

# Qualität in Psychiatrischen Kliniken



Qualität in Psychiatrischen Kliniken

Herausgegeben von

Heinrich Kunze

Niels Pörksen

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte

Band 23

# Qualität in Psychiatrischen Kliniken

Tagungsbericht

Bonn, 8.-10. Mai 1996

---

Herausgegeben von Heinrich Kunze  
Niels Pörksen  
AKTION PSYCHISCH KRANKE  
Tagungsberichte  
Band 23

1997

Rheinland-Verlag GmbH • Köln

in Kommission bei

Dr. Rudolf Habelt GmbH • Bonn

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

© Rheinland-Verlag GmbH Köln 1997  
Rheinland-Verlag- und Betriebsgesellschaft  
des Landschaftsverbandes Rheinland mbH  
Abtei Brauweiler, Postfach 2140, 50250 Pulheim  
Alle Rechte vorbehalten  
Redaktion: Birgit Meiners  
Gestaltung: Norbert Radtke  
Satz: rvbg-Satz  
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch • Köln  
Druck: Nettesheim Druck GmbH & Co. KG  
ISBN 3-7927-1674-7

# Inhaltsverzeichnis

<b>Redaktionelle Vorbemerkung .....</b>	<b>8</b>
<i>Volker Kauder</i> Eröffnung und Begrüßung.....	9
<i>Eberhard Luithlen</i> Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit.....	11
<b>I. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken .....</b>	<b>13</b>
<i>Heinrich Kunze</i> Einführung in die Thematik des Kongresses: Qualitätssicherung in der Psychiatrischen Klinik .....	15
<i>Walter Kistner</i> Das Qualitätsmodell der Projektgruppe .....	23
<i>Julia Pohl</i> Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken - Prüfbereiche und Handlungsebenen .....	32
<b>II. Qualitätsmanagement in der klinischen Praxis .....</b>	<b>43</b>
<i>Joachim Jungmann</i> Das Qualitätsmodell der Projektgruppe: Vom theoretischen Ansatz zur praktischen Anwendung.....	45
<i>Niels Pörksen</i> Erste Erfahrungen mit der praktischen Anwendbarkeit der Empfehlungen der Projektgruppe in der Klinik/Abteilung .....	54
<i>Hendrik Graf</i> Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Voraussetzung für das Gelingen von Qualitätsmanagement.....	67
<i>Angelika Dietz</i> Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile: Zur Bedeutung des multiprofessionellen Teams für die Qualität klinischer Arbeit .....	71
<i>Peter Auerbach</i> Die Psychiatrische Klinik als Teil eines psychosozialen Versorgungsver- bundes-Anforderungen an die Außenorientierung des Qualitätsgedankens .....	78

<b>III. Qualitätsmanagement in Psychiatrischen Kliniken - ein kritischer Blick von außen .....</b>	<b>85</b>
<i>Jürgen Jackel</i> Die Bedeutung von Qualitätsmanagement aus der Sicht Psychiatrieerfahrener.....	87
<i>Ernst Maß</i> Die Bedeutung von Qualitätsmanagement aus der Sicht der Angehörigen .....	95
<i>Jörg Münstermann</i> Grundzüge eines Programms externer Qualitätssicherung in der klinischen Psychiatrie .....	104
<i>Georg Schulte-Kemna</i> Die Bedeutung von Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Kommunen.....	117
<i>Birgit Meiners</i> Zum Schluß: Weitere Perspektiven in der Entwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement aus der Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE.....	127
 Anhang.....	 137
<i>Joachim Jungmann, Walter Kistner, Stefan Priebe</i> Protokolle der Arbeitsgruppen zum Themenbereich I .....	139
<i>Ludwig Kaltenbach, Angelika Dletz, Elke Heinemann</i> Protokolle der Arbeitsgruppen zum Themenbereich II .....	145
<b>Verzeichnis der Autorinnen und Autoren.....</b>	<b>150</b>

*„Die Selbstkritik hat viel für sich. Gesetzt  
den Fall, ich tadle mich; So hab' ich erstens  
den Gewinn, Daß ich so hübsch bescheiden  
bin; Zum zweiten denken sich die Laut, Der  
Mann ist lauter Redlichkeit; Auch schnapp'  
ich drittens diesen Bissen Vorweg den  
ändern Kritikussen; Und viertens hoff ich  
außerdem Auf Widerspruch, der mir  
genehm. So kommt es denn zuletzt heraus,  
Daß ich ein ganz famoses Haus.“*

(aus: Wilhelm Busch, Kritik des Herzens; Antwort des Moderators, Herrn Kunze, auf die Anmerkung von Herrn Schulte-Kemna, die Autorinnen und Autoren sollten doch ihr Licht hinsichtlich des vorgelegten Projektabschlußberichtes „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ nicht zu bescheiden unter den Scheffel stellen.)

## Redaktionelle Vorbemerkung

Es wurde der Versuch unternommen, konsequent zweigeschlechtliche Formulierungen zu verwenden (z.B. die Patientin bzw. der Patient).

Nur in Sätzen, deren Lesbarkeit aufgrund von unterschiedlichen Pronomina, Adjektiven oder Aufzählungen sehr erschwert worden wäre, wurde dieses durchgängige Prinzip durchbrochen zugunsten alternierend männlicher und weiblicher Formen (z.B. der Jugendliche, seine Eltern und seine behandelnde Ärztin; Ärztinnen, Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Ergotherapeuten).

# Eröffnung und Begrüßung

*Volker Kauder*

Ich darf Sie herzlich begrüßen zu dem Kongreß „Qualität in Psychiatrischen Kliniken“. Im Mittelpunkt der kommenden drei Tage wird das Ergebnis eines Projektes stehen, welches seit Mitte des Jahres 1994 daran gearbeitet hat, ein Qualitätsmodell für psychiatrische Kliniken und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu entwickeln.

Daß diese Arbeit getan werden konnte, ermöglichte das Bundesministerium für Gesundheit als Auftraggeber. Hierfür sind wir dem Ministerium und insbesondere Herrn Luithlen als dem zuständigen Referatsleiter sehr zu Dank verpflichtet.

Daß die Arbeit in so kurzer Zeit geleistet werden konnte - hierfür richtet sich der Dank an die Expertinnen und Experten der Projektgruppe. Ihre große Sachkenntnis, gepaart mit enormem Engagement, haben einen Leitfaden mit Anregungen für die klinische Arbeit entstehen lassen, der keinesfalls den Anschein erweckt, als sei er mit der heißen Nadel gestrickt worden.

Die Politik war es, die die Krankenhäuser 1989 im SGB V erstmals gesetzlich zur Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet hat. Aus der Perspektive der Politik muß ich sagen: ich bin beeindruckt, was die psychiatrischen Fachleute aus dieser gesetzlichen Verpflichtung gemacht haben, um ihren Kolleginnen und Kollegen ein Hilfsmittel für die Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie an die Hand zu geben. Und ich würde mir wünschen, daß dieser zunächst für die Fachdisziplin Psychiatrie vorgelegte Leitfaden auch für die somatischen Fächer der Medizin Anregungen liefert.

Nun dürfen, so meine ich, die Fachleute wiederum die berechtigte Erwartung an die Politik richten, daß diese den Qualitätsgedanken im Gesundheitswesen allgemein und speziell im Bereich der Psychiatrie auch weiterhin fördert, damit auch in Zeiten knapper Kassen die Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen nicht zum Stillstand kommen.

Ich freue mich besonders, daß die multiprofessionelle Zusammensetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Kongresses ein ziemlich genaues Spiegelbild dessen wiedergibt, wie nach unserem Verständnis Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in den Kliniken und psychiatrischen Abteilungen stattfinden sollte: als berufsgruppenübergreifender Diskussionsprozeß von Ärztinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen, Krankenpflegepersonal und Ergotherapeuten - kurz von allen professionellen Helferinnen und Helfern, die im Rahmen ihrer Berufsausübung ihr Bestes geben wollen zum Wohle der psychisch kranken Patientinnen und Patienten.

Die folgenden Referentinnen und Referenten werden Ihnen die verschiedenen Prämissen und Facetten des Qualitätsmodells ausführlich erörtern. Ich möchte deshalb vorab nur einen Aspekt herausgreifen, der mir aus meiner eigenen Erfahrung besonders wichtig erscheint: ich meine den Ansatz, wonach auch die Interessen anderer Nutzerinnen und Nutzer nach Möglichkeit mit zu berücksichtigen sind. Als langjähriger Vorsitzender eines kleinen Hilfsvereines für psychisch Kranke habe ich häufig erfahren, wie enorm wichtig es gerade für Angehörige und für das außerstationäre Netzwerk ist, leichten Zugang zu einer guten Klinik in der Region zu haben.

Darum bin ich erfreut, daß im Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken großer Wert gelegt wird auf einen guten Kontakt zu den Angehörigen Betroffener und auf die regelmäßige Zusammenarbeit mit Diensten, Einrichtungen und Hilfsvereinen, welche ja ihren ebenso wichtigen Beitrag zur Betreuung und Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen leisten wie die Klinik.

Wenn Sie am Ende dieses Kongresses Ihr Qualitätsurteil über den hier vorgestellten und diskutierten Ansatz treffen, so wünschen wir uns ein Ergebnis, wie es hoffentlich auch in den meisten Kliniken bei der Anwendung dieses Leitfadens ausfallen wird: nämlich daß sich eine Reihe von Ansatzpunkten für konkrete Verbesserungen finden, aber daß die grundsätzliche Richtung stimmt!

In diesem Sinne, meine Damen und Herren, wünsche ich Ihnen und uns einen informativen und interessanten Kongreßverlauf.

# Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

*Eberhard Luithlen*

Dieser Kongreß hat zum Thema „Qualität in psychiatrischen Kliniken“.

Sieht man genauer hin, so stellt man fest, daß der „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ Angelpunkt dieser Veranstaltung ist.

Die Anfänge dieses Leitfadens waren mit einer Idee verbunden, die sich in dem vorliegenden Werk nicht mehr wiederfindet. Dies ist aus der Sicht des Förderers normalerweise eine Katastrophe; technisch heißt das dann: der Zweck wurde nicht erreicht. Aus meiner Formulierung können Sie erkennen,

- a) daß wir es nicht mit einem Normalfall zu tun haben und
- b) daß der Weg bis zu dem heutigen Tag nicht einfach war.

Die Idee bestand zunächst darin, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die es dem Außenstehenden ermöglichen, die Qualität der Versorgung eines psychiatrischen Krankenhauses zu beurteilen. Die dadurch initiierten, ungewöhnlich intensiven Beratungen und Diskussionen in einer eigens dafür eingerichteten Arbeitsgruppe haben jedoch gezeigt, daß das äußerst differenzierte Geschehen gerade eines psychiatrischen Krankenhauses auf diesem Wege nicht erfaßbar ist. Dieser, der externen Qualitätssicherung zuzuordnende Ansatz erfuhr im Zuge weiterer, intensiver und engagierter Arbeiten eine Mutation hin zu einem Instrument der internen Qualitätssicherung. Diese Mutation empfinde ich nicht nur nicht als Katastrophe, sondern geradezu als einen Segen, denn mit dem „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ ist ein Instrument entstanden, das dem Bereich „Qualitätsmanagement“ zuzuordnen ist. Folgerichtig befassen sich die Themenbereiche II am Donnerstag und III am Freitag mit Fragen des Qualitätsmanagements.

Ich „mißbrauche“ die Ehre, diesen Kongreß gemeinsam mit Herrn Kauder eröffnen zu dürfen, nicht, um langatmige Ausführungen zum Qualitätsmanagement zu machen. Lassen Sie mich nur so viel sagen:

Qualitätsmanagement heißt

1. insbesondere den Patienten bzw. die Patientin und deren Angehörige in den Mittelpunkt aller Anstrengungen zu stellen
2. die Führungskultur der obersten Leitungsebene des psychiatrischen Krankenhauses so zu verändern, daß sie die Qualität zu ihrem ureigensten Ziel macht
3. alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in das Konzept einzubeziehen und

4. Selbstkontrolle auszuüben, d.h. keine Kontrolle durch Dritte im Betrieb oder gar von außerhalb des Betriebes.

Nach meinem Verständnis steckt in diesen Grundsätzen kein Bruch mit alten Gewohnheiten, sondern vielmehr eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Prinzipien und Werte der Medizin. Wer sich auf diesen Weg begibt,

- der tut das Richtige für die Patientin und den Patienten,
- der tut das Richtige für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- der tut das Richtige für das wirtschaftliche Wohlergehen seines Krankenhauses.

Ich freue mich, daß Sie sich als Vertreterinnen und Vertreter der stationären Psychiatrie genau auf diesen Weg begeben haben; mein Eindruck ist - und für diesen Eindruck habe ich empirische Belege in Form persönlicher Erfahrungen -, daß die Psychiatrie auf diesem Felde - jedenfalls gedanklich - weiter ist als die somatische Medizin.

Sicher gibt es dafür vielfältige Gründe; einen davon möchte ich mit meinem Dank verbinden:

Ich bin immer wieder - das folgende Wort ist mit Bedacht gewählt - beglückt, mit welchem Engagement in der Psychiatrie für Patientinnen und Patienten gestritten und gearbeitet wird, was der Beginn des Qualitätsmanagements ist.

Allen, die geholfen haben, den Leitfaden zu einem guten, zukunftsweisenden Ende zu bringen, sei ebenso herzlich gedankt wie denen, die diesen Kongreß vorbereitet haben und ihn mit Vorträgen und Diskussionsbeiträgen zu einer Veranstaltung machen werden, die die Psychiatrie in Deutschland weiterbringen wird.

Zum Schluß bitte ich Sie, es nicht als mangelndes Interesse anzusehen, wenn ich nicht an diesem und den beiden folgenden Tagen immer dabei sein kann; ich würde es sehr gerne.

# I. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken

# Einführung in die Thematik des Kongresses: Qualitätssicherung in der psychiatrischen Klinik

*Heinrich Kunze*

Ich möchte Ihnen erläutern, warum wir das Programm so konzipiert haben, wie es Ihnen vorliegt. Wir wollen die Ergebnisse eines 2-jährigen Projektes einer breiten Fach-Öffentlichkeit vorstellen und in die Diskussion bringen. Deshalb haben wir die Referate und die Leitung der Arbeitsgruppen *innerhalb der* Projektgruppe verteilt.

Es gibt ja andere hervorragende Expertinnen und Experten für Qualitätssicherung, auch hier im Publikum, die nicht auf dem Programm dieser Tagung stehen. Ich bitte die nicht zum Referat eingeladenen Qualitätsexpertinnen/-experten sowie Sie als Publikum, das diese vermisst, um Verständnis. Sie alle hier im Saal sind dennoch interessiert gekommen. Dafür danke ich Ihnen und hoffe, daß Sie mit vielen guten Anregungen von hier wieder nach Hause fahren.

Wie kam es zu diesem Projekt? Vor 2 Jahren saßen im Mai Herr Luithlen und die Autoren des Psych-PV-Buches in Bonn zum Gedankenaustausch über die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung zusammen. Wir waren uns einig, daß der Abschluß der Personalaufstockung 1995 noch längst nicht das Ende der Verbesserung der Behandlungsqualität sein darf, die mit der Personalaufstockung bewirkt werden soll. Und Herr Luithlen machte den Vorschlag, dieses Anliegen in einem Qualitätssicherungsprojekt weiter voranzutreiben.

## ***Psych-PV und Optimierung der Qualität klinischer Behandlung***

Mit der Psych-PV ist endlich - 20 Jahre nach der (verspäteten) Psychiatrie-Enquete von 1975 - der Nachholbedarf für therapeutisches Personal der klinischen Psychiatrie im Vergleich zur übrigen Krankenhausmedizin ausgeglichen.

Die Anstaltspsychiatrie war im vorigen Jahrhundert nicht Teil der Krankenhausmedizin, sondern entwickelte sich als Bereich der staatlichen Fürsorge für arme Menschen.

Die Ermordung eines großen Teils der Patientinnen und Patienten psychiatrischer Anstalten im „Nationalsozialismus“ bedeutet für die Nachkriegs-Psychiatrie eine besondere Hypothek.

Erst mit der Psychiatrie-Enquete 1975 wurde das Ziel allgemein akzeptiert, von der überkommenen „Heil- und Pflege-Anstalt“

- die Heilfunktion als Krankenhaus-Psychiatrie in die Krankenhausmedizin zu integrieren und

- die Pflegefunktion der Anstalt in wohnortnahe komplementäre Dienste und Einrichtungen zu überführen.

Was die Integration der Krankenhauspsychiatrie in die Krankenhausmedizin betrifft, so sind seit 1975 neue psychiatrische Krankenhauskapazitäten (fast) nur als Abteilungen/Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern entstanden. Die psychiatrischen Krankenhäuser wurden kontinuierlich kleiner, bildeten z.T. Außenstellen an oder in der Nähe von somatischen Krankenhäusern, und sie orientieren ihr fachliches Selbstverständnis an der Krankenhausmedizin.

Diese Konvergenz der Entwicklungen hat auch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) geprägt: Aufgaben, Leistungen, Personalbemessung sowie das zugrundeliegende therapeutische Konzept für psychiatrische Krankenhausbehandlung unterscheiden nicht mehr zwischen Psychiatrischen Krankenhäusern und Psychiatrischen Abteilungen/Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern.

Psychische Erkrankungen sind immer noch keine normalen, sondern „minderwertige Krankheiten“ (Musil). Die Identifizierung einer Störung als psychische Krankheit wie auch die Inanspruchnahme professioneller psychiatrischer Hilfen stigmatisiert, wenn auch mit nachlassender Tendenz infolge der erheblichen Verbesserungen der Qualität klinischer Behandlung seit der Psychiatrie-Enquete. So heißt es im Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: „Mit nachlassender Stigmatisierung des Faches steigt der ‚offene‘ Bedarf“. (Seite 35).

### ***Skepsis gegenüber Qualitätssicherung einerseits - Mißtrauen gegenüber einer Psychiatrie ohne Qualitätssicherung andererseits***

In der Psychiatrie, wie in der Medizin allgemein, stößt das Thema Qualitätssicherung oft noch auf Bedenken und Widerstände (BERGER). Zum einen wohl, weil es sich um einen Ansatz handelt, der aus der Industrie kommt und dessen Begrifflichkeit zum Teil noch von daher geprägt ist (z.B. Ergebnis der Behandlung einer kranken Person als Produkt, Patient als Kunde, u.a.).

Zum anderen, weil der implizite Vorwurf herausgehört wird, daß die Medizin bzw. die Psychiatrie sich bisher nicht um die Qualität ihrer Arbeit gekümmert hätte (vgl. aber z.B. Visiten, Therapiekonferenzen, Supervision, Fort- und Weiterbildung, usw.). Wenn man mehr auf die Inhalte als auf die Begrifflichkeit der Qualitätsdiskussion achtet, kann man die Rückbesinnung auf alte Prinzipien der Medizin erkennen.

Drittens schließlich wird die Absicht vermutet, mit Qualitätssicherung sei vor allem Kostensenkung beabsichtigt.

Widerstände gegen eine systematische Qualitätssicherung lassen jedoch bei Patientinnen und Patienten, Kostenträgern und allgemein der Gesellschaft leicht den Verdacht aufkommen, hier werde Transparenz gerade deshalb vermieden, weil hinter dem Nebel unvertretbare Verhältnisse herrschen würden und ver-

tuscht werden sollten. Eine Psychiatrie, die sich vorrangig den Interessen ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet fühlt, hat allen Grund, die Qualität ihrer Arbeit sowohl selbst systematisch zu prüfen als auch nach außen hin transparent zu machen.

### ***Prämissen des Projektes***

Bei der Zielsetzung des Projektes und bei der Zusammensetzung der Projektgruppe waren folgende Gesichtspunkte von zentraler Bedeutung:

1. Nutzerperspektive
2. Personenzentrierter multiprofessioneller Ansatz
3. Bedarfsorientierung als Voraussetzung für Qualität.

#### *1. Nutzerperspektive*

Entsprechend der Kundenorientierung in der Qualitätsdiskussion von produzierenden und Dienstleistungsbetrieben haben wir die Patienten- bzw. Nutzerperspektive ausdrücklich mit berücksichtigt, indem in der Arbeitsgruppe des Projektes nicht nur Expertinnen und Experten aus der Klinik, sondern auch Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige sowie professionelle externe Nutzer von psychiatrischen Kliniken vertreten waren.

