

G. Schüßler

Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie und im psychotherapeutischen Konsiliar/Liaisondienst

Zusammenfassung In der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Routinebehandlung ist die Struktur, Prozeß und Ergebnisqualität zu unterscheiden. Während die ambulante Psychotherapie eine hinreichende Strukturqualität erreicht hat, bestehen für den Bereich der Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie große Defizite. Prozeß und Ergebnisevaluation in der Routine sind eine große, aber notwendige Herausforderung der nächsten Zukunft.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, ambulante Psychotherapie, Konsiliar- und Liaisondienst (C/L).

Quality assurance in out-patient psychotherapy and consultation/liaison psychotherapy

Abstract As in other medical settings it is useful to differentiate quality assurance in routine psychotherapeutic treatment in structural, process and outcome quality. For out-patient psychotherapy the treatment basis is by now adequate. In consultation/liaison psychotherapy there exists a huge deficit concerning the structural basis. Process and outcome evaluation are a great – but necessary – challenge for the nearby future.

Keywords: Quality assurance, out-patient routine psychotherapy, consultation-liaison service.

La garantie de qualité en psychothérapie ambulatoire et dans les services de consultation et de liaison

Résumé La garantie de qualité en médecine et en psychothérapie n'en est qu'à ses débuts. Le terme de 'qualité' signifie toujours compétence, efficacité et adéquation au niveau du traitement, des procédures d'offre ou des résultats de la thérapie; il a donc valeur normative. On en distingue en principe différents niveaux interdépendants: qualité des structures ou des ressources, qualité des processus et qualité des résultats. L'OMS a recommandé que soient intégrés aux politiques nationales de la santé des programmes visant à garantir la qualité; l'Autriche et l'Allemagne, en autres, se sont conformées à cette recommandation. Concernant les médecins et les psychothérapeutes, la garantie de qualité implique toujours qu'ils soient disposés à accepter la critique, non en tant que dévalorisante mais comme objective et dans l'intérêt du patient. Tout contrôle de qualité exige obligatoirement que les responsables soient ouverts à une mise en question et prêts à travailler dans le cadre d'équipes interdisciplinaires.

En 1967, au moment de l'inclusion en Allemagne de la psychothérapie ambulatoire dans les prestations obligatoires des caisses, une procédure d'expertise fut exigée pour la première fois en rapport avec l'autorisation de traitements psychothérapeutiques ou de leur prolongation; elle sert au contrôle de qualité. En dépit

de nombreuses résistances, cette manière de procéder a fait et fait encore ses preuves. La requête pour une prise en charge de la psychothérapie indique les données fournies spontanément par le patient, son anamnèse et celle de ses troubles, son état psychique ainsi que l'évolution psychodynamique de ces derniers / une analyse de son comportement; elle comprend aussi un diagnostic fondé sur l'ICD-9 ou l'ICD-10. Elle contient également un plan de traitement et une définition des objectifs de la psychothérapie, ainsi qu'un pronostic. Ce genre de démarche, visant à contrôler et à garantir la qualité dans le quotidien de la pratique clinique, exige un fort investissement en temps et en argent. Il faut donc que ceux qui l'accomplissent reçoivent une compensation financière. Compte tenu de l'investissement requis pour établir un dossier, il est probablement peu réaliste d'exiger que l'ensemble de l'offre en psychothérapie soit inclus dans des programmes de garantie de qualité. Il semble plus utile d'établir des centres (services ambulatoires et cabinets de consultation) dans lesquels des modèles d'intervention et d'évaluation – approche thérapeutique comprise – puissent être élaborés. A long terme, l'objectif est de récolter des données concernant le degré d'efficacité (effets et concordance avec les objectifs) et d'efficience (rapport coûts-bénéfice).

