrechterhaltung der Störung

Neben den bereits beschriebenen Diagnostikinstrumenten und Befundbereichen sind die klinischen Interviews bzw. die Inhalte der probatorischen Sitzungen eine wesentliche Quelle für die Entwicklung des Modells der individuellen Störung. In der Verhaltenstherapie bietet sich hier die Verhaltens- oder Problemanalyse, wie sie z.B. in Bartling (1998) und Schulte (2005) ausführlich beschrieben wird, als Methode zur Befunderhebung wie Befundauswertung an.

Die tiefenpsychologischen Verfahren bestimmen die Psychodynamik des Patienten unter Nutzung verschiedenster Informationen aus der Konflikt-, Abwehr-, Widerstands- sowie Übertragungs- / Gegenübertragungsanalyse.

3.3.4 Indikationsstellung, Prognose und Therapieplanung

Die Ergebnisse der Diagnostik unter Einbeziehung des Konsiliarberichtes sollen in den psychischen Befund, die Verhaltensanalyse bzw. Psychodynamik und eine Diagnose, ggf. mit differentialdiagnostischer Abgrenzung, münden. Dabei ist die Entscheidung zu treffen, ob eine krankheitswertige Störung i. S. der Psychotherapierichtlinien vorliegt, wenn eine Behandlung auf Kosten der Krankenkasse durchgeführt werden soll.

Ziele des Patienten und Ziele des Therapeuten sollten verfahrensspezifisch erarbeitet und zwischen Patient und Therapeut abgestimmt werden. Auf dieser Basis ist ein Behandlungsplan zu erstellen, wobei die geplante Kurz- oder Langzeittherapie zu begründen ist. Auch die Einbeziehung von Bezugspersonen des Patienten in die Therapie ist zu klären.

Die Prognose für eine psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung von Entwicklungsmöglichkeiten, Flexibilität, Krankheitseinsicht und Motivation des Patienten ist einzuschätzen.

Im Falle einer beabsichtigten ambulanten Behandlung sollte hier das Angebot für die therapeutische Zusammenarbeit erfolgen und der Pat. über das angebotene Therapieverfahren informiert werden. Ggf. sind Behandlungsalternativen zu reflektieren (z. B. Suchtberatungsstelle, stationäre Therapie).

Die Entscheidung, eine Therapie durchzuführen, ist gemeinsam zu treffen. Für den Bereich der Kinderbehandlung gilt es, einen Konsens mit den Eltern herzustellen, insbesondere mit beiden sorgeberechtigten Elternteilen im Falle der Trennung. Bei Aufnahme der Therapie sind jetzt Fragen des Settings wie Frequenz der Sitzungen, Verabredung von Terminen etc. zu klären. Das Antrags- bzw. ggf. das Gutachterverfahren sind einzuleiten.

Auf Seiten des Patienten findet in der diagnostischen bzw. probatorischen Phase der Therapie ein modellhaftes Erleben von Psychotherapie mit dem speziellen Therapeuten statt. Die Interaktion bzw. Kommunikation in den probatorischen Sitzungen stellt somit für den Patienten auch eine Erfahrung dar, die zu seiner Entscheidung, eine Therapie bei dem speziellen Therapeuten zu beginnen, beiträgt. Auf Seiten des Therapeuten ist die Wahrnehmung der Kommunikation bzw. von Kommunikationsstörungen und des Übertragungsgeschehens ein diagnostisches Instrument mit prognostischem Aussagewert und insofern ebenfalls ein Kriterium für die Entscheidung, die Therapie mit dem speziellen Patienten durchzuführen.

3.3.5 Antrag auf Kostenübernahme

Vor der Entscheidung zur Behandlungsaufnahme soll eine Aufklärung des Patienten über bisher erhobene Befunde und das weitere Vorgehen erfolgen. Die Aufklärung muss abgestimmt sein auf Befindlichkeit und Aufnahmefähigkeit des Patienten. Die Aufklärung umfasst auch die Klärung der Finanzierung. Dabei ist auf Abrechnungstransparenz Wert zu legen (z. B. durch Aushändigen einer Kopie der Abrechnung). Der Patient ist darauf aufmerksam zu machen, dass eine Informationsweitergabe an Dritte über die Therapie eine Schweigepflichtentbindung des Therapeuten (§ 8 BO) erfordert.