Qualitätssicherung ist ein neuer Begriff in aller Munde, und damit ist er auch in der Gefahr, modisch verschliffen zu werden. Das wäre bedauerlich, denn die Aufgabe, die dieser Begriff bezeichnet, ist richtig und wichtig. Auch helfende Berufe haben ihre Berechtigung nicht allein aus der selbstdefinierten guten Absicht. Rechenschaft für helfendes Tun wird zunehmend erwartet und eingefordert von

- den Betroffenen (psychisch kranke Personen und ihre Angehörigen), die Hilfe erhalten oder erwarten und eine maximale Qualität der Hilfe suchen
- den anderen professionellen Nutzern, mit denen wir kooperieren (sonstiges medizinisches Hilfesystem, soziales Hilfesystem, Polizei, Gerichte usw.)
- den Kosten- und Leistungsträgern: hier geht es um Kostenbegrenzung bei optimaler Qualität (Effizienz)
- den Aufsichtsbehörden (Ministerien usw.), die die Investitionsmittel vergeben und außerdem sicher sein wollen, daß keine Mißstände auftreten
- Konsumentenorganisationen (haben in den USA eine lange Tradition)
- Haftpflichtversicherern (besonders in den USA)
- den Medien.

Je nach dem, wer Rechenschaft zu welchem Zweck und in welchem Kontext erwartet, sind dabei die Vorstellungen und Kriterien für die zu erreichende Qualität nicht immer deckungsgleich.

#### *2. Personenzentrierter multiprofessioneller Ansatz*

Unser Ansatz ist - entsprechend der Psych-PV - personenzentriert und nicht berufsgruppen- oder methodenorientiert. Qualität im Krankenhaus ist nicht -

wie noch so oft - nur Arztsache. Die Psych-PV geht von einem mehrdimensionalen Krankheitsverständnis aus und begründet so psychiatrische Krankenhausbehandlung als zielorientiertes Handeln des multiprofessionellen Teams unter ärztlicher Verantwortung. Entsprechend sind in der Projektgruppe verschiedene Professionen und unterschiedliche Hierarchie-Ebenen vertreten. Weil Qualität *und* Wirtschaftlichkeit nur erreicht werden kann, wenn die therapeutische Seite auch die Kosten und die Betriebsseite auch die therapeutische Qualität mitverantwortet, war auch die Krankenhausverwaltung auf der Projektleitungsebene vertreten.

### *3. Bedarfsorientierung als Voraussetzung für Qualität*

Kriterien für Qualität hängen entscheidend von den Zielen ab, die als wichtig angesehen werden, und nicht primär davon, was meßbar und zählbar ist, oder welche Therapiemethoden am meisten Prestige bringen oder den höchsten Marktwert haben.

In der Psychiatrie bedeutet gemeindepsychiatrische Bedarfsorientierung: Für die konkret vorhandenen psychisch und suchtkranken Bürgerinnen und Bürger des Kreises oder der Stadt geeignete, differenzierte Hilfen bedarfsgerecht so zu entwickeln, daß niemand, insbesondere nicht die am schwersten kranken und mehrfach geschädigten Personen, ohne bedarfsgemäße Hilfe bleiben oder nur wohnortfern Hilfe erhalten können (wer statt der wohnortnahen dennoch eine wohnortferne Hilfe wählen will, der kann dies tun).

Daraus leitet sich die Frage ab, welchen Beitrag zu einem regionalen bedarfsorientierten Netz von Hilfen leistet die Klinik? In diesem Zusammenhang hat in der Psychiatrie die regional definierte Versorgungsverpflichtung eine besondere Bedeutung: Die Klinik ist zur Aufnahme von Personen aus einer definierten Bevölkerung verpflichtet, die bei dringender Indikation aufgenommen werden müssen -freiwillig oder mit Gerichtsbeschuß. (Diese Versorgungsverpflichtung bindet die Klinik einseitig, die Wahlfreiheit von selten der Patientinnen und Patienten bleibt davon unberührt.)

Dieses Konzept der Versorgungsverpflichtung impliziert die Einstufigkeit der psychiatrischen Krankenhausversorgung, d.h. jede versorgungspflichtige Klinik muß in der Lage sein, auch Patientinnen und Patienten behandeln zu können, die im psychiatrischen Sinne intensiv-behandlungsbedürftig sind oder die längere schwere (chronische) Krankheitsverläufe aufweisen. Versorgungsverpflichtung bedeutet Bedarfs- statt Angebotsorientierung. Bei Angebotsorientierung ist man bestrebt, gute Ergebnisse auch durch Risikoselektion zu erreichen.

Da gerade längerdauernde psychische Erkrankungen sowie längerdauernde stationäre Behandlungen zur Desintegration und sozialen Entwurzelung (mit den entsprechenden psychischen und sozialen Folgeschäden) führen können, geht es bei psychiatrischer Krankenhausbehandlung nicht nur um die Heilung oder Besserung psychiatrischer Symptomatik bei möglichst kurzer Verweildauer, sondern auch um

- die Befähigung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen zur Bewältigung der Erkrankung
- die Befähigung zur Inanspruchnahme nichtpsychiatrischer Hilfen vor Ort (Hausarzt, Sozialstation, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.)
- die Unterstützung der nichtpsychiatrischen Therapeutinnen und Helferinnen bei der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen und der Beratung ihrer Bezugspersonen.

Nicht nur die behandelten Patientinnen und Patienten, auch ihre Angehörigen, Freunde und andere wichtige Bezugspersonen z.B. in der Arbeitswelt, vorher und nachher mit der Behandlung befaßte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, soziale Dienste und Einrichtungen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Polizei und Gerichten machen ganz praktische Erfahrungen damit, ob die Aktivitäten der Psychiatrischen Klinik an ihrem jeweiligen Bedarf orientiert sind und wie die Qualität der Hilfeprozesse und der Ergebnisse aus den unterschiedlichen Blickwinkeln aussieht. Viele tausende von Personen in der Region machen Jahr für Jahr diese ganz praktischen Erfahrungen, und dies prägt das Image der Psychiatrie, verändert oder bestätigt die unterschiedlichen (Vor-)Urteile und wird so auch zu einer maßgeblichen Einflußgröße für die (Nicht-) Inanspruchnahme der klinisch-stationären Psychiatrie in der Region, nämlich ob Patientinnen und Patienten rechtzeitig in Behandlung kommen oder zu spät oder gar nicht.

### ***Adressatinnen und Adressaten des Leitfadens zur Qualitätsbeurteilung***

Der Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken, den wir erarbeitet haben, wendet sich primär an Klinikleitungen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bestrebt sind, die Qualität ihrer Arbeit kontinuierlich zu optimieren.

Es wäre verlockend gewesen, möglichst wenige einfach festzustellende, dabei aussagekräftige und konsensfähige Indikatoren für Krankenhausqualität zu entwickeln. Doch ist dies völlig unrealistisch, weil die Ursachen psychischer Erkrankungen und die Einflußfaktoren auf den Verlauf im Einzelfall außerordentlich vielschichtig sind und eine personenzentrierte Behandlung sehr unterschiedliche Vorgehensweisen bei verschiedenen Patientinnen und Patienten erfordert. Qualitätsbeurteilung ist in der Psychiatrie ein komplexer Vorgang, weil nicht nur objektiv meßbare Daten, sondern auch subjektive Faktoren sowie Wert- und Normentscheidungen zu berücksichtigen sind.

Herr Kistner wird sich im nächsten Referat zunächst ausführlich mit der Herleitung von Qualitätsanforderungen beschäftigen.

Wir setzen keinen allgemeinen Maßstab für Qualität von klinischer Psychiatrie voraus, weil es diesen noch nicht gibt, wohl auch so allgemein und abstrakt nicht geben kann. Aber die in der klinischen Psychiatrie tätigen Personen (nicht nur Therapeutinnen und Therapeuten, auch die anderen Beschäftigten einschließlich Verwaltung und Betriebe) haben sowohl aus der psychiatrischen Forschung

wie aus der klinischen (und allgemein menschlichen) Erfahrung abgeleitete mehr oder weniger explizite Vorstellungen, was gute klinische Praxis ist. Es geht uns darum, diese Vorstellungen systematisch zu aktivieren und damit zu einem kontinuierlichen Prozeß der schrittweisen Optimierung der eigenen Arbeit beizutragen. Dies ist die Thematik, der sich Frau Pohl widmet.

Mit diesem Leitfaden erhalten die Kliniken eine Hilfe, für die Qualitätsbeurteilung der eigenen klinischen Praxis ihr eigenes Anforderungsprofil, ihr differenziertes Qualitätsmodell zu entwickeln.

Mit der praktischen Umsetzung und Anwendung des Leitfadens in Kliniken beschäftigen sich die Referate morgen, die Herr Jungmann, Herr Pörksen, Herr Graf und Herr Auerbach halten: Themenbereich II - Qualitätsmanagement in der klinischen Praxis.

Am dritten Tag geht es um den kritisch unterstützenden Blick von außen, um die Nutzerperspektive, ohne die die weiteren Perspektiven und die Entwicklung von Qualität in psychiatrischen Kliniken nicht denkbar sind. Herr Jackel referiert aus der Sicht Psychiatrie-Erfahrener, Herr Maß aus der Sicht der Angehörigen, Herr Münstermann aus der Sicht der Kostenträger und Herr Schulte-Kemna aus der Perspektive der Kommunen.

Da wir unseren Projektansatz nicht nur vorstellen, sondern auch mit Ihnen intensiv diskutieren wollen, haben wir heute und morgen jeweils die zweite Tageshälfte für parallele Arbeitsgruppen zu den Referenten vorgesehen.

### ***Das Projekt im Verhältnis zu anderen Ansätzen der Qualitätssicherung***

Im SGB V wurde 1989 mit dem § 137 die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für Krankenhäuser erstmals gesetzlich verankert. Seitdem ist in der Medizin eine Flut von wissenschaftlichen Aktivitäten, Symposien, Kongressen, Publikationen, Zirkeln, Arbeitsgruppen, Projekten usw. entstanden, jedoch ist Qualität sowie Darlegung der Qualität des eigenen Tuns im allgemeinen und in der Medizin im besonderen schon sehr viel länger eine der maßgeblichen Triebfedern professionellen Handelns. Zu nennen sind als Beispiele Visiten, Therapiekonferenzen, Fort- und Weiterbildung, Supervision. Ich erinnere an die freiwilligen Begehungskommissionen, die es seit Ende der 70er Jahre gibt. Leitende Ärztinnen und Ärzte von psychiatrischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen Abteilungen bilden Arbeitskreise bzw. Kommissionen. Als über Jahre feste Gruppen besuchen sie die von ihren Mitgliedern geleiteten Kliniken nach und nach. Ziel ist es, wechselseitig voneinander zu lernen und die eigenen blinden Flecke aufzulösen - auf der Grundlage von kollegialer Achtung und Wertschätzung, von Vertrauen und Datenschutz. - Über eine Reihe von weiteren Ansätzen und Erfahrungen mit qualitätsverbessernden Aktivitäten im In- und Ausland berichten wir zusammenfassend, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, in unserem Projektbericht.

In der Zielsetzung unterscheidet sich der von uns vorgelegte Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung von

- Maßnahmen der extern vergleichenden Qualitätsprüfung auf der Grundlage von Verträgen gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 SGB V
- Prüfungen der Krankenkassen (die den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen) gemäß § 4, Abs. 4 Psych-PV in Verbindung mit entsprechenden Rahmenvereinbarungen der Vertragsparteien auf Landesebene nach § 17, Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung.

Qualität kann nicht durch externe Kontrollen, sondern nur durch interne Maßnahmen verbessert werden. Der Begriff „externe Qualitätssicherung“ ist daher eigentlich irreführend. Wenn durch externe - und/oder interne - Vergleiche besonders gute Qualität oder/und Problembereiche identifiziert werden - dann sind das jedoch wichtige Schritte, die Maßnahmen der Qualitätsoptimierung zur Folge haben können oder müssen.

Ob externe Qualitätsprüfungen zur Verbesserung der Qualität beitragen oder nicht, wird entscheidend beeinflusst von den externen Konsequenzen (z.B. Rahmenbedingungen für ein Vertrauensklima, das die Erhebung zuverlässiger Daten und ihre fachlich adäquate Interpretation möglich macht) sowie der Einstellung der beteiligten Kliniken:

- wenn die Kliniken die beste Qualität als Vorbild für sich suchen (also auch keine Anonymität zwischen den sich vergleichenden Kliniken), dann können positive Wirkungen in großer Breite entstehen;
- wenn aber die Besseren sich beruhigt zurücklehnen, solange sie nicht zu den Schlechten gehören, dann werden allenfalls ein paar „schwarze Schafe“ geoutet.

Externe Qualitätsprüfung und interne Qualitätsoptimierung sind also auf ihren wechselseitigen Bezug angewiesen, denn „durch Qualitätskontrollen allein ist... noch nie Qualität verbessert worden“ (SELBMANN). Andererseits können bei internen Qualitätsmaßnahmen ggf. wichtige Schwachstellen wegen eigener blinder Flecke nicht wahrgenommen werden.

Dieser Leitfaden ersetzt nicht die Orientierung am Stand des Lehrbuchwissens

- sondern setzt sie vielmehr voraus. Insbesondere ersetzt dieser Leitfaden nicht (überwiegend noch zu erarbeitende)

- Leitlinien, die den gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft und der therapeutischen Erfahrung in bezug auf die Diagnostik und Therapie spezifischer Krankheiten wiedergeben und gute Praxis in wichtigen Standardsituationen beschreiben, z.B. Prüfung von Suizidalität, Umgang mit aggressivem Verhalten, Behandlung von Patienten mit depressiven Syndromen (Leitlinien geben Orientierung, erlauben aber begründete Abweichungen);
- Richtlinien bzw. Standards, die therapeutisches Handeln in besonders kritischen Situationen verbindlich festlegen (z.B. Blutbildkontrollen bei Clozapin, Fixierungsrichtlinien);
- externe, vergleichende Qualitätssicherungsprogramme, z.B. unter Verwendung von Tracerdiagnosen;
- Richtlinien für die Weiterbildung der therapeutischen Berufsgruppen in der klinischen Psychiatrie.

Die Anwendung dieses Leitfadens setzt die kommunikativen Fähigkeiten und die organisatorischen Rahmenbedingungen für Qualitätsmanagement voraus. Besonders wichtig ist ein von der Krankenhausleitung und allen nachgeordneten Leitungen zu förderndes Betriebsklima, das dazu beiträgt, daß

- möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich mit der Aufgabe des Krankenhauses identifizieren
- Beispiele guter Qualität und geplante Verbesserungen nicht als vorwurfsvolle Abwertung der bisherigen Praxis mißverstanden werden
- Fehler als Ausgangspunkt für gemeinsam zu erarbeitende Verbesserungen offen besprochen, statt aus Furcht vor Sanktionen vertuscht werden.

### **Ausblick**

Zur Optimierung der Wirksamkeit dieses Leitfadens ist die Verbindung mit den Ergebnissen des vom Bundesgesundheitsministerium zur Zeit geförderten Projektes „Umfassendes Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ eine wesentliche Voraussetzung, sowohl konzeptionell wie auch im Hinblick auf die praktische Umsetzung in der Zukunft. Diese Verbindung ist ein wichtiger Beitrag zur Integration der Krankenhauspsychiatrie (Abteilungen/Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern wie Fachkrankenhäuser) in die allgemeine Krankenhausmedizin.

Die Qualität der Krankenhauspsychiatrie soll so gut - und als so gut von den Nutzern wahrgenommen - werden, daß für Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen, die Bevölkerung und die Kostenträger die stationäre psychiatrische Behandlung ein ebenso „normaler“, ebenso nicht stigmatisierender Vorgang wird wie eine chirurgische oder eine internistische stationäre Behandlung.

### **Literatur**

BERGER, M.: Qualitätssicherung-eine Standortbestimmung. In: HAUG, H.-J.; R.D. STEGLITZ (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1995.

KISTNER, W.; KUNZE, H.; POHL, J.: Qualitätsbeurteilung in der klinischen Psychiatrie. Krankenhauspsychiatrie 7 (1996) 54 - 60.

KUNZE, H.; KALTENBACH, L. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung (3.Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer 1996.

PRÖSSDORF, K.: Qualitätssicherung aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft. In: GAEBEL, W. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus. Wien - New York: Springer 1995.

SACHVERSTÄNDIGENRAT für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1988 - Medizinische und ökonomische Orientierung - Baden-Baden: Nomos 1988.

SELBMANN, H.-K.: Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In: GAEBEL, W. (Hrsg.): Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus. Wien - New York: Springer 1995.

# Das Qualitätsmodell der Projektgruppe

Walter Kistner

## 1. Auftrag

Der ursprüngliche Wunsch des Bundesministeriums für Gesundheit an die Projektgruppe bestand darin, möglichst wenige, aber aussagekräftige und konsensfähige Indikatoren für Krankenhausqualität zu entwickeln. Dies erwies sich sehr bald als mit den gegebenen Voraussetzungen undurchführbar, weil

- schon der eigentliche Gegenstand der anzustrebenden Qualitätssicherung, nämlich die „Behandlungsqualität“ für die Psychiatrie nicht definiert und damit auch nicht beurteilbar war.
- die Qualität einer Psychiatrischen Klinik ohne Klarheit über die Qualität ihres Zweckes, nämlich der psychiatrischen Behandlung, nicht zu bestimmen ist.

Insofern war als Grundvoraussetzung zunächst ein Expertenkonsens über die in Frage stehende Qualität bzw. den zur Qualitätsbeurteilung anzulegenden Maßstab erforderlich.

## 2. Qualitätsmaßstab

Was ist ein geeigneter Maßstab für die Erfassung und Beurteilung von Qualität in der Psychiatrie? Grundsätzlich kommen zwei verschiedene Arten von Maßstäben in Frage, nämlich

- eine Beurteilung, die sich an der Funktionalität des Ergebnisses (Produktqualität) orientiert, im Sinne eines *funktionalen Qualitätsmaßstabs*
- eine Beurteilung anhand sozialer, letztlich subjektiver Wertmaßstäbe, also ein *sozialer Qualitätsmaßstab*.

### 2.1 Funktionaler Qualitätsmaßstab

Im Falle eines funktionalen Qualitätsmaßstabs ist Qualität unabhängig von ihrem Zustandekommen immer dann hinreichend, wenn die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Ergebnisses gegeben ist. Für die Qualität psychiatrischer Behandlung hieße das, daß deren Qualität immer dann hinreicht, wenn der Patient oder die Patientin danach gesund oder zumindest gebessert ist, und nicht hinreicht, wenn dies nicht der Fall ist. Wie bereits der Blick auf in der Psychiatrie bekannte Phänomene wie Spontanremissionen und Therapieresistenz erkennen läßt, macht eine solche Auffassung von Qualität für die Beurteilung psychiatrischen Handelns wenig Sinn.

Darüber hinaus würde eine rein funktionale Qualitätsbeurteilung voraussetzen, daß sich die Qualität des Ergebnisses überhaupt auf einen bestimmten Zweck hin beurteilen läßt. Dies ist selbst im technischen Bereich so nur selten gegeben. Bereits in die Beurteilung der Qualität von Produkten finden neben funktionalen auch sozial definierte Bewertungen Eingang. Man denke nur an ästhetische Gesichtspunkte (Design), die Ökobilanz des Herstellungsprozesses oder gar die politischen Verhältnisse des Herkunftslandes. In der Psychiatrie, deren Praxis wesentliche ethische Normen berührt, wie in der Beurteilung von Dienstleistungen generell, ist ein rein funktionaler Qualitätsmaßstab erst recht völlig undenkbar. Daher konnte für den Versuch einer Qualitätsdefinition psychiatrischen Handelns nur die Orientierung an einem sozialen Qualitätsmaßstab in Frage kommen.

## *2.2 Sozialer Qualitätsmaßstab*

Im Falle eines sozialen Qualitätsmaßstabs mißt sich Qualität im Sinne eines Werturteils an sozial definierten normativen Vorgaben. Diese können selbstverständlich auch ergebnisbezogene Vorgaben umfassen, aber eben nicht nur, möglicherweise nicht einmal vorrangig solche. Sozial definierte Qualitätsanforderungen sind dabei niemals objektiv, in dem Sinne, daß sie eine der Sache als solcher eigene Qualität erfassen könnten. Es handelt sich vielmehr immer um letztlich subjektive, dem Meinungsstreit ausgesetzte und sicherlich auch nur für einen begrenzten historischen Zeitraum gültige Setzungen.

## **3. Mehrdimensionalität von Qualität**

Der subjektive Charakter von Qualitätsbeurteilungen wird noch einmal besonders deutlich, wenn man sich vor Augen führt, daß Qualität gemeinhin nicht an Einzelmerkmalen eines Produkts oder eines Prozesses zu beurteilen ist.

Als Beispiel:

Wovon hängt die Qualitätsbeurteilung einer Mahlzeit ab?