Partout dans le monde l'offre en psychothérapie concentrée dans les services de consultation et de liaison situés dans des hôpitaux généraux n'en est qu'à ses débuts. Le fait que l'on manquait de données et de standards en rapport avec l'offre a inspiré la création, en 1988, de l'European Consultation and Liaison Work Group (ECLW). Une importante étude menée dans toute l'Europe a montré qu'en pratique, l'offre fournie par les hôpitaux n'est pas suffisante et que seule une petite partie des patients requérant un soutien psychothérapeutique est examinée par un spécialiste. Le taux moyen de consultation se situait entre 0.2 et 2.9% de tous les patients hospitalisés

alors que, selon des estimations prudentes, au moins 5-10% requièrent, durant leur hospitalisation, un diagnostic et/ou un traitement psychiatrique/psychothérapeutique. La garantie de la qualité doit donc intervenir d'abord au niveau de la qualité des ressources, ainsi qu'à celui du personnel à disposition – qui doit être suffisamment nombreux. Elle doit également inclure une organisation et une infrastructure suffisantes. Une seconde étude européenne est actuellement en cours; elle s'est fixé pour objectif d'élaborer des standards globalement valides, concernant l'offre psychosociale des services de consultation et de liaison.

1. Einleitung

Historisch betrachtet begann die Qualitätssicherung in der Medizin mit dem Eichgesetz für den Laborbereich und der gesundheitspolitischen Kritik an den Differenzen der perinatalen Mortalität. In nur wenigen medizinischen Bereichen hat die Qualitätssicherung einen zentralen und unumstrittenen Stellenwert erreicht, wie z.B. in der Perinatalversorgung. In anderen Bereichen, wie der Allgemeinchirurgie und der Herz-Thorax-Chirurgie, ist sie auf dem Wege dorthin (Schwartz et al., 1995). In vielen anderen Bereichen, so auch in der Psychotherapie, hat sie noch Aufbruchcharakter.

Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht. Diese aus der Technik abgeleitete Definition als deskriptiver funktionaler Begriff ist für die Medizin nicht stimmig. Qualität in der Medizin meint immer die Güte, Wertigkeit oder Adäquatheit der Behandlung, der Versorgungsabläufe oder von Behandlungsergebnissen, ist also normativ. Seit Donabedian (1966) unterscheiden wir drei Ebenen der Qualitätssicherung (s. Abb. 1).

Zur Sicherstellung einer hinreichenden guten medizinischen Versorgung hat die WHO folgende Empfehlungen an ihre Mitgliedsstaaten ausgesprochen: Die Übernahme von Qualitätssicherung in die nationale Gesundheitspolitik mit dem Ziel, die Versorgungsqualität tatsächlich zu erhöhen; die Veröffentlichung und Verbreitung regelmäßiger kritischer Berichte über die gewonnenen Ergebnisse; die Finanzierung der Forschung auf diesem Gebiet; die Koordination multidisziplinärer

Qualitätssicherungsprojekte; die Stimulation professioneller Gruppen und der Kostenträger diese Qualitätssicherungsprinzipien in wirksame Trainingsprogramme umzusetzen. Von der Realisierung dieser Empfehlungen sind die meisten Länder der WHO weit entfernt, obwohl z.B. die BRD und Österreich die Qualitätssicherung mittlerweile auch gesetzlich verankert haben.

Eine prozeß- und ergebnisbezogene Qualitätssicherung in der Routinetätigkeit setzt ein immer kontinuierliches Infragestellen der Qualität der Behandlung in allen wesentlichen Handlungsbereichen voraus. Dies bedeutet immer wiederkehrende Überprüfung des Handelns und Tuns. Die Vorstellung, daß mit der Approbation oder mit der Ausbildung in Psychotherapie für alle Zeit eine hinreichende Qualitätsstufe erreicht sei, muß bei dem rasanten wissenschaftlichen Fortschritt als überholt angesehen werden. Die inneren Widerstände der Behandler sind jedoch groß: „Der Patient zieht meine Fachkompetenz in Zweifel, er achtet mich gering.“ Dieses „narzißtische Problem“ der therapeutischen Unfehlbarkeit kann im Rahmen der Qualitätsforschung und -kontrolle nicht genug betont werden. Diese Widerstände scheinen in den deutschsprachigen Ländern noch größer zu sein als im anglo-amerikanischen Bereich, in dem es seit vielen Jahrzehnten gute Tradition ist, vor wichtigen medizinischen Eingriffen eine „Second Opinion“ einzuholen. Ärzte und Psychotherapeuten müssen es lernen, Kritik nicht als abwertend sondern als sachgerichtet und im Interesse des Patienten zu erleben. Dies gilt noch mehr für eine interdisziplinäre Versorgung, wie sie im Konsiliar-/Liaisondienst notwendig ist. Für die gesamte Medizin und Psychotherapie bedeutet dies einen Umbruch der bisherigen Berufsauffassung und -ausübung. Das Sich-in-Fragestellen-Lassen und die interdisziplinäre Teamarbeit sind zur Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung unerlässlich.