3.4 Behandlung

Die psychotherapeutische Behandlung verfolgt das Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung, die an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet ist und den Patienten in die Verantwortung für die Behandlung einbindet. Sie soll zweckmäßig

und wirtschaftlich sein und sich an den jeweils aktuellen Erkenntnissen aus Wissenschaft und Praxis ausrichten. Planung und Durchführung der Behandlung sollen sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren (z. B. awmf- oder degam-Leitlinien, Nationale Versorgungsleitlinie), um eine Rückkopplung mit klinischen und wissenschaftlichen Standards sicherzustellen. Für die Behandlung bietet es sich an, praxisinterne Behandlungspfade zu erarbeiten und ggf. spezielles Informationsmaterial für Patienten bereitzustellen.

3.4.1 Durchführung der Behandlung

Die psychotherapeutische Behandlung findet in regelmäßigen Sitzungen in der verabredeten Frequenz statt. Das konkrete Vorgehen ist individuell an den Therapiezielen und den persönlichen Gegebenheiten des Patienten ausgerichtet. Im Verlauf der Therapie hat sich der Therapeut stets zu vergewissern, ob ein weiterer Behandlungsbedarf und -wunsch sowie eine weitere Indikation bestehen. Die regelmäßige Dokumentation der Behandlungsdaten ist zu beachten.

3.4.2 ...Kontinuierliche Wirksamkeitsprüfung / Evaluation

Zur Verlaufskontrolle der Behandlung sollen in Abständen verfahrensspezifisch Daten erhoben werden. Die Ergebnisse können mit den Patienten rückgekoppelt werden und so ihrerseits Bestandteil des therapeutischen Prozesses sein.

3.5 Beendigung der Behandlung

Zeitpunkt und Modus des Abschlusses der Behandlung werden i. d. R. von Patient und Therapeut gemeinsam festgelegt. Ausgenommen hiervon sind Behandlungsabbrüche durch den Patienten oder die unvorhergesehene Beendigung der Behandlung durch Umzug etc. Die Planung der Abschlussphase richtet sich nach den Bedürfnissen und der persönlichen Entwicklung des Patienten in dieser Phase der Behandlung. Denkbar sind neben der Beendigung mit der letzten Stunde des Therapiekontingents im üblichen Zeittakt eine Reduzierung der Sitzungsfrequenz, eine zeitlich festgelegte Therapiepause bzw. Erprobungsphasen im Rahmen bestimmter Therapieziele. In einer Abschlusssitzung werden aus Therapeuten- und Patientenperspektive die Behandlungsergebnisse benannt, Erfolge und Schwierigkeiten besprochen. Die Auswertung der Veränderungsmessung kann diskutiert werden. Ggf. werden

Behandlungsalternativen bzw. weiterführende Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt und / oder vermittelt und Möglichkeiten zur Wiedervorstellung bei Rückfällen oder erneuten Problemen erörtert.

3.6 Dokumentation

Mit Abschluss der probatorischen Sitzungen sollten die Anamnese, eine differenzialdiagnostische Einschätzung, der psychische Befund, Verhaltens-, Bedingungs- und Funktionsanalyse bzw. Psychodynamik, Therapieziele mit Prognose und der Behandlungsplan in der Patientenakte dokumentiert vorliegen. Ein Bericht an den Gutachter der GKV oder der Beihilfe erfüllt diese Qualitätsanforderungen. Die Dokumentationspflicht besteht auch für den weiteren Therapieverlauf. Es ist zeitnah und nachvollziehbar zu dokumentieren. Dies ist rechtlich gefordert und dient u. a. auch dem Schutz des Behandlers, wenn es zu Überprüfungen oder Streitfällen kommt. Nur so kann nachgewiesen werden, dass lege artis gearbeitet wurde. Der Patient hat grundsätzlich ein Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen, was bei der Dokumentation zu berücksichtigen ist. Ausgenommen davon bleiben persönliche Aufzeichnungen des Therapeuten (vgl. Berufsordnung, §§ 7, 10). Es empfiehlt sich, zum einen eine Krankenakte zu führen (Dokumentation der Therapie mit Vereinbarungen, Diagnostik, Therapieschritten usw. bis zum Abschluss der Behandlung), und zum anderen deutlich davon getrennt eine Akte mit den persönlichen Aufzeichnungen anzulegen.

4. Interne Ergebnisqualität

Interne Ergebnisqualität orientiert sich an der Realisierung von operationalisierten Therapiezielen, die über die Veränderungsmessung im Behandlungsverlauf präsent sind. Zur Vervollständigung seiner Dokumentation schreibt der Therapeut eine Epikrise. Diese wird in der Patientenakte verwahrt, ggf. an zuweisende / mitbehandelnde Kollegen weitergeleitet. Hierbei ist die Schweigepflicht zu beachten. Schließlich wird mit dem Patienten in angemessenem zeitlichen Abstand eine Katamnese-sitzung vereinbart, durchgeführt und dokumentiert.