- vom Geschmack der einzelnen Bestandteile?
- von der Zusammenstellung der Bestandteile?
- vom Nährwert?
- von der adäquaten Zusammenstellung im ernährungsphysiologischen Sinne?
- von der Zubereitung (Präsentation bei Tisch)?
- vom Unterschied zur vorigen Mahlzeit (Abwechslungsreichem)?
- usw.

Wie das Beispiel zeigt, gehen schon in eine vergleichsweise einfache Qualitätsbeurteilung zahlreiche verschiedene Merkmale ein. Für jedes dieser Merkmale bestehen eigene Qualitätsanforderungen, die sich allerdings ebenfalls weitgehend einer objektiven Bewertung entziehen. Die Qualitätsbeurteilung insgesamt

muß dann auch noch die jeweilige Gewichtung der verschiedenen Merkmale berücksichtigen, die ebenfalls nicht objektivierbar ist. Durch diese Mehrdimensionalität würde die Definition von Qualität selbst dann noch, wenn die Einzelmerkmale objektiv beurteilbar wären, zu einer letztlich subjektiven Setzung.

Ähnliche Verhältnisse finden sich beim Blick auf die Qualität psychiatrischer Behandlung. Auch hier kann sich die Qualitätsbeurteilung nicht nur an einem einzelnen Zielaspekt, z.B. der Verminderung von Krankheitssymptomatik, orientieren, und sei dieser auch noch so bedeutsam. Sie muß vielmehr daneben weitere Ziele berücksichtigen, und nicht zuletzt auch die Mittel, die zur Erreichung dieser Ziele eingesetzt werden. Gesichtspunkte wie „Umgang mit dem Patienten“, „Zwangmaßnahmen“, im Grunde also alle Behandlungsumstände würden ansonsten der Qualitätsbeurteilung und damit auch der Qualitätssicherung entzogen.

#### **4. Qualitätsbeurteilung**

Dem Genannten folgend wäre ein auch für die Psychiatrie anwendbarer Ansatz zur Qualitätsbeurteilung wie folgt zu definieren:

- *Qualitätsbeurteilung* prüft die Übereinstimmung eines als relevant beurteilten Merkmalsbündels mit einem vorgegebenen Anforderungsprofil.
- Dabei sollte über die Merkmale und das Anforderungsprofil *fachlicher Konsens* bestehen.

Aus dieser Definition folgt, daß eine Qualitätsbeurteilung solange nicht möglich ist, wie ein Anforderungsprofil (oder „Qualitätsmodell“) nicht besteht.

Nun läßt sich ein Anforderungsprofil allerdings nicht unabhängig von dem Zweck entwickeln, zu dem es dienen soll. Daher mußte dieser Zweck näher bestimmt werden.

#### **5. Verfahrensansätze**

Im Bereich „Qualitätssicherung“ bestehen zwei sehr unterschiedliche Verfahrensansätze:

- die in der Regel von externen Stellen durchzuführende „*vergleichende Qualitätsprüfung*“.
- das interne „*Qualitätsmanagement*“ durch die jeweilige Einrichtung selbst.

Beide benötigen verschiedene Anforderungsprofile bzw. Qualitätsmodelle. Von daher war zu entscheiden, in welche Richtung die Projektarbeit gehen sollte.

#### **6. Vergleichende Qualitätsprüfung**

Der § 137 SGB V fordert die vergleichende Qualitätsprüfung, und der § 4 der

Psych-PV geht in eine ähnliche Richtung. Um diese Forderung erfüllen zu können, wären folgende Schritte nötig:

- die Identifikation objektiv meßbarer Qualitätsindikatoren
- die Gewichtung der Indikatoren nach ihrer Bedeutung für Qualität und Qualitätssicherung
- die Festlegung vergleichbarer quantitativer Qualitätsstandards.

Für vergleichende Qualitätsprüfungen ist demnach vor allem die Objektivierbarkeit und Meßbarkeit von Qualitätsindikatoren gefordert. Schlecht objektivierbare Qualitätsbereiche wie „Qualität der Beziehungsgestaltung“ und auch ethische Kriterien scheiden dabei weitgehend aus.

Meßbar sind in erster Linie Merkmale, die selbst schon Häufigkeiten darstellen, wie z.B.

- „Medikamentenverbrauch“
- „Anzahl der Gespräche pro Woche“
- „Anzahl Fixierungen pro Monat“
- „Quadratmeter Zimmerfläche pro Patient“.

Ebenfalls in Frage kommen solche Merkmale, bei denen nur das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein beurteilt werden muß, wie

- „Teamzusammensetzung nach Berufsgruppen“
- „Ausstattung mit technischen Geräten“

u.a.

Mittels sozialwissenschaftlicher Methoden (z.B. Fragebögen) sind darüber hinaus auch Merkmale wie „Patientenzufriedenheit“, „Haltung der Mitarbeiter zu ihrer Arbeit“, u.a. prinzipiell meßbar zu machen. In der Alltagsroutine verwendbare Verfahren dazu liegen jedoch nicht vor.

## **7. Probleme vergleichender Qualitätsprüfung**

Nun sagt, wie auch anhand der Beispiele deutlich wird, die Meßbarkeit eines Merkmals wenig über seine Bedeutung für die Qualitätsbeurteilung aus. Daher wäre eine Auswahl und Gewichtung solcher meßbarer Qualitätsindikatoren nach ihrer jeweiligen Bedeutung (Validität) für die zu erfassende Qualität der nächste notwendige Schritt.

Um valide Indikatoren für Qualität bestimmen zu können, muß die Qualität selbst allerdings zunächst einmal definiert und, soweit es die Ermittlung quantitativer Indikatoren betrifft, meßbar sein. Daher führt auch dieser vordergründig „objektiv“ wirkende Ansatz letztlich wieder darauf zurück, daß zunächst einmal über die normative Beurteilung von Qualität Konsens bestehen muß.

Es sind demnach Fragen zu beantworten wie:

- Sind kurze Verweildauern ein Zeichen für Behandlungsqualität oder für einen hohen Abschreckungswert der jeweiligen Einrichtung?

- Sind hohe oder niedrige Medikamentendosierungen qualitativ besser?
- Sind weniger Medikamentennebenwirkungen bei längeren Verweildauern oder stärkere Nebenwirkungen bei kürzeren Verweildauern die qualitativ bessere Therapie?
- Sind viele Gespräche ein Zeichen für Behandlungsqualität oder eher für die Unsicherheit der Therapeutinnen und Therapeuten?
- usw.

Auch vergleichende Qualitätsprüfung hat daher zunächst ein differenziertes, auf Konsens basierendes Qualitätsmodell zur Voraussetzung. Dabei dürfen die Qualitätsanforderungen nicht bereits unter dem Gesichtspunkt ihrer Meßbarkeit ausgewählt werden. Die Meßbarkeit eines Qualitätsmerkmals beinhaltet keinerlei Aussage darüber, ob und inwieweit dieses zur Qualitätsbeurteilung relevant ist. Erst wenn über die Qualitätsanforderungen Einigkeit besteht, kann versucht werden, diese mit objektiven Methoden meßbar zu machen und gegebenenfalls die für eine vergleichende Beurteilung notwendigen quantitativen Standards festzulegen.

### **8. Vergleichende Qualitätsprüfung und Stand der Psychiatrie**

Es wäre sicher vermessen, wollte man behaupten, daß ein für ein umfassendes Qualitätssicherungsverfahren hinreichender fachlicher Konsens über meßbare Qualitätskriterien in der Psychiatrie zum gegenwärtigen Zeitpunkt gegeben sei. Die fachliche Diskussion ist vielmehr gekennzeichnet durch eine beträchtliche Spannweite verschiedener Lehrmeinungen. Dies gilt insbesondere bezüglich der Gewichtung der verschiedenen Bestandteile psychiatrischer Behandlung für den Gesamtprozeß, also z.B. in der Frage, wie bedeutsam ist eigentlich die Psychotherapie, die Ergotherapie, usw.

Ein Verfahren zur externen Qualitätsprüfung in der Psychiatrie wäre daher, sofern auf einen breiten fachlichen Konsens Wert gelegt wird, gegenwärtig nur in der Weise denkbar, daß nur solche Qualitätskriterien erfaßt werden, die in der fachlichen Diskussion unstrittig sind. Ein solches, lediglich an Mindestnormen ausgerichteten Verfahren könnte allerdings bestenfalls sog. „schwarze Schafe“ identifizieren. Zu einer Qualitätssicherung im Sinne tatsächlicher Qualitätsverbesserung psychiatrischer Krankenhausbehandlung in der Breite trüge es wenig bei. Es würde im Gegenteil sogar die Gefahr in sich bergen, daß Krankenhäuser sich mit der Erfüllung solcher Mindestnormen zufrieden geben und darüber hinausgehende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung für überflüssig erachten.

### **9. Qualitätsmanagement**

Zur Entwicklung eines Verfahrens zur vergleichenden Qualitätsprüfung im Rahmen des Projektes fehlten und fehlen insofern die erforderlichen Voraussetzungen. Alternativ kam daher die Orientierung auf internes Qualitätsmanagement in Betracht.

Qualitätsmanagement meint dabei im wesentlichen die folgenden Aufgaben:

- Qualitätsbeurteilung
- Schwachstellenanalyse
- Erkennen von Qualitätsressourcen
- Festlegen von Qualitätszielen
- Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen
- erneute Qualitätsbeurteilung
- usw.

Jedem in der Psychiatrie tätigen Menschen wird dieser Ablauf vertraut vorkommen. Es handelt sich nämlich um das gewöhnliche Ablaufmodell für Problemlösungen aller Art, wie es z.B. auch in der Behandlungs- und Pflegeplanung gebräuchlich ist.

Wie leicht erkennbar ist, hat auch dieses Verfahren ein ihm zugrunde gelegtes Qualitätsmodell zur Voraussetzung. Da Qualitätsmanagement im Unterschied zu vergleichenden Prüfungen jedoch gewöhnlich intern abläuft, also in erster Linie der Optimierung der eigenen Arbeit dient, reicht hier als „Qualitätsmessung“ das systematisch gebildete fachliche Urteil (z.B. innerhalb eines Teams) aus, um die Qualität zu erfassen, zu entwickeln und zu sichern.

Damit eine solche Urteilsbildung systematisch geschieht, die Entscheidung darüber, welche Gesichtspunkte Berücksichtigung finden, also nicht dem Zufall oder der „Genialität“ Einzelner überlassen bleiben, empfiehlt sich die Orientierung an einem qualifizierten und fachlich konsensfähigen Leitfaden. Ein solcher Leitfaden muß zum einen die Qualitätsanforderungen definieren, zum anderen auf die wichtigsten Bereiche eingehen, in denen Qualität erfaßt und vor allem beeinflußt werden kann.

Der wesentlichste Vorteil dieses Verfahrens gegenüber vergleichenden Qualitätsprüfungen besteht allerdings nicht darin, daß es geringere Ansprüche stellt, sondern darin, daß hier Qualität nicht nur erfaßt, sondern bereits durch den Verfahrensablauf selbst praktisch beeinflußt, also verbessert wird.

## **10. Projektziele**

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen einigte sich die Projektgruppe letztlich auf die im folgenden dargestellten Ziele:

Zweck der Projektarbeit

- praktische Qualitätsverbesserung

Projektziele (Aufgaben)

- Entwicklung eines Anforderungsprofils (Qualitätsmodell) für die klinische Psychiatrie
- Erarbeitung eines Leitfadens zur systematischen Qualitätsbeurteilung als Grundlage für ein internes Qualitätsmanagement

## **11. Qualitätsebenen**

Da psychiatrische Kliniken hochkomplexe Institutionen sind, in denen zahlreiche Qualitätsprozesse nebeneinander und auf vielen Ebenen ablaufen, war darüber hinaus auch noch der zentrale Ansatzpunkt bzw. die Beurteilungsperspektive zu klären.

Üblicherweise wird im Zusammenhang mit Qualitätsbeurteilungen nach den folgenden Ebenen unterschieden:

- Strukturqualität
- Prozeßqualität
- Ergebnisqualität.

Eine solche analytische Unterscheidung macht im Falle eines isolierbaren Qualitätsprozesses auch durchaus Sinn. Ein solcher isolierbarer Qualitätsprozeß kann jedoch auf sehr unterschiedlicher Stufe angesiedelt sein. Als Beispiel mögen zum einen ein einzelnes Therapiegespräch, zum anderen die Versorgung der jeweiligen Versorgungsregion dienen:

Therapiegespräch

**Strukturqualität:** Stehen geeignete, störungsfreie Räume zur Verfügung?

**Prozeßqualität:** Wie wurde das Gespräch inhaltlich geführt?

**Ergebnisqualität:** Was hat das Gespräch unmittelbar gebracht?

Regionale Versorgung

**Strukturqualität:** Wie ist die Einbindung der Klinik in die Region?

**Prozeßqualität:** Wie arbeitet die Klinik mit den verschiedenen regionalen Diensten zusammen?

**Ergebnisqualität:** In welchem Umfang erfüllt die Klinik die ihr im Psychiatrieplan der Region zugewiesenen Aufgaben?

## **12. Betrachtungsebenen für psychiatrische Kliniken**

Mit Blick auf komplexe Institutionen wie psychiatrische Kliniken, die zahllose einzelne Qualitätsprozesse umfassen, stellt sich daher die Frage, welche Prozeßebene vorwiegend in den Blick zu nehmen ist, bzw. wie die für die Qualitätsbeurteilung relevante Betrachtungsebene in einer Psychiatrischen Klinik aussehen kann?

- die Gesamtinstitution?  
(z.B. „Was leistet die Klinik in der regionalen Versorgung?“)
- die einzelne Behandlungseinheit  
(z.B. „Was taugt das Konzept der Station und dessen Umsetzung?“)
- die Behandlung des Einzelfalls  
(z.B. „Was taugt die Behandlungsplanung und deren Umsetzung?“)

Offenbar sind alle genannten Ebenen für die Beurteilung von Belang. Die Pro-

jektgruppe hat daher die Differenzierung nach Struktur-, Prozeß- und Ergebnis-ebene verlassen und statt dessen vier Untersuchungsebenen definiert, nämlich

Untersuchungsebenen

- das Ergebnis der Behandlung im Einzelfall
- den Verlauf der Behandlung (Rückblick) im Einzelfall
- die Behandlungseinheit
- die Gesamteinstitution bzw. die Rahmenbedingungen der Behandlung

### **13. Qualitätsanforderungen der Projektgruppe**

Wie sieht nun das Qualitätsmodell der Projektarbeit konkret aus?

Erarbeitet wurde ein Katalog (Profil) von grundsätzlichen Qualitätsanforderungen, der die folgenden Punkte umfaßt:

#### **Qualitätsanforderungen (Ziel- und Handlungsvorgaben)**

Behandlungsziele

- A) Verminderung psychopathologischer Symptomatik
- B) Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance
- C) Förderung der sozialen Integration

Vorrangige Absichten

- D) Schutz der Würde des Patienten bzw. der Patientin
- E) Nutzerzufriedenheit
- F) Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz
- G) Rechtssicherheit
- H) Positive Wirkung nach außen

Mittel / Organisation

- I) Orientierung der Behandlung am Individuum
- J) Beziehungsorientierte Behandlung
- K) Transparenz der Behandlungsplanung und -durchführung
- L) Mehrdimensionales Krankheitsverständnis
- M) Methodisch-wissenschaftliche Orientierung
- N) Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multiprofessionelle Behandlung
- O) Außenorientierung /Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen /Vernetzung der psychosozialen Hilfen
- P) Nachrangigkeit stationärer Hilfen
- Q) Angemessene Dokumentation
- R) Reflexion

Optimale Nutzung der Ressourcen

- S) Wirtschaftlichkeit
- T) Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen

U) Aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter V)  
Regelung der fachlichen Zuständigkeit W) Ausreichende Ausstattung mit  
Sachmitteln

### *Anmerkungen zu den Qualitätsanforderungen*

#### Allgemein

Die Abfolge in der Liste stellt keine Rangliste dar. Auch wenn z.B. die „Verminderung der psychopathologischen Symptomatik“ ganz oben steht, heißt dies nicht, daß sie ein wichtigeres Behandlungsziel wäre als die „Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance“ oder die „Förderung der sozialen Integration“.

Die einzelnen Anforderungen selbst dürften im Großen und Ganzen selbsterklärend sein. Ich will daher nur zu einigen, bei denen es eventuell Mißverständnisse geben könnte, noch einige Anmerkungen machen:

#### Anforderung J: Beziehungsorientierte Behandlung

Mancher wird unter den Qualitätsanforderungen den Begriff der „Ganzheitlichkeit“ vermißt haben. Die Projektgruppe hat sich statt dessen für den Begriff „Beziehungsorientierung“ entschieden. Dieser macht deutlicher, daß es nicht in erster Linie darum geht, nun auch noch das letzte lebensgeschichtliche Detail aus der Anamnese zu holen, sondern vor allem darum, die Patientinnen und Patienten als Menschen in sozialen Bezügen wahrzunehmen. Dies betrifft nicht zuletzt auch die sozialen Bezüge im Behandlungsprozeß selbst, also die sog. „therapeutischen Beziehungen“.

#### Anforderung F: Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz

Soziale Schutzfunktion meint hier den Gesichtspunkt der Fürsorge für die Patientinnen und Patienten, also z.B. nach Möglichkeit zu verhindern, daß jemand sich im manischen Zustand in seiner gesamten sozialen Umgebung „unmöglich macht“, seinen Arbeitsplatz kündigt u.a..

#### Anforderung H: Positive Wirkung nach außen

Wirkung meint hier tatsächliche Wirkung im Sinne von Einwirken, also nicht nur ein gutes Image der Klinik in der Öffentlichkeit, sondern auch tatsächliche Aktivitäten in meinungsbildender, psychiatriepolitischer und wissenschaftlicher Hinsicht.

#### Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen

Diese Anforderung (sie hieß im Entwurfsstadium lange Zeit „Mitarbeiterpflege“) verweist darauf, daß eine Klinik nicht nur eine Verpflichtung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten hat, sondern ebenso eine solche gegenüber ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Deren Förderung muß ebenso ein eigenständiges Organisationsziel sein, wie z.B. die Wirtschaftlichkeit.

# Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken

## Prüfbereiche und Handlungsebenen

*Julia Pohl*

### **Der Umgang mit den Qualitätsanforderungen**

Herr Kunze und Herr Kistner haben Ihnen unser Qualitätsmodell vorgestellt und die Vorgeschichte sowie die rechtlichen und wissenschaftstheoretischen Grundlagen erläutert.

Ich möchte nun versuchen, Ihnen den praktischen Teil unseres Leitfadens näherzubringen. Denn dies war uns während der ganzen Dauer der Projektarbeit ein wesentliches Anliegen: Wir wollten ein Instrument entwickeln, das - integriert in die tägliche Praxis - zur Förderung und Erhaltung der Qualität psychiatrischer Arbeit genutzt werden kann.

Unsere Idee war und ist, daß diejenigen, die in Psychiatrischen Kliniken tätig sind, selbst die Qualität ihres Handelns beurteilen sollen, um sie gegebenenfalls auch direkt verbessern zu können. Beurteilen ist in diesem Zusammenhang nicht zu verwechseln mit bewerten oder gar benoten, sondern wir meinen damit eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den hier dargestellten Qualitätsanforderungen bezogen auf die eigene Praxis. D.h. wir müssen uns mit der Frage beschäftigen: „Sind diese Anforderungen tatsächlich explizit und bewußt Richtschnur unseres Handelns? Worin äußert sich das? Was tun wir konkret im Hinblick auf diese Anforderungen? Tun wir das Richtige?“ Und: „Tun wir genug?“

### **Die Bereiche**

So global, wie ich die Fragen hier gerade gestellt habe, kann man sie allerdings nicht beantworten. Denn die Arbeit in der Psychiatrie beinhaltet eine Vielfalt an Tätigkeitsfeldern, die man nicht alle gleichzeitig untersuchen kann. Um zu praxisrelevanten, auf die Qualitätsoptimierung ausgerichteten Aussagen zu kommen, müssen wir uns auf begrenzte, konkret definierte Handlungsfelder beziehen. Doch wie soll man ein so komplexes System wie die stationäre psychiatrische Behandlung unterteilen?

Wir haben bewußt darauf verzichtet, eine an den verschiedenen Berufsgruppen orientierte Aufteilung zu wählen, weil wir damit bereits im Ansatz eine unserer Qualitätsanforderungen außer acht gelassen hätten - nämlich die nach multi-professioneller Zusammenarbeit, die im übrigen auch schon von den Verfassern der Psych-PV als ein wesentliches Grundprinzip psychiatrischer Behandlung gefordert wird.