2. Qualitätskontrolle und Evaluation

Qualitätskontrolle meint die Erfassung der wesentlichen Behandlungsdaten mit Rückmeldung, während die Qualitätssicherung als Evaluation und Intervention darüber hinausgeht. Qualitätskontrolle zielt auf Information: Wie steht es um die Behandlung, die Pflege, die Patientenzufriedenheit, die Art der behandelten Erkrankungen? (s. Abb. 2).

- *Struktur- oder Ressourcenqualität:*
Personalstand, Ausbildungsstand, Organisation und Infrastruktur
- *Prozeßqualität:*
Qualität der durchgeführten Maßnahmen und Leistungen
- *Ergebnisqualität:*
Behandlungs- und Versorgungsergebnisse („outcome“)

Abb. 1. Drei Ebenen der Qualitätssicherung

Krankenhaus Praxis	Patientendokumentation Arzneimittelstatistik Behandlungsdokumentation Pflegedokumentation
Gesundheitsbehörde	staatliche Besuchskommission
Patient	Patientenbeschwerden Patientenbefragung
Forschung	Katamnese- und Langzeitstudien spezielle Untersuchungen

Abb. 2. Qualitätskontrolle: „Wie ist es um die ärztliche Behandlung, Pflege und Versorgung bestellt?“ Erfassung der wesentlichen Behandlungsdaten

Wie schwierig die Einrichtung eines derartigen Kontrollsystems auch in der Psychotherapie ist, beweist die Einführung der Gutachterverfahren in der Bundesrepublik Deutschland und zuletzt in Tirol. Mit der Einführung der ambulanten Psychotherapie als gesetzliche Kassenleistung in der Bundesrepublik 1967 tauchte die Frage auf, wie eine medizinisch indizierte Leistungserbringung, also Psychotherapie zur Behandlung von seelischen Störungen, abzugrenzen sei von der Psychotherapie im Sinne der Selbsterfahrung. Nach jahrelangen Auseinandersetzungen, die eigentlich bis heute unverändert fort dauern, gelang es, als Qualitätskontrolle ein Gutachterverfahren durchzusetzen (s. Abb. 3).

Im Rahmen dieses Verfahrens werden (z.B. für tiefenpsychologisch/analytische Behandlungen) die Beschwerden des Patienten, die Krankheitsanamnese, die Lebensgeschichte und ein ausführlicher psychischer Befund mit einer darauf aufbauenden Gesamtsicht der Erkrankung erhoben. Abschließend ist ein Behandlungsplan mit Prognose zu erarbeiten. Die Diagnose der seelischen Störungen wird derzeit noch nach ICD-9, künftig nach den Kriterien des ICD-10 gestellt werden. Dieser anonymisierte Bericht wird von einem Gutachter überprüft und erst dann wird die Genehmigung zu einer psychotherapeutischen Behandlung von den Kassen erteilt. Trotz zahlreicher Widerstände hat sich dieses Verfahren bis heute bewährt: Am Anfang eines therapeutischen Prozesses stehen die ausführliche Überlegung zum Therapieziel und die schriftliche Darstellung. Dieser Zwang zu einer vertieften Überlegung und schriftlichen Niederlegung kann für den therapeutischen Prozeß überaus hilfreich sein (Übersicht zum Gutachterverfahren bei Faber und Haarstrick, 1992).

Mit dieser Art von Qualitätskontrolle steht die ambulante Psychotherapie gemeinsam mit der prothetischen Versorgung in der Zahnheilkunde auf einsamen Feld. Nur in diesen Bereichen der medizinischen Versorgung wird im Vorfeld die Angemessenheit und Qualität der zu erbringenden Leistungen kontrolliert!