5. Externe Qualitätssicherung

Neben der Wahrnehmung und Selbstreflektion des Therapeuten bieten sich die Daten aus der Veränderungsmessung als Material für eine regelmäßige Reflektion des Therapieprozesses und der Entwicklung des Patienten an. Sie können in Intervention und Supervision besprochen werden und tragen damit zur Sicherung der externen Ergebnisqualität bei. Zusätzlich wird vorgeschlagen, die eigenen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Qualitätszirkeln zu diskutieren, die Diskussion zu protokollieren und in der jeweiligen Patientenakte als Dokument der Qualitätssicherung zu archivieren. §135 a Absatz 2 Satz 1 GMG - einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung - lässt sich so ökonomisch und praxisnah umsetzen.

Als bereits etablierte Maßnahme der externen Qualitätssicherung kann das Antrags- und Gutachterverfahren gelten.

6. Literatur (weiterführende)

Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. (1998). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.

Behnsen, E.; Bell, K.; Best, D.; Gerlach, H.; Schirmer, H.D.; Schmid, R. (Hrsg.) (ständig aktualisierte Loseblattsammlung). Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: R. v. Decker

Brähler, E. (Hrg.). (2002). Brickenkamp - Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen. Hogrefe

Donabedian, A. (1996). The effectiveness of quality assurance. International Journal of Qualified Health Care, 8 (4), 401-407.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2006). Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Deutsches Ärzteblatt PP, Jahrg. 2006, Heft 2.

Gerlach, Ferdinand M. 2001. Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Thieme.

Gesetzliche Krankenversicherung. Sozialgesetzbuch. 10. Auflage 2001. dtv.

Grawe, K. & Baltensberger, C. (1998). Die Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Erfolgsevaluation in der Therapiepraxis. In: Lairaiter & Vogel.

Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (2000). Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.

Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.) (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT.

Linster, H.-W., Härter, M. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) (2004). Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Beratung. Grundlagen – Methoden – Anwendung. Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, Fritz. 1997. Qualitätssicherung. In: Remschmidt, H. (Hg.). 1997. Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart.

Piechotta, B. (2004). Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? Qualitätsmanagement und Zertifizierung für Praxen von Psychoanalytikern. www.psychotherapie.org/piechotta/sisyphos.htm.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresberichte. Nomos-Verlag. Baden-Baden.

Schulte, D. (2005). Verhaltensanalyse und Indikationsstellung. In: Petermann, F. & Reinecker, H. (Hg). Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Hogrefe.

Seipel, Karl H. Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis: Ein Modell und seine kritische Evaluierung. In: Laireiter & Vogel.

Sulz, Serge K. D. 2001. Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. Psychotherapie, 6. Jahrg. 2001, Bd. 6 Heft 1.

7. Anhänge

Legende für die Kennzeichnung der Dokumente im Qualitätsmanagementhandbuch

Die Dokumente im Qualitätsmanagementhandbuch können analog der Orientierungshilfe durchnummeriert und geordnet werden. Teile des Textes der Orientierungshilfen können für IR, VA oder AA genutzt und mit bereits in der Praxis vorhandenen Materialien vervollständigt werden.

IR → Interne Regelungen sind komplexe Ablaufbeschreibungen, in denen die wesentlichen Prozesse der Praxis in ihren einzelnen Arbeitsschritten und besonders die Schnittstellen dargestellt werden. Für die Dokumentation können IR wahlweise als Flussdiagramm oder Tabelle visualisiert werden.

VA → Verfahrensanweisungen sind schriftlich formulierte Ablaufbeschreibungen, die sich auf einzelne Teile des Gesamtprozesses beziehen.

AA → Arbeitsanweisungen beschreiben konkrete Anforderungen an eine Aufgabe oder eine Person innerhalb einer Verfahrensanweisung.