Wir haben statt dessen Teilbereiche psychiatrischen Handelns definiert, die sich unabhängig von den ausführenden Berufsgruppen an dem Behandlungsprozeß und seinen Rahmenbedingungen orientieren:

### **Patientenbezogene Bereiche**

- 1) Aufnahmeverfahren
- 2) Diagnostik
- 3) Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren
- 4) Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche
- 5) Ergotherapie, Bewegungstherapie usw.
- 6) Hilfen in bezug auf: Wohnen und Selbstversorgung
- 7) Hilfen in bezug auf: Arbeit, Beschäftigung, Schule
- 8) Hilfen in bezug auf: Soziale Kontakte und Freizeit
- 9) Umgang mit den Angehörigen
- 10) Materielle Grundversorgung
- 11) Entlassungsvorbereitung und Entlassung
- 12) Handhabung von Zwangsmaßnahmen
- 13) Allgemeinmedizinische und konsiliarärztliche Versorgung

### **Auf die Behandlungseinheit bezogene Bereiche**

- 14) Beziehungsgestaltung, Bezugspersonensysteme
- 15) Behandlungs- und Pflegeplanung
- 16) Zeitmanagement
- 17) Milieugestaltung
- 18) Stationskonzepte
- 19) Behandlungsteam
- 20) Informations- und Kommunikationssystem
- 21) Dokumentationssystem
- 22) Stationsorganisation und -Verwaltung

### **Institutionsbezogene Bereiche**

- 23) Personalmanagement (Motivation, Förderung, Arbeitsklima, Kooperation)
- 24) Krankenhausgliederung und Leitung
- 25) Kooperation zwischen Krankenhausverwaltung und Behandlungsbereich
- 26) Öffentlichkeitsarbeit
- 27) Vertretung der Interessen von Patientinnen und Patienten
- 28) Erreichbarkeit

## Die Kontextmatrix

Die Grundlage unserer Qualitätsbeurteilung besteht also zum einen in den von Herrn Kistner dargestellten Qualitätsanforderungen, zum anderen in der Festlegung der hier aufgeführten Teilbereiche psychiatrischen Handelns, die wir für die Qualität psychiatrischer Kliniken als besonders wichtig ansehen.

Eine Qualitätsbeurteilung im Sinne des Projektergebnisses heißt dann nichts anderes, als zu überprüfen, inwieweit die Qualitätsanforderungen in den genannten Handlungsbereichen umgesetzt werden.

Fügt man beides zusammen - die Anforderungen und die Bereiche -, läßt sich der Gesamtkomplex der Behandlungsqualität in der Psychiatrie in einem zweidimensionalen Schema darstellen, einer sogenannten Kontextmatrix, die ich hier nur als Ausschnitt zeigen kann. Sie finden die gesamte Matrix aber bei Ihren Kongreßunterlagen:

<div style="text-align: center;"> <b>Kontextmatrix</b> </div>		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Aufnahmeverfahren	Diagnostik	Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren	Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche	Ergotherapie, Bewegungstherapie, usw.	Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung	Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule	Hilfen in Bezug auf Soziale Kontakte, Freizeit	Umgang mit den Angehörigen
A	Verminderung psychopathologischer Symptomatik									
B	Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheitsverständnis, Compliance									
C	Förderung der sozialen Integration									
D	Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten									
E	Nutzerzufriedenheit									
F	Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz									
G	Rechtssicherheit									
H	Positive Wirkung nach außen									
I	Orientierung der Behandlung am Individuum									

Diese Kontextmatrix ist im Prinzip nichts anderes als eine knappe, sozusagen grafische Zusammenfassung unseres Gesamtkonzepts von Qualitätsbeurteilung.

An den Kreuzungspunkten zwischen den Anforderungen und den Bereichen, also in den einzelnen Feldern der Matrix findest die konkrete Qualitätsbeurteilung

statt, d.h. es muß nach und nach für jedes Feld überlegt werden: „Was tun wir dafür, daß diese Anforderung in diesem Bereich erfüllt wird?“

Der Leitfaden enthält zu jedem Bereich einen Einführungstext, Diese Texte dienen zur näheren inhaltlichen Beschreibung des jeweiligen Bereichs. Sie umfassen neben Erläuterungen zur Umsetzung der allgemeinen Qualitätsanforderungen auch Ergänzungen um bereichsspezifische Anforderungen, die sich nicht unmittelbar aus dem allgemeinen Qualitätsmodell herleiten lassen.

Diese Ergänzungen sind notwendig, weil bei der Anwendung bestimmter Behandlungsmittel neben der Erfüllung der allgemeinen Qualitätsanforderungen auch noch deren jeweils eigene fachliche Verfahrenslogik berücksichtigt werden muß.

Die medikamentöse Behandlung z.B. (Bereich 3) muß entsprechend der Anforderung B so durchgeführt werden, daß Verantwortungsfähigkeit, Krankheitseinsicht und Compliance des Patienten gefördert werden. D. h., der Patient oder die Patientin muß ausreichend aufgeklärt und soweit wie möglich in die Entscheidungen einbezogen werden sowie bei Bedarf entsprechende Hilfen zur selbständigen Medikamenteneinnahme erhalten.

Soweit die allgemeinen Anforderungen. Zusätzlich ist aber in bezug auf die Medikation insbesondere darauf zu achten, daß auch die Angehörigen systematisch in die Behandlung einbezogen werden, da sie nach der Entlassung des Patienten wesentlichen Einfluß auf die Fortführung der medikamentösen Behandlung haben können. Dieser Gesichtspunkt ist aus der Anforderung B nicht unmittelbar zu erschließen, sondern er wird in dem Einführungstext zu dem Bereich 3 erläutert.

Insofern stellen die Texte zu den jeweiligen Bereichen wichtige Ergänzungen und Erweiterungen der allgemeinen Qualitätsanforderungen dar, die jeweils mit berücksichtigt werden müssen.

### ***Umgang mit der Kontextmatrix***

Wie stellen wir uns nun die Qualitätsbeurteilung anhand dieser Kontextmatrix vor?

Da jeder Bereich für sich genommen bereits multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert, liegt es auch nahe, daß die Qualitätsbeurteilung von denjenigen gemeinsam durchgeführt werden sollte, die in dem jeweiligen Bereich gemeinsam tätig sind.

Ich möchte dies an einem praktischen Beispiel erläutern: Das Behandlungsteam einer Station möchte sich über die Qualität seines Patienten-Aufnahmeverfahrens klar werden.

In der Bereichsbeschreibung wird das Aufnahmeverfahren definiert als „der gesamte Ablauf vom Erstkontakt des Patienten bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Aufnahmegespräch und die Aufnahmediagnostik durchgeführt wurden, der Be-

treffende verwaltungsmäßig aufgenommen wurde und sein Zimmer in der Behandlungseinheit bezogen hat."

Um das Thema - den Bereich Aufnahmeverfahren - im Hinblick auf die speziellen Bedingungen der Station zu konkretisieren, wird sich das Team als erstes überlegen, wie der übliche Ablauf des Aufnahmeverfahrens aussieht:

- Wo findet die Aufnahme statt - zentral oder auf der behandelnden Station?
- Wer nimmt die Patienten auf - der Diensthabende oder die Stationsärztin? Wer ist außerdem daran beteiligt?
- Welche Untersuchungen gehören zur Aufnahme?
- Welche Informationen müssen erfragt werden?
- Wie ist der verwaltungsmäßige Ablauf?
- usw.

Hat man das Aufnahmeverfahren in dieser Form kurz beschrieben, wendet man sich der ersten Qualitätsanforderung zu: „Verminderung der psychopathologischen Symptomatik“. Hierzu muß überlegt werden, in welcher Form sich die Aufnahmesituation überhaupt auf die Krankheitssymptomatik auswirken kann? Das Team trägt z.B. folgende Punkte zusammen:

Die Aufnahme zur stationären Behandlung stellt immer - auch für psychisch gesunde Menschen - eine erhebliche Belastung dar: sie verunsichert, bewirkt oder verstärkt Ängste, erfordert Neuorientierung in einer fremden Umgebung mit fremden Personen usw. Das Aufnahmeverfahren muß also so gestaltet werden, daß z. B. bestehende Ängste, Erregung, Orientierungsschwierigkeiten möglichst gelindert, auf keinen Fall aber verstärkt werden. Damit sind die allgemeinen Handlungsanforderungen an das Stationsteam formuliert, und die eigentliche Qualitätsüberprüfung kann beginnen.

Für das erste Feld der Matrix wäre jetzt die Frage zu stellen: „Was tun wir dafür, daß im Rahmen der Aufnahme die akute Krankheitssymptomatik möglichst schon gleich etwas gelindert oder zumindest nicht verstärkt wird?“

Konkret könnte das z.B. heißen.:

- Findet das Aufnahmegespräch in einem störungsfreien Raum statt?
- Sind nicht zu viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an dem Ablauf beteiligt?
- Werden nur die wichtigsten Informationen erfragt, damit der Patient bzw. die Patientin nicht durch zu lange Gespräche überfordert wird?
- Werden nur wirklich dringende Untersuchungen durchgeführt?
- usw.

In dieser Weise wird der konkrete Ablauf des Aufnahmeverfahrens daraufhin untersucht, ob er in allen Punkten der Anforderung gerecht wird.

Danach widmet man sich dem zweiten Feld der Matrix (Anforderung: Verantwortungsfähigkeit usw.). Hier würde die Frage zu stellen sein: „Ist unser Aufnahmeverfahren dazu geeignet, die Verantwortungsfähigkeit, das Krankheitsverständnis und die Compliance des Patienten zu fördern?“

Auch hier wird zunächst überlegt, wie sich das Aufnahmeverfahren überhaupt auf die Verantwortungsfähigkeit auswirken kann, um dann konkret zu untersuchen, ob dies in dem bestehenden Verfahrensablauf berücksichtigt ist, z.B.:

- Können die Patientinnen und Patienten sich beispielsweise die Station anschauen und sich über die Behandlungskonzepte informieren, bevor sie sich für die Aufnahme entscheiden?
- Werden soweit wie möglich vor oder bei der Aufnahme konkrete Behandlungsziele vereinbart?
- usw.

Geht man so jede Anforderung durch, ergibt sich am Ende ein sehr detailliertes und umfassendes Bild der Stärken und Schwächen in der täglichen Praxis des Behandlungsteams im Hinblick auf das Aufnahmeverfahren - und gleichzeitig damit auch Anregungen zur Verbesserung,,

### ***Die Ebenen der Qualitätsbeurteilung***

Sie kennen nun das Grundmuster unserer Qualitätsbeurteilung. Allerdings müssen wir das Schema noch etwas erweitern, nämlich um die Ebenen der Qualitätsbeurteilung, die Herr Kistner bereits erläutert hat:

Die Qualitätsbeurteilung kann - je nachdem, was als der zu beurteilende Prozeß definiert wird, - durchgeführt werden mit dem Blick auf:

Die Ebenen der Qualitätsbeurteilung

- Der Einzelfall:
  - Behandlungsverlauf
  - Behandlungsergebnis
- Die Behandlungseinheit:
  - das Behandlungskonzept und dessen praktische Umsetzung
- Die Institution:
  - Stationsübergreifende Konzepte, Struktur und allgemeine Rahmenbedingungen der Klinik

Bisher haben wir - an dem Beispiel „Abnahmeverfahren“ - nur die Behandlungseinheit betrachtet - das Behandlungskonzept und dessen praktische Umsetzung. Wir können aber auch in derselben Form für jedes einzelne Feld der Matrix die anderen Ebenen untersuchen.

Um die unterschiedlichen Fragestellungen, aber auch die Zusammenhänge zu erläutern, steile ich die Bezugsebenen hier in anderer Reihenfolge dar:

Auf der **institutionellen Ebene** werden die allgemeinen Rahmenbedingungen geschaffen, unter denen die Behandlung stattfindet. Bezüglich der Qualitätsbeurteilung muß also für jedes Feld der Matrix untersucht werden: - Ist diese Anforderung in diesem Bereich Bestandteil der allgemeinen Ausrichtung der Klinik?

- Wird von Seiten der Leitung darauf hingewirkt, daß sich dies in den Konzepten und der Praxis der Behandlungseinheiten widerspiegelt?
- Fördern die allgemeinen Rahmenbedingungen die Berücksichtigung der Anforderung in diesem Bereich?

Bezogen auf unser Beispiel „Aufnahmeverfahren“ ist konkret zu überprüfen, ob die allgemeinen Rahmenbedingungen der Klinik überhaupt eine für die Patientinnen und Patienten möglichst wenig belastende Aufnahmesituation zulassen.

Auf der **Ebene der Behandlungseinheit** werden die allgemeinen Vorgaben der Institution in konkrete Behandlungskonzepte und Handlungsstrategien umgesetzt. Die Qualitätsbeurteilung auf dieser Ebene beinhaltet für jedes Feld der Kontextmatrix die Fragen:

- „Wie berücksichtigt unser Konzept diese Anforderung in diesem Bereich?“
- „Setzen wir unsere konzeptionellen Vorgaben tatsächlich konsequent in die Praxis um?“

Zur Beurteilung der Behandlungsqualität ist die Feststellung, daß die entsprechenden Hilfen im Konzept vorgesehen sind, nur der erste Schritt. Darüber hinaus muß auch z.B. überprüft werden, wie häufig entsprechende Maßnahmen angeboten werden, wie viele Patientinnen und Patienten sie in Anspruch nehmen, ob die Maßnahmen sowohl dem Krankheitsbild wie auch den realen Lebensbedingungen der Patientinnen und Patienten entsprechen usw.

Genauso muß allerdings auch hinterfragt werden, ob die Behandlung Maßnahmen umfaßt, die gemessen an den Qualitätsanforderungen kontraindiziert sind. Hierzu fallen mir spontan immer wieder eine Menge Stationsregeln und Standardprogramme ein, die der Forderung nach Zielorientierung und Individualisierung der Behandlung häufig widersprechen.

Die konkreten Fragestellungen bezogen auf das Beispiel „Aufnahmeverfahren“ haben wir vorher schon ausführlich behandelt.

Auf der **Ebene des Behandlungsverlaufs im Einzelfall** wirken sich sowohl die allgemeinen institutionellen Rahmenbedingungen wie auch die konkreten Abläufe in der Behandlungseinheit aus. Hier muß überprüft werden:

- Gab es in diesem Bereich bezogen auf die Anforderung Handlungsbedarf?
- Welches war das Behandlungsziel?
- Welche Maßnahmen wurden durchgeführt?
- Waren diese bezogen auf das Ziel angemessen und ausreichend?

In unserem Beispiel wäre auf dieser Ebene zu fragen, auf welche psychopathologischen Symptome in diesem Fall besonders geachtet wurde und in welcher Form das Aufnahmeverfahren darauf speziell ausgerichtet war.

Auf der **Ebene des Behandlungsergebnisses** wird dann betrachtet:

- Was hat sich in dem Bereich bezogen auf die Anforderung bei dem Patienten bzw. der Patientin verändert?
- Stellt diese Veränderung eine Verbesserung oder Verschlechterung dar?

Bezogen auf das Aufnahmeverfahren wäre zu untersuchen, ob sich die Symptomatik bei dem Patienten bzw. der Patientin während der Aufnahme verändert hat und in welcher Form, also ob sie sich verbessert oder verschlechtert hat,

Dies ist natürlich eine stark vereinfachte Darstellung, die vor allem die Problematik der Beurteilung von Behandlungsverlauf und -ergebnis im Einzelfall nicht beinhaltet. Selbstverständlich sagt die Beurteilung eines Einzelfalls nichts über die Qualität der Behandlungseinheit oder der Klinik insgesamt aus. Allgemeinere Aussagen können nur gewonnen werden, wenn man eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten unter einer konkreten Fragestellung zusammenfassend beurteilt. Allerdings kann die Betrachtung eines einzelnen Behandlungsverlaufs bereits wichtige Hinweise auf grundlegende Probleme ergeben.

Mit der Hinzunahme dieser vier Ebenen stellt sich dann das Gesamtkonzept der Qualitätsbeurteilung wie folgt dar:

Prüfung der Umsetzung der **Qualitätsanforderungen** in den  
**Handlungsbereichen** auf den vier **Bezugsebenen**

### ***Die Beispielfragen***

In der hier sehr verkürzt dargestellten Form kann die Qualitätsbeurteilung mit Hilfe der Kontextmatrix jeweils für alle vier Ebenen erfolgen.

Um den Einstieg in die Qualitätsbeurteilung zu erleichtern, sind in dem Leitfaden für jeden Bereich Beispielfragen zu den verschiedenen Anforderungen aufgeführt, die den inhaltlichen Zusammenhang zwischen Bereich und Anforderung verdeutlichen sollen. Für die Darstellung dieser Fragen wurde eine tabellarische Form gewählt, die der Kontextmatrix entspricht. Jede Fragentabelle zu einem Bereich stellt eine Spalte der Kontextmatrix dar, wobei die einzelnen Felder jeweils die vier Ebenen berücksichtigen.

Dieser Tabellenausschnitt entspricht dem obersten linken Feld der Kontextmatrix, d.h. dem Kreuzungspunkt des ersten Bereichs („Aufnahmeverfahren“) mit der ersten Qualitätsanforderung („Verminderung psychopathologischer Symptomatik“). Hier kann für jede der vier Ebenen einzeln überprüft werden, inwieweit die Anforderung in dem Bereich erfüllt wird bzw. wurde.

Die Qualitätsbeurteilung soll nun nicht darin bestehen, die vorgegebenen Fragen zu beantworten, um dann die Qualität zu „benoten“, sondern es geht darum, - angeregt durch die Beispielfragen - möglichst konkret auf die spezifische Arbeitssituation bezogen zu reflektieren, inwieweit der Behandlungsablauf den fachlichen Anforderungen gerecht wird,

## Fragen zum Bereich 1: Aufnahmeverfahren

<b>Anforderung A:</b>  <b>Verminderung          psycho-          pathologischer          Symptomatik</b>	<b>Ergebnis im Einzelfall</b> ... ?
	<b>Verlauf im Einzelfall</b> War die Aufnahmeentscheidung wesentlich durch das Ziel bestimmt, die in einer vorangegangenen Untersuchung festgestellte psychopathologische Symptomatik zu vermindern? Wurden bereits bei der Aufnahme Behandlungsziele bezüglich der Symptomatik schriftlich festgelegt?
	<b>Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit</b> Wird das Aufnahmeverfahren im Konzept der Behandlungseinheit als Teil der Behandlung angesehen? Wird zwischen dringlichen Problemen und solchen, die Zeit haben, angemessen unterschieden?
	<b>Institutioneller Rahmen der Behandlung</b> Stehen zur Durchführung des Aufnahmeverfahrens geeignete, hinreichend vom allgemeinen Betrieb abgeschirmte Räumlichkeiten zur Verfügung?

und ob gegebenenfalls ein Veränderungsbedarf besteht.

Die Ausführlichkeit, mit der zu den einzelnen Punkten Fragen formuliert wurden, ist sehr unterschiedlich und eher zufällig. Zu einigen Punkten wurden gar keine Fragen gestellt, wie hier z.B. auf der Ebene „Ergebnis im Einzelfall“. Das bedeutet nicht, daß auf dieser Ebene keine Qualitätsüberprüfung stattfinden kann, sondern lediglich, daß den Autorinnen und Autoren die Zeit oder Phantasie fehlte, entsprechende Fragen zu finden.

Wir haben ganz bewußt darauf verzichtet, den Anschein von Vollständigkeit zu erwecken, um die Inhalte der Reflexionsgespräche, die ja durch die Beispielfragen nur angeregt werden sollen, möglichst offen zu halten.

### ***Die Adressatinnen und Adressaten des Leitfadens***

Zu der Frage, wer in welchem Rahmen die von uns vorgeschlagene Qualitätsbeurteilung durchführen sollte, wird sich Herr Dr. Jungmann morgen vormittag ausführlicher äußern, deshalb möchte ich hier nur ganz kurz darauf eingehen.

Grundsätzlich kann jeder einzelne Mitarbeiter bzw. jede Mitarbeiterin der Klinik anhand der Matrix die für sie bzw. ihn relevanten Bereiche und Anforderungen im Hinblick auf das eigene Handeln bearbeiten. Dies kann u.U. als erster Zugang zu der Arbeit mit der Matrix sinnvoll sein.