Alle Maßnahmen der Qualitätskontrolle und -sicherung sind im klinischen Praxisalltag mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Zusätzlich sind sie mit einer meist gering geschätzten Dokumentationsfähigkeit verknüpft. Es ist folglich notwendig für die Qualitätskontrolle und die damit verbundene Doku-

1. Spontanangaben des Patienten
2. Biographische Anamnese
3. Krankheitsanamnese
4. Psychischer Befund
5. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung / Verhaltensanalyse
6. Diagnose ICD 9 bzw. ICD 10
7. Behandlungsplan
8. Zielsetzung
9. Prognose

Abb. 3. Gutachterverfahren im Rahmen der kassenärztlichen Psychotherapie der BRD

mentation, dem Erbringer einen finanziellen Ausgleich zu gewähren, d.h. für die Erstellung eines Psychotherapeutantrages eine gewisse Summe zu entgelten – sonst wird sich zu Recht jeder weigern, seine Arbeitszeit der nichthonorierten Qualitätskontrolle zu opfern.

Von dieser Stufe der Qualitätskontrolle hin zu einer eigentlichen Qualitätssicherung der Psychotherapie, also der Evaluation, ist dieses psychotherapeutische Gutachterverfahren jedoch noch weit entfernt. Evaluation meint die Frage der Bewertung, also wie ist das Erreichte anhand von festgelegten Standards zu bewerten. Hierzu müssen erst Normen aus einem großen Datensatz gewonnen werden, seien es statistische Durchschnittswerte oder fachlich bzw. versorgungspolitisch begründete Zielvorstellungen. An diesen Soll-Werten ist dann der beobachtete Ist-Stand zu messen. Sofern es dann gelingt, Ziele zu standardisieren, werden Aussagen über den Grad der Effektivität (Wirkung, Zielerreichung) und Effizienz (Aufwand-Ertrag-Verhältnis) möglich. Daraus können dann Maßnahmen der Qualitätssicherung im eigentlichen Sinne als Interventionen umgesetzt werden, wie z.B. regelmäßige Besprechungen und Überprüfungen im Sinne von Qualitätszirkeln oder interkollegialen Beratungen bis hin zu Supervisionen (Bahrs et al., 1995). Diese innere Qualitätssicherung muß ergänzt werden durch eine externe Qualitätssicherung, z.B. die Überprüfung von Krankenhäusern durch Besuchskommissionen oder die Therapieevaluation durch unabhängige Gutachter (s. Abb. 4).

Evaluation und Intervention setzt die regelmäßige Rückmeldung aller wichtigen Daten und Befunde an die Betroffenen in der Versorgung voraus. Berücksichtigt man diesen Aufwand, so wird deutlich, daß es unmöglich ist, wahrscheinlich sogar kontraproduktiv, das gesamte Feld der medizinischen Versorgung „flächendeck-

- unabhängige Kommissionen
- interkollegialer Qualitätszirkel
- Supervision

Abb. 4. Evaluation (Bewertung) „Wie ist das Erreichte anhand von festgelegten Standards zu bewerten?“

kend“ mit Qualitätssicherungsprogrammen zu überzeugen. Es müssen also Zentren gebildet werden, um dann in diesen Schwerpunktkrankenhäusern oder Schwerpunktpraxen Modelle der Evaluation und Intervention mit den dazugehörigen Behandlungsstandards zu erarbeiten.

3. Folgerungen für die ambulante Psychotherapie und den psychotherapeutischen Konsiliar-/Liaisondienst

Evaluative Qualitätssicherung sollte auf Grund des großen damit verbundenen Aufwandes nur für therapeutische Verfahren eingesetzt werden, die keinen experimentellen Charakter mehr haben und in hinreichender Häufigkeit angewandt werden. Trifft dies nun für die Psychotherapie im ambulanten und klinischen Bereich zu?