FB → Formblätter

CL → Checklisten

Beispiel Muster-Dokumente: Formblatt Diagnostik

Patient: Geb-Dat.:	Probat. Sitzung	1. Testung	Wdh.- testung	Abschluss- testung	Katamnese
Klassifikatorische Diagnostik					
Störungsübergreifende Diagnostik					
Interaktions- und Beziehungsdiagnostik					
Störungsspezifische Diagnostik					
Projektive Tests					
Selbstbeobachtung					
Zielerreichungs- skalierung					

In die Spalten bitte das Testverfahren bzw. das Testdatum eintragen

Erstellt am: xx.xx.xx	Überarbeitet am: xx.xx.xx	Freigegeben am: xx.xx.xx	3.3 FB_Diagnostik
Erstellt von: <Name>	Überarbeitet von: <Name>	Freigegeben von: <Name>	Seite 1 von 1

Legende: Diagnostik Erwachsene (Auswahl)

Klassifikatorische Diagnostik

- DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. J. Margraf et al.
- Mini-DIPS: Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. J. Margraf. (1994).
- OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Arbeitskreis OPD. (2004).
- PSSI: Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar. J. Kuhl, M. Kazén. (1997).
- SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. H.-U. Wittchen et al. (1997).

Störungsübergreifende Diagnostik

- BSI: Brief Symptom Inventory zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. G.H. Franke. (2000).
- BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. H. Schepank (1995).
- FPI-R: Freiburger Persönlichkeitsinventar. J. Fahrenberg et al. (2001).
- MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory –2. S. R. Hathaway. (2000).
- SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. G. H. Franke. (2002).

Interaktions- und Beziehungsdiagnostik

- IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. L. M. Horowitz et al. (2000).
- OPD Achse II: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Arbeitskreis zur OPD. (2004).

Projektive Tests

- TAT: Thematic Apperception Test. H. A. Murray. (1991).

Störungsspezifische Diagnostik

Alkohol

- LAST: Lübecker Alkoholabhängigkeits und –Missbrauchs-Screening. H.-J. Rumpf et al. (1997).

Angst

- AKV: Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung. A. Ehlers, J. Margraf, D. Chambless. (2001).
- BAI: Beck-Angst-Inventar, J. Margraf, A. Ehlers. (2004).
- PAS: Panik- und Agoraphobieskala. B. Bandelow. (1997).

Borderline

- BPI: Borderline-Persönlichkeits-Inventar. F. Leichsenring. (1997).

Depression

- ADS: Allgemeine Depressions-Skala. M. Hautzinger & M. Bailer. (1993).
- BDI: Beck Depressions Inventar. M. Hautzinger et al. (2000).

Essstörung

- FEV: Fragebogen zum Essverhalten. V. Pudiel & J. Westenhöfer. (1989).
- IEG: Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen. J. Diehl & T. Staufenberg. (1999).
- SIAB-S: Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen. Fragebogen zur Selbstbeurteilung. M. Fichter & N. Quadflieg. (1999).

PTSD

- FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. H. J. Freyberger et al. (1999).
- PSS: PTSB Symptom Scale. E. B. Foa et al. (1993). Journal of Traumatic Stress Disorder, 6, 459-473. Dt. Version Steil & Ehlers in Vorbereitung bei Hogrefe.
- SKID-D. Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen. U. Gast et al. (2000).

Somatoforme Störungen

- SOMS: Screening für Somatoforme Störungen. W. Rief, W. Hiller & J. Heuser. (1997).

Schmerz

- KSI: Kieler Schmerz-Inventar. M. Hasenbring. (1994).
- SES: Schmerzempfindungs-Skala. E. Geissner. (1996).

Trauer

- PSWQ-PW: Penn State Worry Questionnaire – Past Week. J. Stöber & J. Bittencourt. (1989). Dt: Stöber.

Zwang

- HZI-K: Hamburger Zwangsinventar – Kurzform. R. Klepsch et al. (1993).

Intelligenzdiagnostik

- I-S-T 2000 R: Intelligenz-Struktur-Test 2000 R. Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B. & Amthauer, R. (2000).
- HAWIK R: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene - Revision. M. Tewes.

Leistungsdiagnostik

Legende: Diagnostik Kinder (Auswahl)

Umfassendes Testsystem

KIDS: Kinder-Diagnostik-System. M. Döpfner & H.-C. Steinhausen. 2004. Beinhaltet Störungsübergreifende Verfahren, diagnosegenerierende Verfahren, störungsspezifische Verfahren, Explorationsschemata und Beurteilungssysteme. Module: Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätsstörungen, Aggressiv-dissoziale Störungen, Angststörungen, Selbstwertprobleme und Depressivität, Autistische Störungen, Zwangsstörungen.