Für eine systematische interne Qualitätsüberprüfung ist es allerdings notwendig, daß in der Klinik verbindliche Verfahrensweisen vereinbart werden wie z.B. regelmäßige Besprechungen

- der Behandlungsteams, in denen ausgewählte Bereiche oder nacheinander alle Bereiche bzgl. der Anforderungen überprüft werden,
- von Vertretern aller Stationen eines Fachbereiches zur Reflexion von Stationsübergreifenden Anforderungen,

- von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Behandlungsbereich und dem Verwaltungsbereich zur gemeinsamen Beurteilung von allgemeinen Rahmenbedingungen oder Kooperationsfragen

Auf allen Ebenen, wo zusammen gearbeitet wird, kann und sollte dieses gemeinsame Tun auch miteinander reflektiert und qualitativ weiterentwickelt werden. Wichtig ist dabei, daß die jeweiligen Diskussionsrunden so zusammengesetzt sind, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frei miteinander sprechen können, ohne sich kontrolliert zu fühlen. Eine offene und konstruktive Diskussion kann nur entstehen, wenn niemand befürchten muß, daß die evtl. aufgedeckten Mängel ihm nachteilig ausgelegt werden.

Die Inhalte der Besprechungen müssen so gewählt sein, daß alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem jeweils diskutierten Bereich praktisch zu tun haben. Es macht wenig Sinn, wenn z.B. die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Verwaltungsabläufe diskutieren, obwohl sie diese nicht bearbeiten und infolgedessen auch nicht verändern können. Sinnvoller wäre, wenn eine gemischte Gruppe aus dem Verwaltungsbereich und dem therapeutischen Bereich die Themen miteinander bespricht, die alle gemeinsam angehen.

### **Zusammenfassung**

Ich habe hier versucht, Ihnen die Grundzüge unseres Konzeptes der Qualitätsbeurteilung zu erläutern, und möchte es zum Abschluß noch einmal kurz zusammenfassen:

- Wir haben Qualitätsanforderungen für die Behandlung in psychiatrischen Kliniken definiert
- Wir haben die Gesamtheit der Tätigkeiten in überschaubare Teilbereiche gegliedert
- Wir haben die Bezugsebenen für die Qualitätsbeurteilung dargestellt.
- Wir haben für alle Teilbereiche psychiatrischen Handelns exemplarisch konkrete Fragen zur Qualitätsbeurteilung formuliert.

Vielleicht ist der eine oder die andere von Ihnen jetzt enttäuscht über das, was wir nicht getan haben:

- Wir haben keine allgemeingültigen, objektiv und quantitativ erfaßbaren Kriterien vorgegeben, mit denen die Kliniken ihre Arbeit als gut, schlecht, mittelmäßig oder mangelhaft einstufen können.
- Wir haben erst recht keine solchen Kriterien entwickelt, anhand derer dies auch für externe Stellen möglich wäre.

Aber genau das war auch nicht unser Anliegen: Wir sehen das Ziel der Qualitätsbeurteilung nicht darin, ein abschließendes Urteil über die Behandlungsqualität zu fällen, sondern wir betrachten sie als einen Prozeß, in dem die Behandlung regelmäßig und kontinuierlich kritisch überprüft und optimiert wird. Unser Leitfaden soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Kliniken als Hilfsmittel die-

nen, mit einer einheitlichen Ausrichtung - definiert durch die Qualitätsanforderungen - ihre eigene Praxis zu reflektieren und zu verbessern.

In dieser Hinsicht nämlich war sich die Projektgruppe von Anfang an völlig einig: Qualitätssicherung in der Psychiatrie kann nicht bedeuten, das gegenwärtig bestehende Qualitätsniveau zu sichern in dem Sinne, daß es nur zu erhalten wäre. Es muß vielmehr darum gehen, es real und praktisch zu verbessern. Dazu einen Beitrag zu leisten, war das Anliegen der Projektgruppe. Nicht mehr, aber auch nicht weniger!

Das Schlußwort zu meinem Vortrag möchte ich Paul Watzlawick überlassen:

Kühnheit

Kühner, als das Unbekannte zu erforschen,  
kann es sein, das Bekannte zu bezweifeln.

aus: Watzlawick et. al.; Lösungen

## II. Qualitätsmanagement in der klinischen Praxis

# Das Qualitätsmodell der Projektgruppe: Vom theoretischen Ansatz zur praktischen Anwendung

*Joachim Jungmann*

## **1. Qualitätsmanagement**

Das übergeordnete Anliegen aller Maßnahmen des Qualitätsmanagements in der Medizin ist es, einen möglichst hohen Grad der Zielerreichung des Behandlungsauftrages sicherzustellen. Dieser besteht darin, die Gesundheit eines Menschen soweit wie möglich wiederherzustellen. Für die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie heißt das, seelische Beeinträchtigungen und Störungen, die die Patientin oder den Patienten und oft auch deren unmittelbares Lebensumfeld belasten, zu reduzieren oder zu heilen.

Umfassendes Ziel von Qualitätslenkung in der psychiatrischen Klinik ist es, Strategien zu entwickeln, mit denen die Abläufe beeinflusst und optimiert werden können, die notwendig sind, um das genannte Ziel zu erreichen. Das Vorhaben geht über Maßnahmen der Mitarbeiterqualifizierung im Rahmen von Fort- und Weiterbildung und über eine Optimierung der materiellen und strukturellen Ressourcen hinaus, die in der Psychiatrie-Personalverordnung grundgelegt wurden. Es zielt ab auf die Prüfung und Steigerung der Effektivität der im Krankenhaus vorgehaltenen Leistungsabläufe. An Bemühungen um Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung muß sich eine Klinik unter dem Aspekt der internen Qualitätslenkung selbst beteiligen. Da ihr unmittelbares Anliegen auf den größtmöglichen Nutzen des Handelns für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten zielt, ist sie auch zur Optimierung der eigenen Leistung verpflichtet.

Dafür ist mehr als nur eine Effektivitätskontrolle der Behandlung notwendig. Die alleinige Prüfung des Behandlungsergebnisses als ein Leistungsprodukt, und als solches kann die Dienstleistung des psychiatrischen Krankenhauses auch verstanden werden, ist nur ein Teil von qualitätssichernden Maßnahmen. Eine erst nach ihrer Erbringung festgestellte Fehlerhaftigkeit oder Ineffektivität der Dienstleistung hat für denjenigen, der sie in Anspruch genommen hat, unter Umständen gravierende Folgen. Ein Behandlungsfehler löst einen bisweilen hohen Aufwand zur Fehlerbeseitigung aus.

## **2. Psychiatrische Klinikbehandlung als Prozeß - orientiert an der Problematik des Einzelfalls**

Wenn Qualitätsmanagement dazu dienen soll, Behandlung zu optimieren, Behandlungsfehler zu vermeiden, ineffektive Behandlungsmaßnahmen oder problematische Teile der Behandlung zu erkennen, muß das gesamte therapeutische

Geschehen in Maßnahmen zur Qualitätssicherung einbezogen werden. Im psychiatrischen Krankenhaus sind hierbei Besonderheiten zu beachten. Ein psychisch kranker Mensch begegnet mit seiner individuellen Problematik therapeutischen Personen, die in ein Interaktionsgeschehen mit ihm eintreten müssen. In der Regel kann die für einen erfolgreichen therapeutischen Ablauf notwendige Beziehung erst im Rahmen eines Begegnungsprozesses aufgebaut bzw. erarbeitet werden. Dabei steht die individuelle Problematik des Patienten bzw. der Patientin im Zentrum aller Hilfebemühungen. Seine bzw. ihre Belastbarkeit und Kooperationsfähigkeit, die bisweilen erheblich beeinträchtigt sind, bestimmen den Ablauf des Geschehens wesentlich mit.

Die therapeutische Intervention in der Psychiatrie zielt über die Beseitigung einer Krankheitssymptomatik hinaus darauf ab, die Fähigkeiten des erkrankten Menschen wiederherzustellen, zu verbessern oder zu sichern, am Leben in der Sozialgemeinschaft teilnehmen zu können, soweit ihm/ihr dies nach seinen/ihren Möglichkeiten und Fertigkeiten gelingen kann. Der psychiatrische Behandlungseingriff muß in einer Weise erfolgen, die die noch vorhandene Lebenskontinuität des Patienten bzw. der Patientin so wenig wie möglich zusätzlich belastet.

Die klinische Therapie einer gravierenden psychischen Störung oder Erkrankung hat zwei weitere grundsätzliche Besonderheiten zu berücksichtigen:

Anders als bei der ambulanten Behandlung eines psychisch beeinträchtigten Menschen erfolgt die klinische Therapie stets im Kontext einer stationären oder teilstationären Behandlungsgruppe. Es muß die Aufgabe geleistet werden, eine individuelle Krankheitsproblematik innerhalb der, wenn auch nur vorübergehenden, Lebensgemeinschaft einer Stationsgruppe durchzuführen und dabei Konzeptionen von Behandlung, Pflege und Heilpädagogik anzuwenden, die im Hinblick auf die stationäre Behandlungsgruppe entwickelt wurden.

Das Zusammenleben mehrerer psychisch beeinträchtigter und kranker Menschen auf einer Station erfordert Gestaltung und Begleitung von persönlichen und sozialen Abläufen im klinischen Lebensalltag, die sich an den jeweiligen Belastungsgrenzen, Fähigkeiten und Bedürfnissen des einzelnen Patienten orientieren müssen. Die Milieugestaltung hat den materiellen Rahmen sicherzustellen, der notwendig ist, um den in seiner sozialen und emotionalen Belastbarkeit und Orientierungsfähigkeit meist erheblich beeinträchtigten Kranken als individuelle Persönlichkeit darin zu unterstützen, seelische Gesundheit als Selbstgewißheit und Fähigkeit zur sozialen Kommunikation wiederzuerlangen. Umgangsformen, Größe der pflegerischen bzw. pflegerisch-heilpädagogischen Behandlungsgruppe, Tagesgestaltung, Freizeit- und Wochenplanung bis hin zur Außenorientierung der Behandlung mit therapeutischen Maßnahmen im Außenbereich des Krankenhauses bestimmen und kennzeichnen das Ausmaß an Wertschätzung und Aufmerksamkeit, die dem Schutz der Würde und der sozialen Rechte des einzelnen Patienten, der einzelnen Patientin entgegengebracht werden.

Besonderes Gewicht ist auf die dem Patienten bzw. der Patientin mögliche Mitwirkung an der Behandlung zu legen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist darüber hinaus die Abstimmung mit Eltern und Sorgeberechtigten unverzichtbar, weil diese auch bei einer psychiatrischen Behandlung in der Klinik die Verantwortlichkeit für die Entwicklung ihres Kindes behalten. Die Mitwirkung der Angehörigen, die Zustimmung des Patienten bzw. der Patientin vorausgesetzt, dürfte allerdings auch bei der Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten oftmals anzustreben sein. Die Gestaltung von Therapie- und Hilfeplänen muß unter größtmöglicher wechselseitiger Akzeptanz und Achtung von Patient und Therapeuten geschehen und im Hinblick auf Erreichbarkeit, Auswirkungen und Grenzen fortlaufend gemeinsam erörtert werden.

Zum zweiten setzt die klinische psychiatrische Therapie auf die Behandlung durch das Behandlungsteam. Wie in der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) zugrunde gelegt, besteht heute ein hoher Konsens darüber, daß „psychiatrische Diagnostik und Therapie von einem mehrdimensionalen Krankheitskonzept auszugehen haben, das die Wechselwirkung von somatischen/hirnorganischen, psychischen/biographischen und sozialen Dimensionen in der Behandlung und im Krankheitsverlauf berücksichtigt und deshalb eine Therapie durch ein multiprofessionelles Team erfordert“ (Psych-PV, 2. Auflage, Allgemeiner Teil, 3.2, S. 6, 1994).

Um dem mehrdimensionalen Krankheitskonzept Rechnung zu tragen, ist der koordinierte Einsatz eines mehrdimensionalen Fachwissens erforderlich. Damit entsteht die Aufgabe, daß Angehörige verschiedener Berufsgruppen ihre jeweiligen Sichtweisen und Erkenntnisse einbringen müssen.

Die Behandlungspläne der verschiedenen, an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen müssen sorgfältig aufeinander abgestimmt werden, um gemeinsam die angestrebten Therapieziele zu verfolgen. Alle mit der Behandlung befaßten Berufsgruppen müssen unter wechselseitiger Achtung der fachlichen Autorität miteinander darüber nachdenken, wie Fehler und unökonomische Vorgehensweisen, ineffektive Handlungsmuster im Behandlungsverlauf erkannt und korrigiert werden können. Erforderlich ist eine kritische Zielplanung im Sinne einer geschlossenen Behandlungskonzeption, die abgestellt ist auf die Berücksichtigung verschiedener Faktoren, die beim Entstehen und Aufrechterhalten einer Erkrankung oder Störung zusammenwirken. Dies ist nur möglich, wenn die Therapie sich am vorhandenen Konsens von Praxis und Forschung zu einzelnen Problembereichen und Erkrankungen orientiert.

Daraus ergeben sich Fragestellungen wie:

- Sind die formulierten Therapieziele verbindlich für alle am therapeutischen Prozeß Beteiligten verständlich dargestellt?
- Wurden Therapieziele definiert, die die tatsächlichen, personellen und strukturellen Gegebenheiten der Klinik und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigen? Sind die Grenzen des Erreichbaren beachtet worden?

### **3. Qualitätssicherung als kollegialer Dialog**

Ein Qualitätssicherungsverfahren muß unter den Aspekten der Angemessenheit, der Passung, der Effizienz und unter Beachtung ethischer Grundsätze den interpersonellen dialogischen Prozeß betrachten, an dem auf der einen Seite die Patientin bzw. der Patient und ihre/seine wichtigsten Bezugspersonen und auf der anderen Seite das multiprofessionelle Behandlungsteam in seinem handlungsbestimmten Rahmen beteiligt sind und sein müssen. Die Qualifikation der Arbeit der Mitglieder des multiprofessionellen Behandlungsteams wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, wie etwa durch

- die fachliche Qualifikation seiner Mitglieder,
- die sachlichen und strukturellen Ressourcen der Einrichtung,
- individuelle Haltungen und Einstellungen,
- motivationale Faktoren,
- das Ausmaß der Kooperation,
- die Art der Kommunikation,
- die Qualität der Beziehungsgestaltung.

Die Dimensionen, die in wechselseitiger Abhängigkeit stehen und die sich auch teilweise überlappen, sind u.a. wiederum abhängig von Organisationsstrukturen, von der Führungsqualifikation der leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Bereitschaft aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Reflexion und Überprüfung ihrer Handlungskonzepte. Nur so können Probleme und Mängel erkannt und zur Verbesserung therapeutischer Effekte genutzt werden.

Um einen Reflexionsprozeß mit dem Ziel der optimalen Gestaltung des gemeinsamen Handelns im psychiatrischen Krankenhaus in Gang zu setzen, müssen die Abläufe in den einzelnen Arbeits- und Handlungsbereichen definiert und beschrieben werden.

Die Beschreibung der Arbeitsabläufe, die realistisch und nicht übertrieben detailliert erfolgen soll, muß Fragen der Abstimmung und der Überprüfung von Verantwortlichkeiten einschließen. Bereits zu diesem Zeitpunkt kann erkannt werden, was unter Umständen neu zu regeln ist. Voraussetzung dafür ist, daß die geforderten Beschreibungen und Zuständigkeitsprüfungen am beabsichtigten Ergebnis orientiert werden, da nur durch die Ausrichtung auf das angestrebte Handlungsziel eine Optimierung der dafür notwendigen Handlungsschritte und des dafür erforderlichen Ressourceneinsatzes möglich wird. Diese unmittelbar einsichtig erscheinende Betrachtungsweise steht im Gegensatz zu einer Vorgehensweise, die nicht die Fragen nach dem optimalen Ablauf in den Mittelpunkt der Überlegungen stellt, sondern von der prinzipiellen Unveränderbarkeit der vorhandenen betrieblichen Abläufe, aus welchen Gründen auch immer, ausgeht. Erst auf der Grundlage genereller Festschreibungen der notwendigen Handlungsschritte können Kriterien entwickelt werden, die eine nachvollziehbare Analyse und kritische Überprüfung der angestrebten und erreichten Qualität des Behandlungssettings einer Klinik oder einer Behandlungseinheit möglich machen. Hierzu liefern die ausführliche Aufgliederung und die kennzeichnenden Beschreibungen der handlungs-

relevanten Bereiche der Klinik, die in unserem Leitfaden zur *internen Qualitätsbeurteilung* dargestellt werden, Orientierungshilfen.

In dem vorgelegten Leitfaden zur internen Qualitätsbeurteilung haben wir den Versuch unternommen, die komplexen Anforderungen an den Behandlungsprozeß in der klinischen Psychiatrie abzubilden. Zentrales Anliegen der Entwicklung eines Kataloges von Qualitätsanforderungen und damit von Qualitätszielen der klinisch-psychiatrischen Behandlung war es, die vielfältigen Anliegen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen, die eindeutig über die bloße Reduktion von Krankheitssymptomen hinausgehen. Dies ergibt sich, wie oben gesagt, daraus, daß die psychiatrische Behandlung über die Verminderung von Störsymptomen hinaus stets auf die Verbesserung der sozialen Orientierungsfähigkeit des psychisch kranken Menschen abzielt. Damit sind notwendig weitere Handlungsziele Bestandteil der klinischen Therapie, die deren Qualität wesentlich beeinflussen. Des weiteren sind Qualitätsanforderungen an die für einen qualitativ hochwertigen Behandlungsprozeß notwendigen Bedingungen und Mittel darzustellen, soweit sie einer qualitativen Steuerung zugänglich sind. Bei der Überlegung, mehrdimensionale Qualitätsziele aufzustellen, ging unsere Arbeitsgruppe nicht von der Absicht aus, einen abschließenden Katalog von überprüfbaren Standards zu entwickeln. Anliegen des vorgeschlagenen Verfahrens ist es vielmehr, ein möglichst großes Spektrum von qualitativen Anforderungen zu definieren, die einer Klinik dazu dienen können, eigene Qualitätsziele bzw. qualitative Handlungsprofile zu formulieren.

Der von der Arbeitsgruppe gewählte Ansatz zur Entwicklung von Qualitätslenkungsmaßnahmen zielt nicht in erster Linie ab auf das Messen und Überprüfen festgelegter Standards, sondern setzt auf die Qualifizierung des Dialoges der diagnostisch und therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb einer Klinik. Die Absicht, Behandlungsziele durch Komplexität von Behandlungsanforderungen abzubilden, soll dazu anregen, Qualitätsüberlegungen zu einer möglichst großen Zahl von Variablen des klinischen Alltagshandelns zu berücksichtigen.

In einem nächsten Schritt muß im gemeinsamen Dialog aller am Behandlungsprozeß beteiligten Personen versucht werden, eine Ist-Beschreibung des mit den bisherigen Behandlungsmaßnahmen erreichten Qualitätsniveaus vorzunehmen. Hierbei sollen die in unserem Katalog aufgeführten oder weitere als notwendig erkannte Qualitätsanforderungen gezielt berücksichtigt werden.

Um dem Ziel des kollegial geführten Dialogs aller an der Leistungserbringung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Klinik näherzukommen, können fachliche und formale Vorgaben hilfreich sein, wenn sie den Erfahrungs- und Problembereich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzubilden vermögen. Wir haben uns darum bemüht, nicht nur die Handlungsbereiche der klinischen Diagnostik und Therapie exakt zu beschreiben, sondern auch Fragen zu formulieren, die eine Reflexion zu den verschiedenen Qualitätsanforderungen anregen sollen. Dabei gehen wir davon aus, daß jede Klinik ihre eigenen Zielvorstel-

lungen, ihre eigene „Unternehmensphilosophie“ zu formulieren hat. Solche Zielvorstellungen können aufgrund unterschiedlicher Aufgabenstellungen oder infolge sich wandelnder Anforderungen Veränderungen unterliegen, die jeweils erneut der Reflexion zugänglich gemacht werden müssen.

Den von uns aufgestellten Qualitätsanforderungen müssen Ziel- und Handlungsvorgaben folgen, die in der jeweiligen Klinik zu entwickeln sind. Sie sollen eine beständig fortgeführte Prüfung des konkreten Zielerreichungsgrades der Qualitätsprofile ermöglichen.

Voraussetzung für ein effektives Qualitätsmanagement ist die Bereitschaft aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die am Behandlungsprozeß beteiligt sind, sich über das Erfordernis der gemeinsamen Reflexion zu verständigen. Es hängt von der Einstellung einer jeden Mitarbeiterin ab, wie Behandlungskonzepte, Leitlinien und Vorgaben umgesetzt und zum Wohl des Behandelten optimiert werden können. Sowohl in produzierenden Unternehmen als auch im Dienstleistungsbereich gehen Überlegungen zur Qualitätssicherung, geht die Qualitätsphilosophie immer mehr davon aus, daß Qualitätsverantwortung denen zu übertragen ist, die auch die Produktverantwortung haben,. Damit ist jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter für die Qualität ihrer/seiner Arbeit selbst verantwortlich und muß in Überlegungen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität ihres bzw. seines Handelns einbezogen werden.