Psychotherapie kann heute als eines der bezüglich seiner Effektivität am besten abgesicherten Therapieverfahren überhaupt gelten. Derzeit liegen über tausend kontrollierte Studien vor, die die Wirkung von Psychotherapie bei unterschiedlichen Störungen und in den unterschiedlichsten Anwendungsgebieten bestätigen (Bergin und Garfield, 1994). Psychotherapie in der ambulanten Praxis und im Konsiliar- und Liaisondienst hat damit den experimentellen Charakter weit überwunden und ist zu einer therapeutischen Routemaßnahme geworden. Qualitätssichernde Maßnahmen sind also in diesem Bereich angezeigt, insbesondere für den Konsiliar- und Liaisondienst, in dem es gilt, jenseits von begrenzten experimentellen Studien Standards für die Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität zu erarbeiten.

ad 1) Struktur- und Ressourcenqualität

Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten in der BRD, Österreich und Schweiz vervielfacht. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung hat bezüglich Personalstand und Infrastruktur damit einen ausreichenden Standard erreicht (oder ist dabei ihn zu erreichen). Ungelöst ist in Österreich der kostenfreie Zugang für alle Patienten zur Psychotherapie, da eine einheitliche Regelung im Rahmen der gesetzlichen Kassenversorgung fehlt. Psychotherapie ist damit unverändert nur finanziell Bemittelten vorbehalten (Ausnahme Tirol). Die Fragen zur Ausbildung und Organisation der Psychotherapeuten (Ärzte, Psychologen, andere Psychotherapeuten) sind kontrovers und können in diesem Rahmen nicht diskutiert werden.

Anders die Situation in der Konsiliar- und Liaisonpsychotherapie. Während im Anglo-Amerikanischen sich der Konsiliar- und Liaisondienst als Spezialgebiet der psychiatrischen Versorgung und Ausbildung etablierte, entwickelte sich im deutschsprachigen Raum eine Trennung in den psychiatrischen und den psychosomatisch/psychotherapeutischen Konsiliardienst. Wenn auch manchmal Abgrenzungsschwierigkeiten und Kämpfe bestehen, so hat sich diese Aufgabenteilung sowohl in Deutschland, Österreich als auch in der Schweiz bewährt.

Trotz ihrer Spezialisierung ist der anglo-amerikanische „Consultation Liaison Service“ auf die psychiatri-

sche Versorgung, also auf Patienten mit Psychosen und hirnorganischen Störungen, zugeschnitten. Die Bedarfszahlen, also das Verhältnis eines C-L Psychiaters auf die Anzahl der zu versorgenden Betten schwanken in unterschiedlichen Ländern erheblich, d.h. von einem C-L Psychiater auf 100 Betten in Belgien (im Gesundheitsplan festgeschrieben) bis zu einem C-L Psychiater auf 300 Betten (USA). Eine Übersicht zeigt, daß an 119 Kliniken in den USA ein derartiger Service besteht. Die Liaison-tätigkeit ist in den USA in den letzten 10 Jahren drastisch zurückgegangen, da sie nicht mehr hinreichend finanziert wird. Auch die ambulante Weiterbetreuung einzelner Patienten ist mehr als mangelhaft, nur ein geringer Teil der in Ausbildung stehenden Kollegen hat die Möglichkeit, hierbei Erfahrungen zu sammeln (Saravay, 1995).

Nun zur europäischen Situation: Der Mangel an empirischen Daten zur Quantität und Qualität der psychiatrisch/psychosomatischen Versorgung von Patienten in Allgemeinkrankenhäusern gab zur Gründung der European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) im Jahre 1988 Anlaß. Im Rahmen einer multizentrischen europaweiten Studie zur C-L-Tätigkeit ging es um eine umfassende Ermittlung der Einflüsse der Ausstattung, Ausrichtung und Verfügbarkeit dieser Dienste auf die Quantität und Qualität der C-L-Versorgung. Die Studie wurde im September 1994 abgeschlossen, europaweit konnten 14717 C-L-Episoden aus 56 C-L-Diensten in 11 Ländern erfaßt werden. In Deutschland wurden 2645 C-L-Episoden aus 11 C-L-Diensten mit 28 C-L-Praktikanten dokumentiert (Herzog et al., im Druck; Tabelle 1).

Die Ergebnisse zeigen, daß die tatsächliche Versorgungspraxis schlecht ist. In der Regel wird nur ein Bruchteil der Patienten, die eine Konsultation benötigen, gesehen. Dies belegt die durchschnittliche Konsultationsrate von 0,3 bis 2,9%. Eine Konsultationsrate von 4,5% wird nur in Trier erreicht, einer Institution, die über eine gute personelle Ausstattung verfügt (2 Stellen auf 200 Betten eines Allgemeinkrankenhauses) (Herzog et al., im Druck).