Projektive Zeichentests

BT-A: Baumtest nach Ave-Lallemant, U., 1996
 BT-K: Baumtest nach Koch, K., 1986
 FIT: Familie in Tieren, Brem-Gräser, L., 1957
 VF: Verzauberte Familie, Kos, M & Biermann, G., 1984
 WZT: Wartegg Zeichentest, Wartegg, E., 1976.

Projektive Spieltests

ScT: Scenotest, Staabs, G.v., 1964

Projektive Verbal-thematische Tests

A-TAT: Aggressions-TAT, Kornadt, H.-J., 1982
 C.A.T.: Kinder-Apperzeptions-Test, Bellak, L.; Bellak, S.S., 1955.
 Columbus: Analyse der Entwicklung zum Erwachsensein durch Bilddeutung, Langeveld, M.J., 1969
 F-M: Fabelmethode, Duess, L., 1942
 SET: Satzergänzungstest, Gruber, H. 1988
 SFT: Schwarzfuss-Test, Corman, L., 1992
 TAT: Thematischer Apperzeptionstest, Murray, H.A., 1971
 WET: Wartegg-Erzählungstest, Wartegg, E.

Projektive Farbtests

L-T: Lüscher-Test, Lüscher, M., 1971

Kurzübersicht bzgl. der Ausstattung eines Spielzimmers zur Durchführung der Psychotherapie mit Kindern / Jugendlichen im Alter von etwa 3,5 Jahre bis 14 Jahren

- Größe: Spiel- und Gestaltungsfläche, Platz zum Aufbewahren des Materials
- Wasseranschluss im Zimmer oder in unmittelbarer Nähe des Spielzimmers
-
- Grundausrüstung / optional
 -
 - o Tisch (idealerweise höhenverstellbar) zum Malen, Tonen, für Brettspiele, entsprechende Stühle
 - o Sandkasten
 - o evtl. Werkbank, sonst Werken am Tisch
 - o Kochgelegenheit (Kleine Kochplatte), Koch- und Essgeschirr
 - o Hängematte oder Hängeschaukel
 - o Schaumstoffwürfel, Kissen, Decke
 - o Puppenstube, Puppentheater
 - o Burg
 - o Kaufmannsladen
 - o Großer Spiegel (Selbstbild, Körperwahrnehmung)
 - o Gemütlich wirkender, jedoch hochstrapazierbarer Bodenbelag
 - o Stabile Regale zur Aufbewahrung von CD-Kassetten-Deck , Videokamera etc., wenn möglich Schiebetürschränke zur Regulierung des Reizangebotes
- Material
 - o Papier versch. Größe, Malblöcke, versch. Malstiftangebot (Holzfarben, Wachsmalstifte, Wasserfarben + Pinsel, Fingerfarben)
 - o Material zum Formen (Ton, Knete, Gips)
 - o Gestaltungsmaterial aller Art (auch Naturmaterialien), Kleber
 - o Holz, Speckstein + Werkzeug zur Bearbeitung
 - o Puppengeschirr, Babyflasche
 - o Playmobilfiguren (Polizei, Feuerwehr, Krankenhaus, Ritter, Soldaten, Menschen)
 - o Handpuppen , „normale“ Puppen
 - o Erste-Hilfe-Kasten (mit echtem Inhalt) für Rollenspiele
 - o Dart-Scheibe, Armbrust, Schaumstoffschwerter
 - o Verkleidungsmaterial in unterschiedlichen Größen für Rollenspiel, Rollenspielzubehör (Masken, Waffen, Zauberkugel, Lupe,...)
 - o Musik-Geräusch-Instrumente (Trommel, Rassel, Glockenspiel, Triangel...)
 - o Für das szenische Gestalten im Sand kleine Figuren (Autos, Tiere, Symbolgestalten)
 - o Strukturierte Spiele (Brett- Konstruktions- Geschicklichkeits-, Wissens-, Kartenspiele)
 - o Lebensmittelvorrat an schnell zubereitbaren beliebten Kinderspeisen (Griesbrei, Pudding, Spaghetti)
 - o Materialien für Bewegungsspiele (Hüpfseil, Hüpfball, Balancierscheibe...)

Anmerkungen

- * Neben der Bereitstellung von Raum und Material ist es selbstverständlich, das Material entsprechend aufzufüllen, zu reparieren und „auf dem Stand der Zeit“ zu halten.
- * Aufräumarbeiten nach jeder Therapiestunde sind so notwendig wie das Entfernen der chirurgischen Instrumente nach einem operativem Eingriff.
- * Kindliche Aktivität erfordert einen erheblichen Aufwand an Putzarbeiten