Auf der Grundlage von Einschätzungen durch alle Leistungserbringer eines Arbeits- oder Aufgabenbereiches kann eine Beurteilung des Ist-Standes erfolgen, der den bereits erreichten Qualitätsstand beschreibt. Gemeinsam mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im jeweils diskutierten Aufgabenbereich tätig sind, sind davon ausgehend qualitätsverbessernde Zielvorstellungen zu entwickeln. Dabei verbindlich und in gemeinsamer Verantwortung getroffene Vereinbarungen stellen neue Sollvorgaben dar, die nach einem festgelegten Zeitintervall wiederum einer Ist-Analyse zu unterziehen sind. Der Prozeß der Qualitätsbeurteilung und Qualitätslenkung muß ständig fortgeführt werden. Das Instrument der wiederholten Bewertungskontrolle in vereinbarten Zeitintervallen ist Bestandteil des Qualitätsmanagements.

Eine gemeinsame, von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragene Reflexion benötigt einen entsprechenden Begegnungs- und Kooperationsrahmen. Hierzu können zeitlich genau festgelegte Mitarbeiterbesprechungen dienen, die so aufzubereiten sind, daß möglichst viele unterschiedliche Gesichtspunkte der teilnehmenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Sprache kommen. Das Vorgehen des kollegialen Dialogs setzt auf die Bereitschaft aller an der Leistungssteigerung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ihr Handeln einer kritischen Bewertung zu unterziehen. Es ist der Einsatz von Instrumenten erforderlich, die diesen Prozeß zu unterstützen vermögen. Mit Methoden, mit denen Meinungen und Bewertungen von Gruppenmitgliedern objektiviert und nachvollziehbar eingeholt werden können, wie etwa der Metapiantechnik, können Gruppenprozesse organisiert und in gemeinsamem Einvernehmen gesteuert

werden. Um Meinungen, Bewertungen und Einschätzungen bearbeiten zu können, ist deren Visualisierung wünschenswert. Das Erkennen von Zusammenhängen wird dadurch erleichtert, die Aufnahmefähigkeit und die Interaktionsdichte werden erhöht.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über einen unterschiedlichen beruflichen Erfahrungshintergrund verfügen, müssen Strategien entwickeln, mit denen sie sich gegenseitig verständlich machen können. Damit die in den verschiedenen Berufsfeldern repräsentierten Kenntnisse und therapeutischen Fähigkeiten zum Nutzen der Patientin bzw. des Patienten wirksam eingesetzt werden können, und damit dieser Einsatz optimiert werden kann, muß ein Klima der gegenseitigen fachlichen Achtung und Toleranz hergestellt werden. Von allen Beteiligten muß das notwendige Maß an Wertschätzung und Vertrauen erfahren werden, das notwendig ist, um an der Diskussion oft unübersichtlicher und kritischer Probleme bei der Behandlung psychisch kranker Menschen mitzuwirken. Wertschätzung und Achtung kommen in verschiedenen Parametern des wechselseitigen Umgangs zum Ausdruck.

Die Beteiligung an handlungsrelevanten Informationen, das Bemühen um gegenseitige Verständlichkeit von Mitteilungen, von diagnostischen Erkenntnissen oder Hypothesenbildungen und das beständige Bestreben, das gemeinsame Grundwissen der beteiligten Fachdisziplinen zu erweitern, stellen wesentliche Dimensionen der Entwicklung eines effektiven Handlungsverbundes dar.

Die zentrale Anforderung an jede qualitätssteuernde Maßnahme in der psychiatrischen Klinik ist die Orientierung aller Überlegungen an der Frage, in welcher Weise sie zur Qualifizierung der Behandlungsleistungen für die Patientin und den Patienten beitragen. Von der Ausrichtung der Qualitätsbeurteilung und der Qualitätslenkung auf der Ebene des einzelnen Behandlungsfalles kann die Blickrichtung auf die Bewertung von Konzeptionen der Behandlungseinheit oder der Stationsgruppe getrennt werden. Als dritte Ebene können schließlich Konzepte und Handlungsabsichten des Gesamtkrankenhauses als Institution in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit treten.

In unserem Leitfaden haben wir auf den *drei Ebenen: Krankenhaus, Station und einzelner Patient* für alle relevanten Aufgabenbereiche des klinischen Handelns Checkfragen formuliert, die den im jeweiligen Aufgabenbereich miteinander zusammenarbeitenden Fachkräften als Anregung zur Diskussion dienen sollen. Die Fragensammlungen müssen in den regelmäßig durchgeführten konzeptionellen Gesprächen weiterentwickelt werden. Sie sollen die Motivation und Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern, auf Dauer verantwortlich am Prozeß der Qualitätslenkung beteiligt zu bleiben. Sie wollen das offene Gespräch und die Informations- und Kommunikationsprozesse anregen, durch die der einzelne in die Lage versetzt wird, aus eigenem Interesse heraus sein Handeln kritisch zu reflektieren, um es zum Nutzen der Patientin bzw. des Patienten zu optimieren. Behindert würde ein solcher Prozeß, wenn er bei den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Eindruck von Kritik und Zurechtweisung

hervorrufen würde. Nicht die Rechtfertigung eigenen Handelns oder die Feststellung mangelnder Fähigkeit der Patientin bzw. des Patienten, angebotene Behandlungen annehmen zu können, bilden die Grundlage der vorgeschlagenen qualitätssichernden Maßnahmen. Vielmehr muß versucht werden, die Fehlererkennung als Chance zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu nutzen. Die „Entlassung gegen den ärztlichen Rat“ muß im Widerspruch zu einer solchen Betrachtung stehen. Nicht die Tatsache, daß ein Patient oder seine Angehörigen das Leistungsangebot der Klinik zurückweisen, sondern das Bemühen um die Beantwortung der Frage, was sind die Gründe dafür, daß eine Patientin oder ihre Angehörigen das Leistungsangebot nicht akzeptieren konnten, muß zur Grundlage von Bewertung und Verbesserung gemacht werden.

Angesichts der vielfältigen Aufgaben und Qualitätsziele klinischen Handelns in der Psychiatrie muß langfristig ein entsprechender Organisationsrahmen festgelegt werden, in dem sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begegnen und austauschen können. Hierzu können die bereits in der Psych-PV berücksichtigten Zeiten für Konzeptions- und Teambesprechungen genutzt werden. Zur Strukturierung des kollegialen Dialoges schlagen wir die Konzentration auf einzelne Bereiche des klinischen Handlungsgeschehens entsprechend unserem Leitfaden vor. Unter Umständen sind weitere Binnendifferenzierungen angezeigt. Wichtig ist die gemeinsame Abstimmung darüber, welcher Teilbereich und welche Qualitätsanforderungen innerhalb dieses Handlungsbereiches jeweils zum Gegenstand der Reflexion gemacht werden sollen. Unter Umständen ist die zumindest zeitweise Hinzuziehung eines Organisationsberaters hilfreich, der die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter methodisch darin unterstützen kann, zu einer gemeinsam getragenen Schwerpunktsetzung ihrer Bemühungen um qualitätsverbessernde Maßnahmen zu kommen. Die Entscheidung über konkrete qualitätsbeeinflussende Handlungsschritte muß nicht nur von der Bedeutsamkeit des jeweiligen Qualitätszieles, sondern vor allem auch von dessen Erreichbarkeit abhängig gemacht werden. Gemeinsame Verpflichtung und Festlegung dieser Verpflichtung entlang einer Zeitschiene mit der Möglichkeit der späteren Überprüfung gehören zum instrumentellen Selbstverständnis einer solchen Arbeitsweise. Grundlage hierfür sind die Antworten auf Fragen und Bewertungen, die exemplarisch durch die in unserem Leitfaden formulierten „Checkfragen“ benannt wurden. Sowohl die Gesprächsergebnisse als auch die getroffenen Maßnahmen zur Veränderung und Verbesserung von Qualitätsabläufen und die nachfolgenden Planungsschritte müssen dokumentiert werden. Die Dokumentation ist ausdrücklicher Bestandteil der im Leitfaden aufgeführten Qualitätsanforderungen.

#### **4. Qualitätsmanagement-System**

Maßnahmen zur Qualitätslenkung einer Klinik werden nur Wirkung haben, wenn sie durch entsprechend engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorangetrieben werden. Personen, die für eine solche Aufgabe geeignet sind, müssen benannt und mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden. Das Kran-

kenhaus muß eine interne Organisation aufbauen, in welcher unter Verantwortung der Leitungs- und Führungskräfte gemeinsame Umsetzung des Vorhabens der Qualitätssicherung betrieben wird. Hierzu werden in der Regel keine neuen Stellen benötigt. Vielmehr geht es darum, daß die Leitungs- und Führungskräfte gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des jeweiligen definierten Handlungsbereiches den Prozeß des kollegialen Dialogs in Gang bringen. Das mit den Aufgaben der Qualitätsverbesserung betraute Qualitätsmanagement-Personal hat vorwiegend die Aufgabe der Motivation und Koordination der dafür notwendigen Maßnahmen wahrzunehmen. Der Bedarf an Supervision durch eine Fachkraft, die z.B. in Organisationsberatung ausgewiesen ist, wird hierbei sicherlich gute Dienste leisten können. Häufig wird es ausreichend sein, bereits bestehende Gesprächskreise zu qualifizieren. Hierzu soll der von uns vorgeschlagene Leitfadene dienen.

Noch einmal muß unterstrichen werden, daß Qualitätsprüfung und Qualitätsmanagement Aufgaben der Klinikleitung sein müssen. Die Leitung des Krankenhauses oder einer Fachabteilung muß die übergeordneten Qualitätsziele definieren und dafür sorgen, daß diese von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verstanden werden.

Die Leitung hat nachzuweisen, daß sie mit eigenem Engagement und Vorbild die Aktivitäten der Qualitätspolitik der Klinik unterstützt. Sie trägt die Verantwortung dafür, daß die erforderlichen Strukturen geschaffen werden, um die Maßnahmen zur internen Qualitätssteuerung zu planen, Arbeitsergebnisse zu dokumentieren und getroffene Maßnahmen zu beabsichtigten Veränderungen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Sie wird beständig überlegen müssen, inwieweit den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Mitarbeitergruppen hinreichende eigenständige Entscheidungsspielräume bei klarer Beschreibung der von ihnen erwarteten funktionsbezogenen Tätigkeiten zugeteilt sind. Es muß erreicht werden, daß aus Fehlern gelernt werden kann. Es muß verstanden werden, daß Fehler nicht nur unvermeidlich, sondern sogar von Nutzen sind, wenn man dazu bereit ist, aus ihnen zu lernen. Hierzu gehört auch die fortgesetzte kritische Auseinandersetzung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den getroffenen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung. Die gemeinsame Ermittlung von Schwachstellen, von uneinlösbaren Erwartungen, fehlerhafter Schwerpunktsetzung oder von unrealistischen Zielsetzungen dient der Verbesserung des Systems. Die ausschließliche Orientierung alter qualitätslenkenden Bemühungen an der Frage, „was bringen sie für den Patienten?“, kann die Gewähr dafür bieten, daß auch nach Mißerfolgen Veränderungen in Gang gesetzt werden, aus denen Nutzen für die Behandlung der sich uns anvertrauenden Patienten und Patientinnen gezogen werden kann.

## **Literatur**

**KUNZE,H.;** KALTENBACH, L. (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung (2. Aufl.) Stuttgart: Kohhammer1994.

# Erste Erfahrungen mit der praktischen Anwendbarkeit der Empfehlungen der Projektgruppe in der Klinik/Abteilung

*Niels Pörksen*

## **Vorbemerkung**

Gestern ist Ihnen ausführlich das Qualitäts-Modell der Projektgruppe vorgestellt worden, welches wir in den vergangenen zwei Jahren in mühsamen Teilschritten erarbeitet haben:

- zu Beginn von der Vorstellung geprägt, mit etwa 10 bis 15 Kernaussagen oder „Geboten“ die Qualität in der Psychiatrie beschreiben zu können,
- danach über den mühsamen Prozeß der Begriffsdefinitionen zu Struktur-Prozeß- und Ergebnis-Qualität, Standards und Handlungsstrategien vorzulegen, für alle verbindlich, vergleichbar und nachvollziehbar.

Im Prozeß der Erarbeitung sind wir in unseren Begriffsdefinitionen bescheidener und in der Orientierung am alltäglichen Handlungsrahmen jeder Klinik oder Abteilung viel konkreter geworden.

Schon in dem Ende 1994 vorgelegten Zwischenbericht zur Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie haben wir uns orientiert an den Handlungs- und Arbeitsbereichen oder Arbeitsfeldern einer psychiatrischen Klinik und an den diesen zugrunde liegenden Anforderungen.

In diesem Entstehungsprozeß unseres Leitfadens haben wir gelernt, daß es mehr darauf ankommt, sich mit dem Thema, den Fragen, den Wertmaßstäben und Handlungsbereichen unserer Arbeitsfelder kontinuierlich zu befassen - und nicht der Hoffnung aufzusitzen, mit der Beschreibung eines dezidierten Soll-Katalogs oder durch Kontrollinstrumente das IST unseres Alltags entscheidend zu verändern.

Auf diesem Weg ist uns die Zeit davongelaufen, so daß ich Ihnen heute noch nicht über „Erfahrungen mit der praktischen Anwendung dieses Leitfadens“ berichten kann.

Wir haben uns bisher nur mit den *Anwendungsmöglichkeiten* befaßt. Darüber werde ich berichten.

Aus diesem Grund ist mein Referat eine Mischung aus geplanten und tatsächlichen „Anfangserfahrungen“ auf dem Hintergrund eines wachsenden Qualitätsverständnisses, welches sich im Alltag einer Klinik behaupten muß im Spannungsfeld von Aufgaben, Aufträgen und Interessen, von unterschiedlichen Interessen der jeweils Beteiligten - der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen

und der Professionellen - und der Gesellschaft. Aber auch vom unterschiedlichen Verständnis des Patienten von seiner Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit. In diesem Sinne müssen wir unsere Kundenorientierung differenziert betrachten.

### ***Zum Stellenwert des Leitfadens im klinischen Alltag***

Der Patient fühlt sich oft nicht als Kunde; er ist eher Zweifelnder, Leidender, sich selbst Bestrafender, gelegentlich Zwangseingewiesener und sehr oft in subjektiver Einschätzung nicht erkrankt. Aber auch die Angehörigen, das gesellschaftliche Umfeld des Patienten bzw. der Patientin u.a. haben ihre verständlichen Erwartungen an uns.

Diese Situation der „gleichen und unterschiedlichen Interessen der jeweils Beteiligten in der Psychiatrie“ in ein System von Qualität zu bringen - das ist unsere Aufgabe. Sie werden in den kommenden Monaten alle Gelegenheit haben, sich mit dem hier vorliegenden Werk zu befassen und auseinanderzusetzen. Dieses Werk gehört nicht in den Aktenschrank, nicht in den Schreibtisch, nicht einmal in das Bücherregal.

Es gehört auf den Schreibtisch aller in einem psychiatrischen Krankenhaus Verantwortlichen, aller Berufsgruppen.

Wir müssen mit diesem Werk dort arbeiten lernen,

- wo gehandelt wird,
- wo das Handeln im Alltag überprüft, koordiniert, erörtert, reflektiert und gestaltet wird
- wo die Diagnosen zur Behandlungsplanung führen und diese zur Behandlung und ihrem Ergebnis.

Ich zitiere Seite 41:

„Der ‚Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken‘ ist kein Lehrbuch, das man zur fachlichen Weiterbildung von Anfang bis Ende durchliest, sondern er ist gedacht als praxisbezogenes Hilfsmittel für alle in der Psychiatrie Tätigen zur systematischen und kritischen Reflexion ihrer Arbeit. Er soll dazu dienen, jeweils bestimmte Ausschnitte des eigenen Handelns an Hand von definierten Qualitätsanforderungen zu überprüfen und eventuelle Schwachstellen zu identifizieren, um auf dieser Grundlage bei Bedarf Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu entwickeln...“.

Die „Qualitätsbeurteilung“ (Seite 43) soll nicht darin bestehen, die vorgegebenen Fragen zu beantworten, um dann die Qualität „zu benoten“, sondern es geht darum - angeregt durch die Beispielfragen -, möglichst konkret auf die spezifische Arbeitssituation bezogen zu reflektieren, inwieweit der Behandlungsablauf den fachlichen Anforderungen gerecht wird und ob ggf. ein Veränderungsbedarf besteht. Die Beispielfragen sind deshalb im wahrsten Sinne des Wortes Beispielfragen,

nicht mit allen abgestimmt und nicht vollständig; und sie sind auch nicht in allem konsensfähig.

Nun ein weiterer wichtiger Hinweis für die Anwendung des hier vorliegenden Werkes:

Wir gehen nicht davon aus, daß Sie in jedem Krankenhaus eine Projektgruppe zusammenstellen, die als neuer Qualitätszirkel Kapitel für Kapitel durcharbeitet, um es dann in Fortbildungsstunden den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erläutern und anschließend per Dienstanweisung umzusetzen.

Wir gehen allerdings davon aus, daß Sie dieses Werk in jeder Klinik in größerer Zahl anschaffen und in Ihrem Alltag nutzen, indem Sie zwar einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter damit beauftragen, sich in diesem Werk „auszukennen“. Angewandt werden soll es da, wo auch jetzt schon die Behandlung stattfindet, und in den Zusammenhängen, in denen sie geplant, durchgeführt und reflektiert wird.

Wir wollen nicht das Rad neu erfinden, auch nicht unbedingt vorhandene Strukturen ändern. Wir wollen „in den Strukturen“ die blinden Flecken erkennen, die Augen aufmachen, nicht vor unangenehmen Fragen zurückschrecken. Dort, wo noch nichts oder nur wenig an Qualitätsmanagement stattfindet, ist allerdings zu empfehlen, Qualitäts-Beauftragte zu benennen oder sich vergleichbarer organisatorischer Hilfsmittel zu bedienen.

Lassen Sie mich bei dem gestern von Herrn Kistner vorgetragenen Beispiel der Mahlzeiten in einer Klinik verweilen.

Wenn Sie, gemeinsam mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Station oder Behandlungseinheit, der Verwaltung, der Küche, im Austausch mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen sich auf die Frage konzentrieren wollen, welche Qualität das Essen und die Nahrungsaufnahme in Ihrer Klinik hat, dann finden Sie ausgehend von dem, was Herr Kistner gesagt hat, zahlreiche Anregungen im Bereich 10 „Materielle Grundversorgung“.

Wer versucht, sich den tristen Alltag der vielfältigen Freudlosigkeiten eines Patientendaseins in der Psychiatrie (oder in jedem anderen Krankenhaus) klarzumachen, der weiß, daß das Essen eine willkommene Abwechslung ist. Unabhängig von der Frage der Qualität der Zutaten und der Art der Zubereitung ist die Frage, wie das Ganze in den Stationsalltag integriert wird, von besonderer Bedeutung.

Werden individuelle Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt - oder wird analog zu unserer Kindererziehung „gegessen, was auf den Tisch kommt“? Wird der Tisch gedeckt? Wird darauf geachtet, ob diejenigen das meiste und das Beste erhalten, die zuerst kommen? Hat das Essen einen gemeinschafts-fördernden Charakter? Wird der Tisch angenehm gedeckt, oder bleibt alles der chaotischen Selbstregulierung der zum Tischdienst eingeteilten Patientinnen und Patienten überlassen? Steht man beim Mittagessen an in einer Schlange und erhält alles portioniert auf dem Tablett, oder sitzt man gemeinsam an Tischen und tut sich auf aus Schüsseln?

Jeder und jede von Ihnen kennt das. Den meisten von uns ist dieses Thema entweder eher gleichgültig oder unangenehm; zumindest verwenden wir im Alltag wenig Zeit darauf, darüber nachzudenken, was und wie denn in den Kliniken gegessen wird. Wir konzentrieren uns da ganz auf die Behandlung - was immer das bedeutet. Und dies, obwohl wir alle wissen, welch hohen Stellenwert das Essen für die Patientinnen und Patienten hat. Hier mangelt es in fast allen Einrichtungen an der Kundenorientierung, die in diesem Fall ausschließlich handlungsleitend sein sollte. Die Fragen geben Anhaltspunkte dafür, wie Sie im Austausch untereinander mit den Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Station, den Beteiligten in der Wirtschaft, Küche und Verwaltung gemeinsam zur Qualität der Nahrung selbst und zur Kultur der Nahrungsaufnahme in der Klinik beitragen können.