Epidemiologische Untersuchungen an Allgemeinkrankenhäusern finden hingegen übereinstimmend bei etwa einem Drittel der Patienten psychosoziale Auffälligkeiten. Selbst bei vorsichtiger Schätzung ist also bei mindestens 10% der Patienten während ihres stationären Aufenthaltes eine psychiatrisch/psychotherapeutische Diagnostik und/oder Behandlung indiziert (Huyse, 1994).

Qualitätssicherung beginnt also bei der Ressourcenqualität, also der Gewährung eines hinreichenden Personalstandes, sowie dem Aufbau einer hinreichenden Organisation und Infrastruktur.

In der deutschen Stichprobe ergibt sich die einzigartige Möglichkeit, psychosomatisch/psychotherapeutische und psychiatrische Dienste zu vergleichen. Diese Trennung in psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliardienst verdeutlicht sich in den vergebenen Diagnosen, d.h., für welche Patienten der Konsiliarius gerufen wird. Im psychiatrischen Konsiliardienst werden vorwiegend Patienten mit organischen Psychosen, Suchterkrankungen und eher seltener mit neurotischen

Tabelle 1. Deutsche CL-Studie: Krankenhäuser, CL-Dienste, Fallzahlen (in Anlehnung an Herzog et al., im Druck)

Zentrum	Typ	Art	Betten*	Neuaufnahmen**	CL-Fälle	Konsult-Rate
Freiburg	UNI	PSM	1265	46913	269	0,6
Berlin-Steglitz	UNI	PSM	1256	41860	137	0,3
Göttingen	UNI	PSM	1253	34021	101	0,3
Dresden	UNI	PSY	952	21278	140	
Berlin-Virchow	UNI	PSY	750	16766	280	1,7
Berlin-Urban	NO-UNI	PSY	812	24026	697	2,9
HH-Wandsbek	NO-UNI	PSM	563	13900	119	0,9
Trier	NO-UNI	PSM-V	202	6979	311	4,5

PSY Psychiatrischer CL-Dienst, PSM Psychosomatischer CL-Dienst (V Verhaltensmedizin), Typ Krankenhaustyp, Konsult-Rate CL-Fälle/Neuaufnahmen. *Bettenzahl jeweils ohne Pädiatrie und Psychiatrie/Psychosomatik, **Neuaufnahmen: nur Patienten >16 Jahre, ohne Psychiatrie/Psychosomatik

Störungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen gesehen. Der psychosomatisch/psychotherapeutische oder verhaltensmedizinische Konsiliardienst erfaßt im Gegensatz dazu bevorzugt Patienten mit Neurosen und körperlichen Störungen ohne organischen Befund.

Auch im Zeitaufwand pro Patient unterscheiden sich psychiatrische und psychosomatische Konsiliardienste erheblich. Während beim psychiatrischen Konsiliardienst die Diagnostik im Vordergrund steht (in der Regel nur ein Kontakt, durchschnittlicher Zeitaufwand über eine Stunde), ist beim psychosomatischen Konsiliardienst meist ein vielfaches an therapeutischen Kontakten notwendig (durchschnittlicher Zeitaufwand über 4 Stunden) (Herzog et al., im Druck).

Diese Ergebnisse belegen, daß eine hinreichende strukturelle und personelle Ausstattung für einen Konsiliar-/Liaisondienst unerlässlich ist. Dieser braucht dann ein klares Profil mit erkennbaren und realistischen Angeboten und Zielen. Die erbringende Abteilung oder Klinik muß ausreichend abgesichert sein, der Dienst muß räumlich und zeitlich identifizierbar sein. Es ist wichtig, daß eine gemeinsame Organisation besteht und daß nicht zahlreiche getrennt operierende psychosoziale Dienste zur gleichen Zeit am selben Patienten tätig sind, ohne voneinander zu wissen. Eine Aufteilung in psychiatrischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Dienst hat sich jedoch bewährt.

ad 2) und 3), Prozeß- und Ergebnisqualität

Die Umsetzung der Qualitätskontrolle bezüglich Prozeß- und Ergebnisqualität für die ambulante Psychotherapie unter Praxisbedingungen ist erst in Ansätzen erkennbar. Ungelöst sind die Fragen nach den relevanten Kriterien für die Beurteilung des Erfolges und wie dieser zusätzliche Aufwand für Therapeut und Patient zu tragen sind (Kordy, 1992; s. Abb. 5).