Dieses Beispiel macht deutlich, daß das Ergebnis der Arbeit mit unserem Leitfaden nicht „die Vereinheitlichung der Nahrungsaufnahme in den Kliniken der Bundesrepublik nach DIN ISO 9000..." nach sich zieht, sondern daß die Beschäftigung mit diesem Komplex eher in der Lage ist, die individuellen, ethnischen oder regionalen Besonderheiten - vom Spreewald über Bayern bis Schleswig-Holstein - einzubeziehen; ganz abgesehen von den unterschiedlichen Gewohnheiten ländlicher oder städtischer Bevölkerung.

Der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen hat von der Bundesdirektorenkonferenz verlangt, sicherzustellen, daß sich Patientinnen und Patienten jederzeit in der Stationsküche etwas zu essen machen können und daß ihre jeweiligen Nahrungsgewohnheiten berücksichtigt werden.

Ich frage Sie: wie halten Sie's bei sich? Vielleicht schaffen Sie einmal die Gelegenheit, sich in Ihren jeweiligen Arbeitsfeldern dieses Themas anzunehmen. Wir rechnen mit ihrer Kreativität. Wir wollen Anregungen geben, sich anhand dieses Papiers wie in einem Leitfaden in das Thema einzuarbeiten und dann auch zu entscheiden. Vor allem wollen wir dazu anregen, daß vieles von den institutionellen Vorhaben, Gewohnheiten, geschriebenen und ungeschriebenen Gesetzmäßigkeiten, den die soziale Institution der Klinik nach wie vor in die Gefahr der totalen Institution bringt, in die Hände der Mitgestaltung aller Beteiligten gelegt wird - auch der Patientinnen und Patienten, soweit ihr Zustand dieses zuläßt.

### ***Institutionelle Regularien: Wenn aus Sinnhaftigkeit Unsinn wird***

Die Qualität psychiatrischer Krankenhausbehandlung mißt sich nicht nur an dem reibungslosen Ablauf im Alltag: Sie mißt sich an Leitlinien und wissenschaftlichen Standards (die DGPPN wird in Kürze Standards und Leitlinien vorlegen), an der Multiprofessionalität, an der Patientenorientierung, der Außenorientierung, der Schadensvermeidung und dem Maximum an freier Entfaltung der Persönlichkeit - so gestört sie auch immer sein mag.

Alt diesen zum Teil scheinbar widersprüchlichen, zeitweilig chaotischen Tendenzen und Bestrebungen im Alltag gerecht zu werden, das führt einerseits im Mißverhältnis von Anspruch und Wirklichkeit zu Überforderungsreaktionen und an-

dererseits zu einer Fülle von Regularien, zu denen die einzelnen sich gerne verführen lassen: Institutionelle Orientierung auf dem Weg zur totalen Institution ist eine der Hauptgefahren im klinischen Alltag - allerdings nicht nur in psychiatrischen Institutionen.

Eine neue Mitarbeiterin in unserer Pflegedienstleitung, die im wesentlichen für Pflegeberatung und Anleitung in unserem Hause zuständig ist, geriet bei ihrer Teilnahme an Morgenrunden, Teamsitzungen, Übergaben, usw. auf eine Fülle solcher ungeschriebener Gesetze und Regeln. Sie hat sich darauf die Mühe gemacht, alle offen ausgehängten oder auch stillschweigend weitergegebenen „Regeln“ und „Regularien“ niederzuschreiben. Sie hat diese in einem mehrseitigen Papier zusammengefaßt und allen Stationen mit dem Hinweis zukommen lassen, diese Regeln doch bitte zur Kenntnis zu nehmen und darüber nachzudenken, wie mit ihnen umzugehen sei.

Ich darf Ihnen versichern, für viele von uns war das Ergebnis dieser kleinen Studie peinlich und irritierend. Man weiß gar nicht, was alles im Stationsalltag geregelt werden kann. Ich empfehle Ihnen, in welcher Funktion auch immer Sie in Ihren Einrichtungen tätig sind, sich auch einmal die Mühe zu machen, die in Ihrem Hause geltenden Regeln zu notieren, aufzuschreiben und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

Dazu ein Beispiel aus jüngster Zeit aus unserer Klinik:

in den meisten Kliniken ist es üblich, daß nach dem Frühstück morgens in einer gemeinsamen „Morgenrunde“ von allen Patientinnen und Patienten und den auf einer Station anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die geplanten Tagesaktivitäten erläutert und Vereinbarungen sowie Absprachen getroffen werden. So ist es dann auch auf geschlossenen Stationen üblich, besondere Wünsche, Ausgangsregelungen etc. zu vereinbaren. Kommt nun die zuständige Bezugsmitarbeiterin erst zur Spätschicht, so verpaßt sie unter Umständen die in der Morgenrunde getroffenen Vereinbarungen, ist möglicherweise mit Ausgangsvereinbarungen nicht einverstanden und fordert, daß erst in der gemeinsamen Mittagsübergabe detaillierte Ausgangsplanungen festgelegt werden. Für den Patienten entsteht nun die für ihn wenig erfreuliche Situation, daß er in der Morgenrunde sein Ausgangsinteresse anmeldet, aber erst am frühen Nachmittag nach der Dienstübergabe erfährt, ob dies genehmigt wurde.

Er versucht deshalb, nachvollziehbar, die für ihn sinnlose Beantragung des Ausgangs nicht morgens zu treffen, sondern direkt im Gespräch mit einem der anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, seinem Bezugsmitarbeiter, der Ärztin etc..

Dadurch, daß nun offenbar das Ganze im unübersichtlichen Chaos stattfindet, finden sich manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht mehr zurecht. Zuständigkeiten geraten durcheinander, die Plantafel ist nicht auf dem neuesten Stand, und man befürchtet, daß hier Ausgangsregelungen getroffen werden, die nicht im allgemeinen Konsens erarbeitet und verabschiedet wurden. Also - wie

lautet das Ergebnis eines anständigen Teambeschlusses, der aus dem Chaos herausfinden will:

*Wer nicht pünktlich zur Morgenstunde kommt, erhält keinen Ausgang.*

Endlich ist wieder alles klar.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie Regeln entstehen, wie sie sich fortsetzen, wie sie sich wandeln und patienten- oder nutzerfeindlich werden und wie sie ihren eigentlichen Sinn allmählich verlieren. Die unweigerlichen Mechanismen einer totalen Institution sitzen uns ständig im Nacken. Warum muß ich denn um 8.00 Uhr in der Morgenrunde sitzen, wenn ich um 14.00 Uhr nach der Teamsitzung erfahre, ob ich die Station für zweimal eine Stunde am Tag verlassen darf?

Anlässlich einer Stationsklausur vor drei Wochen haben wir uns eine ganze Weile an Fragen gehalten, die sich um mehr oder weniger sinnhafte Stationsregeln ranken. Die Position der einen drückte sich in Fragen aus wie: „Wie sollen wir denn sonst den Überblick behalten, wie sollen wir denn sonst mit den Verantwortlichkeiten umgehen, wie sollen sonst alle an dem Entscheidungsprozeß notwendig zu beteiligenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Wort kommen?“

Berechtigte Anforderungen.

Der Leitfaden gibt uns dabei nicht die Antworten. Er kann uns aber dabei behilflich sein, die erforderlichen Fragen zu stellen und gemeinsame Antworten zu erarbeiten. In dem Sinne läßt sich das Verfahren nutzerfreundlicher organisieren, individueller, patientenbezogener.

Ergebnis mag sein, daß es für den einen Patienten notwendig ist, morgens aufzustehen, um den Tag nicht im Bett zu verbringen; für eine andere Patientin lassen sich andere Ergebnisse denken. Alles über einen Kamm zu scheren, alle Patientinnen und Patienten „nach den gleichen Regeln“ zu behandeln - weil das Team angeblich sonst den Überblick verliert -, das entspricht nicht der Patientenorientierung einer psychiatrischen Station.

Regeln und Gesetzmäßigkeiten, die fast ausschließlich der institutionellen Orientierung dienen, entwürdigen die Patientin bzw. den Patienten, machen sie bzw. ihn zum Objekt, behindern Selbständigkeit und Eigenverantwortung.

Sinnlose Regeln gibt es nicht nur in psychiatrischen Kliniken. Aus meiner Verwandtschaft mußte vor kurzem eine junge schwangere Frau mit unstillbarem Fröhschwangerschaftserbrechen im Krankenhaus aufgenommen werden. Sie plagte vor allem das morgendliche Erbrechen, welches zeitweilig so bedrohliche Ausmaße annahm, daß es eben zur Klinikeinweisung geführt hatte. Nun war es in dieser Klinik üblich, daß morgens um 6.00 Uhr geweckt wurde, alle gehfähigen Patientinnen und Patienten das Bett verlassen mußten, damit während ihrer Körperpflege von den Schwestern die Betten gemacht werden konnten. Auf die eindringliche Bitte, doch wegen des besonders morgens auftretenden Erbrechens darauf verzichten zu dürfen, wurde mit Nachdruck betont „Das geht nicht, wer

aufstehen kann, muß aufstehen. Wie sieht es denn aus, wenn die Betten nicht gemacht sind?" usw.

Diese ansonsten energische Frau fügte sich in ihrem geschwächten Zustand, erlitt das, was zu befürchten war; nämlich unstillbares Erbrechen. Der Arzt mußte gerufen werden, Infusionen wurden notwendig etc.

Das alles ist nicht ein Beispiel aus den 60er, 70er Jahren, sondern aus dem Februar 1996.

Jede Klinik hat ihre spezifische Kultur, ihr Gepräge bestehend aus ritualisierten Tagesabläufen, geschriebenen und ungeschriebenen Gesetzen und Regeln, aus Gesprächen, Absprachen und Kommunikationsweisen, aus den Formen der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, dem Umgang mit Besucherinnen und Besuchern und Angehörigen.

Qualitätsnormen und Handlungsbereiche, wie sie hier wiedergegeben sind, deuten allerdings an, daß psychiatrisches Alltagshandeln in einem Krankenhaus in einem extrem komplizierten sozialen Gebilde stattfindet, in dem es außerordentlich schwierig ist, in jeder detaillierten und konkreten Situation den Auftrag zu erkennen, Entscheidungen und Handlungen sinnvoll zu gestalten, einerseits nicht im Chaos zu ersticken und andererseits nicht der Gefahr zu erliegen, alles zu ordnen und alles zu regeln.

Mit dem hier vorliegenden Werk erhalten Sie Anregungen dazu, genau diesen Tendenzen und Gefahren begegnen zu können.

Der hier vorliegende Leitfaden kann uns helfen,

- uns einen Spiegel für unser eigenes Handeln vorzuhalten,
- unser Handeln zu überprüfen,
- uns an Qualitätsanforderungen unseres Handelns zu orientieren und
- uns den einzelnen Arbeitsbereichen und Handlungsfeldern nach und nach zuzuwenden.

Dabei gehen wir nicht davon aus, daß am Ende des Prozesses der Auseinandersetzung mit den hier vorliegenden Papieren psychiatrische Krankenhausbereiche gleichgeschaltet werden. Im Gegenteil: Wir erwarten keine neuen Strukturen, sondern eher die Bereitschaft, vorhandene Strukturen wie Aufnahme-rituale, diagnostische Prozesse, Tages- und Wochenpläne, etc. kritisch zu hinterfragen und im kontinuierlichen Prozeß gemeinsamer Reflexion Schwachstellen zu erkennen und getroffene Entscheidungen zu überdenken und neu zu gestalten.

### ***Beispiel 1: Gesprächskultur***

Psychiatrisches Handeln findet überwiegend in Gesprächen statt. Die Art und Weise, wie informell oder strukturiert miteinander gesprochen wird, die Art und Weise, in welchem Zusammenhang und in welchem Milieu Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden, das alles prägt die Kultur einer Klinik und einer Behandlungseinheit.

Nutzen Sie einmal die Gelegenheit, sich mit dem Bereich 4 ‚Gespräche, allgemeine und spezielle Psychotherapie‘ auseinanderzusetzen:

„Gespräche, sowohl in strukturierter Form als auch in der Form des freien Gesprächs, sind Grundlage psychiatrischen Handelns im diagnostischen und therapeutischen Prozeß. In Gesprächen entstehen therapeutische Beziehungen, Gespräche bestimmen die Umgangsformen und das Klima einer Station. Sie dienen auch der gegenseitigen Orientierung. Freie und strukturierte Gespräche prägen den psychiatrischen Alltag.“ (Seite 102).

Strukturierte Gespräche prägen ganz besonders Visiten, die Gespräche mit Angehörigen, die sogenannten Morgenrunden zwischen Patientinnen und Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Gesprächsrunden zu aktuellen Themen, Stationsversammlungen, etc. Strukturierte Gespräche bedürfen klarer und eindeutiger Moderation.

Es empfiehlt sich, vor Ort einmal genau hinzuschauen, wie Sie es mit den vielfältigen Gesprächen handhaben, an denen Patientinnen und Patienten beteiligt sind. Und da lohnt es sich dann auch, sich anhand der Fragen die Alltagspraxis zu vergegenwärtigen.

Ist dem Patienten klar, wann wer mit ihm was bespricht und vereinbart? Ist der Patientin klar, was bei den ärztlichen Visiten erörtert und vereinbart wird, was Gruppengespräche bedeuten?

Kann der Patient sicher sein, daß er bei Gesprächen mit Angehörigen beteiligt wird, daß nicht hinter seinem Rücken über ihn entschieden wird? Gibt es nicht immer wieder Patientinnen, die irritiert sind, wenn sie mit verschiedenen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern unterschiedliche Absprachen treffen? Wer von uns „Gesunden“ wäre das nicht? Und wie ist die fachliche Zuständigkeit (Seite 115)?

Wer achtet auf die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die möglicherweise ungefragt eine am Wochenende erlernte Methode in der Praxis ausprobieren?

So wie bei den Mahlzeiten möchte ich Ihnen zur Einarbeitung in die Handhabung des Leitfadens empfehlen, sich dieses Kapitels anzunehmen, um zu überprüfen, wie bei Ihnen in der Klinik oder auf der Station mit den vielen verschiedenen Gesprächen und psychotherapeutischen Verfahren umgegangen wird. Zur Orientierung haben wir uns bei der Psychotherapie zunächst an die Definition der allgemeinen Psychotherapie, wie sie Grave vorgelegt hat, orientiert. Wir meinen, daß man im Klinikalltag mit dieser Definition gut arbeiten kann.

Hängen geblieben sind wir bei unserer Fortbildung vor allem an der Frage, inwieweit wir uns darüber im klaren sein können, wie die Patientin oder der Patient Gespräche, Visiten und Vereinbarungen wahrnimmt, wie sie oder er in ihrem inneren Chaos durch das, was von den unterschiedlichen Personengruppen auf sie oder ihn einströmt, Orientierung findet; vor allem dann, wenn der Grundkonsens im Team nicht vorhanden ist.

Bereits nach weniger als einer halben Stunde haben wir uns von den Vorgaben

des Papiere entfernt, uns aber intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt - ganz anders, als hätten wir uns wieder einmal mit dieser oder jener Behandlungsmethode im Rahmen der Fortbildung befaßt.

### **Beispiel 2: Arbeitsorganisation und Zeitmanagement**

Nun zu einer weiteren Gruppe von Tätigkeiten, bei denen ich mir von diesem Leitfaden Orientierungshilfe erwarte:

Es geht um die Organisation der Arbeitsabläufe, Kommunikationsstile, Entscheidungsprozesse und um das Zeitmanagement. Siehe hierzu die Karikatur - sie spricht für sich.

Wer kennt nicht Teamsitzungen, Übergaben, Klinikkonferenzen oder auch Planungssitzungen, in denen die Kommunikation zum Selbstzweck wird? Wer kennt nicht Übergaben, in denen an die nachfolgende Schicht Geschichten über Einzelheiten des Vormittags erzählt werden, aus denen sich dann die Spätschicht mögliche Entscheidungsgrundlagen herausdeuten muß? Hier ein ausgewogenes Maß an Informations-Weitergabe, vertiefter Diskussion an Einzelpunkten, konsensueller Entscheidungsfindung unter Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen, usw. zu gestalten, das macht den psychiatrischen Alltag so faszinierend - und so schwierig.

Wir haben aus diesem Grund in den vergangenen Jahren ein System zur Entwicklung von Pflege- und Behandlungsstandards und deren kontinuierlicher Überprüfung entwickelt, das von einem freigestellten Mitarbeiter unserer Krankenanstalten geleitet wird.

Die Projektgruppe zur Entwicklung von Standards ist multiprofessionell zusammengesetzt, tagt 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden im Monat und entwickelt nach und nach verbindliche Standards zu Fragen wie

- Umgang mit Gewalt, Fixierung, Suizidprophylaxe, Handeln nach einem Suizidversuch, einem Suizid,
- Medikamentenvergabe,
- Angehörigenarbeit, Handeln in Notsituationen, usw.

Die Standards enthalten gleichzeitig Regeln über die Verantwortlichkeiten bei der Einführung, Durchführung und Überprüfung der Standards.

Wir stellen fest, daß wir mit dem hier vorgelegten Leitfaden Hilfestellung darin erwarten, die vorhandenen Strukturen und Arbeitsinhalte angemessener reflektieren und hinterfragen zu können.

Der Leitfaden entbindet uns nicht von der Notwendigkeit, Behandlungsstandards aufzustellen und den Klinikalltag patientengerecht zu gestalten. Der Leitfaden hält uns allerdings einen Spiegel vor, unser Tun genau anzusehen.

- Wie halten wir es mit dem Zeitmanagement?
- Wieviel Zeit steht der Patientin bzw. dem Patienten unmittelbar zur Verfügung?

# Sind Sie EINSAM?



Sind Sie es LEID, alleine zu arbeiten?  
HASSEN Sie es, Entscheidungen zu treffen?

## Gehen Sie zu einer Besprechung !!!



*Sie können dort:*

- ...Leute treffen
- ...Flip-Charts kreieren
- ...sich wichtig fühlen
- ...Ihre Kollegen beeindrucken
- ...Kaffee trinken

All dies  
während der  
Arbeitszeit !!!



## Besprechungen

...Die praktische Alternative zur Arbeit.

- Wieviel Zeit verbringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Dienstzimmern?
- Sind die Stationszimmer Fluchtburgen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?
- Herrscht zu Übergabezeiten der "eiserne Vorhang"?
- D.h., Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unter keinen Umständen zu stören und zu sprechen, auch dann nicht, wenn während der Übergabe Kaffee getrunken wird und der demnächst rotierende Stationsarzt zum Abschied den selbstgebackenen Kuchen verteilt?
- Wieviel Zeit verbringen leitende Mitarbeiter mit Patientinnen und Patienten?

Bei der letzten Klausur unserer Klinikleitung, zu der die Mitglieder der Pflegedienstleitung, die Oberärzte und zwei leitende Psychologen gehören, war das Thema „Patientennähe“ für die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Thema.

Leitung wird allzu oft in Abgrenzung von der uns allen bekannten Oberschwester, die von früh bis spät alles selbst macht, weil keine es so gut kann wie sie, -in Abgrenzung von eben dieser Oberschwester so verstanden, daß „Nähe zum Patienten“ auf keinen Fall Teil des Leitungsgeschäftes ist. Je weiter weg vom Alltag der Patientinnen und Patienten - desto mehr Leitung, desto bedeutsamer?

Also fragen Sie sich:

- Wer kennt die Patientinnen und Patienten?
- Wer ist unmittelbar beteiligt an Entscheidungsprozessen?
- Ist gewährleistet, daß ein Patient oder eine Patientin nach der Aufnahme auch fachärztlich gesehen wird, spätestens am Tag nach der Aufnahme?
- ist gewährleistet, daß erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - sei es aus Pflegedienstleitung oder den ärztlichen Leitungsebenen - gerade in den mühsamen Entscheidungsprozessen mitwirken, weil die weniger Erfahrenen nur so von ihnen lernen können?

Auch wenn dieser Leitfaden erst jetzt vorliegt, so haben wir als Teilnehmer am Entwicklungsprozeß doch schon den Eindruck, daß wir ihn in den vielen unterschiedlichen Arbeitssituationen - in Teamsitzungen, Fallkonferenzen, bei der Überprüfung des Aufnahmeverfahrens und der Diagnostik, bei der Außenorientierung und der sozialen Integration usw. - sehr gut nutzen können.

So existiert in unserer Klinik seit etwa 10 Jahren ein System sogenannter Stations- und Abteilungsklausuren, in denen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Station (einschl. der Nachtwachen) und die Klinikleitung zusammensitzen, um die Arbeit dieser Station zu reflektieren.

Bei Routine-Klausuren, die etwa einmal im Jahr pro Bereich stattfinden, hat sich bewährt, zunächst einmal das genau anzuschauen, was geleistet wird: Die Erörterung von Aufnahmen und Entlassungen, Belegungen, Wochenplan, Umsetzung des Wochenplans und Zusammenarbeit mit Diensten und Einrichtungen etc. dient zunächst der gegenseitigen Information, die in dem zweiten Durchgang in einer Schwachstellen- und Problemanalyse mündet.