Erste Meilensteine sind die Ergebnisse von Grawe und Braun (1994), die ein routinemäßiges Computerprogramm zur Qualitätssicherung für die Praxis entwickelten.

Für den psychotherapeutischen C/L-Dienst geht es um die Erarbeitung von Versorgungsstandards und deren Überprüfung. Folgende Fragen stehen an:

- Was tun erfahrene Konsiliar- und Liaison-Praktiker bei welchen Problemen?
- Gibt es spezielle lehr- und lernbare Techniken und Verfahrensweisen bei bestimmten identifizierbaren Problemstellungen?
- Gibt es spezielle Interventionen, die besonders nutz- und kosteneffektiv sind?

Im Rahmen der von der europäischen Union unter Biomed geförderten „Quality Assurance in C-L“ begann eine auf drei Jahre angelegte Studie in ganz Europa, der, so ist zu hoffen, es gelingen wird, allgemein gültige, europaweite Standards zur psychosozialen Versorgung im Konsiliar- und Liaisondienst zu entwickeln.

4. Ausblick

Die stetige Überprüfung des eigenen Tuns mit der Erkenntnis, daß es einen lebenslangen Prozeß des Lernens geben muß, bedarf einer Umorientierung, die erst in Ansätzen erkennbar ist.

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie ist zum Teil anderen medizinischen Disziplinen voraus. Die Erarbeitung von Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Routine-Psychotherapie ist

- multimodale Bewertung durch Patient und Therapeut bzw. Experte
- multidimensionale Bewertung: körperliche, soziale, psychische u.a. Dimensionen werden erfaßt
- individuumsorientierte Bewertung: ausgegangen wird von dem Profil des individuellen Patienten, nicht von einer statistischen Norm
- reliable Kriterien
- ökonomisch relevante Kriterien

Abb. 5. Leitprinzipien der Qualitätsbewertung (in Anlehnung an Kordy, 1992)

eine wichtige Zukunftsaufgabe. Im Bereich der psychotherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienste liegen die bisherigen Mängel vor allem in der Struktur- und Ressourcenqualität. Klare Versorgungsrichtlinien und Standards müssen in diesem Bereich noch erarbeitet werden.

Literatur

- Bahrs O, Gerlach FM, Szecseny J (1995) Ärztliche Qualitätszirkel. DÄV, Köln
- Bergin AE, Garfield SL (1994) Handbook of psychotherapy and behavioral change. Wiley, New York
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Quart 44: 166–103
- Faber FR, Haarstrick R (1992) Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien. Jung Johann, München
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Z Klin Psychol 23: 242–267
- Herzog T et al (1993) Quality assurance in consultation liaison psychiatry and psychosomatics. Biomed and Health Research Programme
- Herzog T, Stein B, Huyse FJ, Lobo A und die deutsche ECLW: Die deutsche Verbundstudie zur psychiatrischen und psychoanalytischen Konsiliar-/Liaisonstätigkeit. Nervenarzt (im Druck)
- Huyse FJ, Herzog T, Malt UF (1996) International perspectives on C-L Psychiatry. American Psychiat Press Textbook of C-L Psychiatry, Washington
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. Z Psychosom Med 38: 310–324
- Saravay SM (1995) Academic consultation-liaison services. Psychosomatics 36: 91–94
- Schwartz FW et al (1995) Gesundheitssystemforschung in Deutschland. DFG Denkschrift. VCH, Weinheim

Korrespondenz: Prof. Dr. Gerhard Schüßler, Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Sonnenburgstraße 9, A-6020 Innsbruck, Österreich.

Prof. Dr. Gerhard Schüßler ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Psychotherapeut mit langjähriger klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit an den Universitätskliniken Berlin, Göttingen und Münster. Seit 1994 ist er Vorstand der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Innsbruck.