In der Regel findet sich dann die Zeit, einige der Schwachstellen detaillierter zu erörtern und Möglichkeiten zu deren Beseitigung zu finden. Vor 14 Tagen ging es in unserer wöchentlichen Ärzte-Fortbildung um die „Kultur des Umgangs mit Medikamenten“ in unserem Hause. Dabei haben wir uns mit Erfolg dieses Leitfadens bedient, uns an Grundsatzfragen festgebissen, uns in Fragen der Rechtssicherheit gestritten. Wir waren uns nicht einig, welche Bedeutung jüngste Gerichtsentscheidungen haben, die den Patientenwillen zur Verweigerung der Medikamenteneinnahme auch bei Zwangseingewiesenen und Untergebrachten nach Betreuungsrecht vorrangig sehen, etc.

Wir haben uns damit konfrontiert, wo wir die Würde der Patientinnen und Patienten achten, wo wir sie möglicherweise fahrlässig und gedankenlos übergehen. Selbst bei diesem scheinbar trockenen Thema hat sich gezeigt, daß die Auseinandersetzung mit der Art und Weise des Umgangs mit Medikamenten eine hohe Bedeutung für alle Beteiligten hat, auch wenn am Ende möglicherweise ebenso 10 mg Haldol als Tagesdosis herauskommen wie bei einer schlichten Anordnung in Abwesenheit des Patienten.

Als letztes möchte ich Ihnen empfehlen, in diesem Papier zu blättern. Die meisten von Ihnen kennen keine freien und ungeplanten Zeiten während des Arbeitsamtags, der in der Regel hektisch und bis an den Rand gefüllt ist. Dennoch: nehmen Sie sich die Zeit - entweder zwischendurch oder bei einer Tasse Kaffee oder auch mal am Abend - und blättern Sie.

Dann stoßen Sie auf Fragen wie:

- Wieviel Geld geben Sie eigentlich am Tag pro Patientin/Patient für Medikamente aus?
- Wer nimmt bei Ihnen an Visiten teil?
- Wie ist das Aufnahmeritual organisiert?

(Bei uns gab es vor kurzem eine Klausur mit allen an der Aufnahme beteiligten Personen, auch den Mitarbeitern unserer Pforte, weil es erhebliche Spannungen zwischen diensthabenden Ärzten, Pfortenmitarbeitern, Krankenwagenfahrern etc. gab).

Oder Sie finden Fragen wie:

- Gibt es auf der Station die Möglichkeit, ungestört zu telefonieren? Wie stellen Sie dies sicher?
- Wird die beabsichtigte Medikation mit der Patientin/dem Patienten vorab hinsichtlich Auswahl, Menge, Wirkung und Nebenwirkung besprochen?
- Welche Möglichkeit hat die Patientin/der Patient, an dem Entscheidungsprozeß mitzuwirken?
- In welcher Form findet bei Ihnen die Angehörigenarbeit statt? Gibt es Angehörigengruppen? Gibt es Angehörigenvisiten, d. h. regelmäßige Zeiten, in denen die Angehörigen sicher sind, den zuständigen Arzt oder Oberarzt sprechen zu können?

Und dann verweilen Sie eine Weile bei dem einen oder anderen Bereich, bei

dem einen oder anderen Fragenkomplex - sei es die Würde der Patientin und des Patienten, die Rechtssicherheit, die Verminderung der Symptomatik. Und dann kehren Sie zurück zur Arbeit und benutzen das, was Sie gelesen haben.

*Zum Schluß:*

Ich persönlich hoffe, daß es uns gelingt, in den kommenden zwei bis drei Jahren diesen Leitfaden auch systematisch wissenschaftlich zu erproben, ihn in die psychiatrische Versorgungslandschaft zu integrieren, ihn auszuweiten auf ambulante und komplementäre Psychiatrie und so zum Gelingen einer an den Bedürfnissen der psychisch Kranken orientierten psychiatrischen Behandlung angemessen beizutragen.

# Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Voraussetzung für das Gelingen von Qualitätsmanagement

*Hendrik Graf*

Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit der verschiedenen im psychiatrischen Krankenhaus tätigen Berufsgruppen stellt das Grundprinzip der psychiatrischen Arbeit dar. Sie ist nicht neu für die Psychiatrie und wird in der Psych-PV auch so gefordert. Aus den formulierten Regelaufgaben der Psych-PV heraus wird deutlich, wer was zu tun hat. Es gilt, gemeinsam Ziele zu verfolgen und anzustreben. Dazu gehört die Akzeptanz, die Anerkennung des Wissens und der Fähigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen, wobei die unterschiedlichen beruflichen Blickwinkel zu berücksichtigen sind.

Eine Definition der Qualität psychiatrischer Arbeit und deren Realisierung in der psychiatrischen Klinik erfordert die Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen der Klinik.

In der DIN EN ISO 8402 1995-01 wird Qualitätsmanagement so definiert: „Alle Tätigkeiten der Gesamtführungsaufgabe, welche

- (die) Qualitätspolitik
- (die) Ziele und
- (die) Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie
- Qualitätsplanung
- Qualitätslenkung
- Qualitätssicherung und
- Qualitätsverbesserung im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems verwirklichen“.

Wesentlich ist, daß die in der Norm erwähnte Qualitätspolitik durch das Topmanagement der Klinik vorgelebt wird. Wenn dies nicht der Fall ist, ist davon auszugehen, daß die Aspekte eines Qualitätsmanagements nicht ernst genommen werden. Qualitätspolitik meint die Absichten und die Zielsetzungen der jeweiligen Einrichtung in bezug auf die Qualitätsanforderungen.

Qualitätsmanagement kann durchaus auch ohne Orientierung an dieser Norm erfolgen. ISO-Normen sind nicht erforderlich. Sie können aber die Qualitätsfähigkeit der jeweiligen Institution bestätigen. So verstanden ist Qualitätsmanagement eine mögliche Form der Betriebsführung. Sie orientiert sich an Prozessen und Problemlösungen und dient der Regelung der internen Abläufe.

Qualitätsmanagement soll zur Optimierung der Arbeit führen und ist eine kontinuierliche Aufgabe. Sie umfaßt auch vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von Qualitätsproblemen.

Ein Qualitätsmanagementsystem besteht aus

- einer festgelegten Aufbau- und Ablauforganisation
- einem festgelegtem Informationssystem  
(hierunter ist die Dokumentationspflicht für alle Regelungen und Ergebnisse zu verstehen: „Wer hat wann, wem, welche Leistungen, mit welchem Erfolg erbracht?“)  
festgelegten Aufgaben und Kompetenzen  
(Psych-PV!)  
klar definierten Schnittstellen  
(Wo treffen die Leistungen der verschiedenen Professionen zusammen/aufeinander? Wer tut was?) und
- festgelegten Verfahren und Abläufen.

Der Patient im psychiatrischen Krankenhaus, die Kundin der Institution, muß die im Krankenhaus ablaufenden Prozesse als stimmig erleben.

Eine zeitgemäße psychiatrische klinische Behandlung und Pflege bedeutet, daß sich das psychiatrische Krankenhaus von der Angebotsorientierung weg und hin zur Bedarfsorientierung entwickeln muß. Statt Risikoselektion steht die Versorgungsverpflichtung im Vordergrund der Überlegungen.

Ausgehend vom einzelnen Patienten geht es darum, seine speziellen Probleme, seine Sichtweise, seine persönlichen Ziele, seine Verständigungsmöglichkeiten und seine Grenzen zu erkennen und zu bearbeiten. Unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes ist multiprofessionelle Arbeit anzubieten.

Die im „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken“ definierten Qualitätsanforderungen haben auch Auswirkungen auf die Personalentwicklung für das psychiatrische Krankenhaus. Nicht jeder und jede ist mehr geeignet, diesen berechtigten Ansprüchen gerecht zu werden. Betrachtet man nur eine kleine Auswahl dieser Aspekte, z.B. die Orientierung am Individuum, die beziehungsorientierte Arbeit, die Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung, die Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote, die angemessene Dokumentation, die Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen oder den aufgabengerechten Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, so wird deutlich, daß diese Aspekte nur multiprofessionell zu realisieren sind und auf diesem Wege Nutzerzufriedenheit bewirkt werden kann.

Psychiatrische Behandlung und Betreuung ist ein komplexes Geschehen. Sie kann nur durch das Zusammenarbeiten von Patientinnen/Patienten und den Profis der verschiedenen, im psychiatrischen Krankenhaus tätigen Berufsgruppen erfolgreich gestaltet werden. Das Problem ist, die erforderlichen professionellen

Dienstleistungen und die daran gekoppelte Kundenorientierung „unter einen Hut zu bringen“.

Aufgaben des Qualitätsmanagement sind so

- Qualitätserfassung und -beurteilung
- Erkennen und Beheben von Qualitätsdefiziten
- Erkennen und Nutzen von Qualitätszielen
- Durchführung von qualitätsfördernden Maßnahmen
- zeitnahe Qualitätsbeurteilung.

Grundvoraussetzung für die Umsetzung multiprofessionellen Tätigwerdens ist, daß die Betriebsleitung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Lage sind, Qualität „herzustellen“.

Betriebsleitung und Mitarbeiterinnen müssen „qualitätsfähig“ sein.

Qualitätsfähigkeit meint, daß die jeweilige psychiatrische Klinik nur mit einer geeigneten Struktur, mit geeigneten Führungskräften und ebenfalls dafür geeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, mit der entsprechenden geeigneten technischen Ausrüstung, einem geeigneten Umfeld sowie den erforderlichen geeigneten Zulieferungen in der Lage ist, Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

Welchen Nutzen kann multiprofessionelles Zusammenarbeiten in psychiatrischen Kliniken bewirken?

Für die *Patientin bzw. den Patienten* entstehen so nachvollziehbare Prozesse, die es ihm bzw. ihr ermöglichen zu verstehen, wer, wann, was und warum für ihn oder sie tut. Ihm bzw. ihr eröffnet sich die Möglichkeit, Einfluß auf den Behandlungs- und Pflegeprozeß zu nehmen. Ängste können gemindert und Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung ausgelöst werden.

Für die *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* entsteht Sicherheit. In einer Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens kann man sich akzeptiert und geborgen fühlen. Durch Lob, durch die entstehende Transparenz und die jeweils definierte Eigenverantwortung kann eine entsprechend hohe Motivation ausgelöst werden. Das eigentliche berufliche Handeln und das Erreichen von definierten Zielen optimiert das berufliche Tun. Eine Verbesserung des beruflichen Selbstverständnisses wird möglich.

Für die *Klinik* kann durch die entstehende Optimierung des beruflichen Handelns durchaus ein Wettbewerbsvorteil entstehen. Weniger Reibungsverluste führen zu größerer Wirtschaftlichkeit und Leistungsbereitschaft. Die Verhandlungen mit den jeweiligen Geldgebern können optimiert werden. Es entsteht weniger Regreß.

Aus dem *Blickwinkel der regionalen Öffentlichkeit* heraus könnte durchaus eine Imageverbesserung erkennbar werden. Die Integration der Patientinnen und Patienten in die Öffentlichkeit wird leichter. Vorurteile werden abgebaut, Eintrittsbarrieren und Angst vor einer stationären Behandlung gemindert.

Gegenüber dem *Leistungsträger* kann sehr viel genauer über die Produktivität der Aufgabenerfüllung, über die Qualität der jeweiligen Schritte, Prozesse und Ergebnisse und über die Vernetzung der jeweiligen Leistungsangebote in der Klinik Rechenschaft abgelegt werden.

Festgelegte Standards und Kriterien führen zu einer transparenten Objektivierung des beruflichen Handelns in der Klinik. Standards können gesichert werden und mit dazu beitragen, Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen öffentlichen Aufgaben zu ermöglichen.

Qualitätsmanagement erfolgt auf allen hierarchischen Ebenen eines Krankenhauses. In der Geschäftsführung, in der Betriebsleitung, in den Abteilungen, in den Stationen und selbstverständlich auch im Servicebereich, der im Regelfall ja nicht direkt im Patientenkontakt steht.

Qualität ist so das Ergebnis der Arbeit von geeigneten Führungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Grundvoraussetzung für das Herstellen von Qualität, die jeweils mögliche Bestleistung ist aber, daß man bereit ist, Qualität herstellen zu wollen, und auch über das erforderliche Wissen verfügt, um Qualität herstellen zu können.

Dieses Wollen bedingt, daß man die konkreten Ziele des Krankenhauses kennt und für sich selbst den inneren Antrieb verspürt, diese Ziele erreichen zu wollen.

Wissen bedingt, alle für das berufliche Tun erforderlichen Informationen zu erhalten und selbst das Verständnis für diese Informationen zu haben sowie über die Kenntnisse von erforderlichen Mitteln, Verfahren und Hilfen zu verfügen.

Folgende Merkmale kennzeichnen ein praktiziertes Qualitätsmanagement im psychiatrischen Krankenhaus:

- Transparenz der im Krankenhaus angewendeten Methoden und der Handlungsabläufe
- die interdisziplinäre Kommunikation ist selbstverständlich und erfolgt reibungslos
- innerbetrieblich wird mit einer gemeinsamen Sprache gesprochen („Unsere Klinik!“)
- Verbesserungen und Änderungen werden interdisziplinär erarbeitet und umgesetzt
- es herrscht ein vernetztes Denken vor („Wenn ich etwas will - wer wird es tun?“)
- Kostensenkung erfolgt durch Struktur- und prozeßorientiertes Handeln
- die Betriebsorganisation erfolgt strategisch und ist an Qualitätszielen ausgerichtet.

# Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile: Zur Bedeutung des multiprofessionellen Teams für die Qualität klinischer Arbeit

*Angelika Dietz*

Es steht heute außer Frage, daß multiprofessionelle Teamarbeit ein wesentlicher und notwendiger Bestandteil für qualifiziertes psychiatrisches Handeln ist. In der psychiatrischen Fachwelt besteht Einvernehmen darüber, daß eine angemessene Behandlung psychisch Kranker nur gemeinsam von den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen im multiprofessionellen Team auf der Grundlage einer sinnvollen Aufgabenteilung geplant und durchgeführt werden kann. Die verbindliche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen ist in der Personalverordnung Psychiatrie festgeschrieben. Sie ergibt sich aus einem heute allgemein anerkannten mehrdimensionalen Krankheitskonzept in der Psychiatrie, das die Wechselwirkung von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf der psychischen Erkrankungen berücksichtigt. Einem solch komplexen Krankheitsgeschehen können Diagnostik, Therapie und Rehabilitation nur genügen, wenn fachkompetente Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Berufsgruppen ihre Kenntnisse und Erfahrungen in den Behandlungsprozeß einbringen.

Unter Team verstehe ich im folgenden das multiprofessionelle Team einer Behandlungseinheit, das die laufenden Behandlungen plant und durchführt, sei es auf einer Akutstation, in einer Tagesklinik oder in einer Rehabilitationsklinik.

## **Rückblick**

Das Krankheitsverständnis in der Psychiatrie und damit auch die Art und Weise, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen zueinander stehen und miteinander arbeiten, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten tiefgreifend verändert. Auf der Grundlage eines Behandlungskonzeptes, das die individuellen und sozialen Dimensionen psychischer Krankheit umfassend berücksichtigt, können die Aufgaben in der Psychiatrie nicht mehr von den traditionellen medizinischen Berufen allein wahrgenommen werden, sondern nur unter Mitwirkung aller anderen im psychosozialen Feld engagierten Berufsgruppen verwirklicht werden.

Die klassische therapeutische Zweierbeziehung zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt bzw. Ärztin hat sich verändert und erweitert. Der Patient bzw. die Patientin hat es jetzt einerseits mit einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zu tun, zum anderen mit einem multiprofessionellen

Team, das ihm oder ihr in einer mehr oder weniger geschlossenen Gruppe gegenübertritt. Die therapeutische Zweierbeziehung ist nunmehr eingebettet in ein Beziehungsnetz wechselnder Ausrichtung. Für Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es häufig nicht einfach, sich in diesem Beziehungsnetz zurechtzufinden.

### ***Die besondere Qualität der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team***

Nach langjähriger eigener Alltagserfahrung in unterschiedlichen multiprofessionellen Teams halte ich die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team für eine Arbeitsform, die für das Qualitätsmanagement in den Psychiatrischen Kliniken allen anderen Arbeitsformen überlegen ist:

Psychiatrische Arbeit erfordert eine *ganzheitliche Sichtweise* des Patienten. Die verschiedenen im multiprofessionellen Team repräsentierten Berufsgruppen bringen ihre eigenen beruflichen und persönlichen Vorerfahrungen mit ein. Sie erleben die Patientin bzw. den Patienten zu verschiedenen Zeiten, bei unterschiedlichen Tätigkeiten aus ganz verschiedenen Blickwinkeln. Durch den Austausch von Beobachtungen, Erkenntnissen und Erfahrungen wird das Wissen des einzelnen Teammitglieds über jeden Patienten erweitert und für therapeutisches Handeln verfügbar. Verhaltensmuster der Patientin, die zunächst als unverständlich anmuten, werden durch den Austausch verstehbar, die Ressourcen des Patienten deutlicher.

Entscheidungen im Rahmen therapeutischer Planungen kommen häufig auf der Grundlage subjektiver Eindrücke und subjektiver Einschätzungen zustande. Da die menschliche Wahrnehmung naturgemäß beschränkt ist und darüber hinaus besonderen intrapsychischen Prozessen unterliegt, ist der Austausch der eigenen Sichtweisen und Anschauungen im multiprofessionellen Team zur *Vermeidung von Fehleinschätzungen* und Fehlentscheidungen unerlässlich.

Das multiprofessionelle Team lebt aus der *Unterschiedlichkeit* und der *Vielfalt* seiner Mitglieder, die sich nicht nur hinsichtlich ihrer beruflichen Ausbildung und Vorerfahrungen unterscheiden. Sie bringen ganz unterschiedliche Lebenserfahrungen und persönliche Fähigkeiten in die gemeinsame Arbeit ein. So ist ihr Engagement sehr verschieden, ebenso ihr Arbeitstempo und ihre Stimmung. Diese vielfältigen beruflichen und persönlichen Kompetenzen zu integrieren und für die qualifizierte Behandlung jedes einzelnen Patienten und jeder einzelner Patientin nutzbar zu machen, stellt nach meiner Erfahrung den besonderen Reiz der Arbeit im multiprofessionellen Team dar.

Die verschiedenen im Team repräsentierten Haltungen den Patientinnen und Patienten gegenüber können sich in der therapeutischen Arbeit hervorragend ergänzen: Manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind eher skeptisch in bezug auf Entwicklungsmöglichkeiten einzelner Patientinnen und Patienten, andere wiederum erzeugen durch unrealistische Hoffnung einen hohen Erwartungsdruck bei der Therapieplanung. Beide Haltungen finden in der Diskussion und

Reflektion im Team eine Korrektur. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter achten im Team beispielsweise sehr genau auf die Entwicklung einer perspektivischen Planung für jede Patientin, andere haben mehr die enge Begleitung der akuten Krise im Auge.

Durch Konfrontation und Integration unterschiedlicher Denksysteme, Betrachtungsweisen und Beobachtungen gelingt es einem multiprofessionellen Team leichter als einzelnen Berufsgruppen oder einzelnen Personen, *Problemlösungen* herbeizuführen. Denkblockaden, die in der therapeutischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten leicht entstehen, können erkannt und gelockert werden. Die gemeinsame Reflektion ermöglicht kreatives Denken.

Entscheidungen als Ergebnis von Problemlösungsprozessen werden eher akzeptiert und realisiert, wenn die Problemlösung gemeinsam erarbeitet wurde.

Die *Arbeitszufriedenheit* der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in multiprofessionellen Teams tätig sind, scheint mir höher zu sein als in traditionellen Arbeitsformen. Für jeden einzelnen Mitarbeiter, für jede Kollegin entstehen neue Wirkungs- und Verantwortungsbereiche. Er bzw. sie kann dabei eigene Fähigkeiten entdecken und weiterentwickeln. Er bzw. sie steht damit jedoch nicht allein, seine/ihre Tätigkeit wird unterstützt durch den Rückhalt im Team.

Im multiprofessionellen Team herrschen denkbar *günstige Lernbedingungen*: Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter hat Stärken, Kenntnisse und Erfahrungen, die einmalig sind und an andere im Team vermittelt werden können. Wenn diese Chance genutzt wird, ist jedes Teammitglied zugleich Lehrender und Lernender, sowohl in fachlicher als auch in persönlicher Hinsicht.

Nach meiner Erfahrung ist das multiprofessionelle Team immer positiver und hoffnungsvoller gestimmt als einzelne seiner Mitglieder. Es bietet einen *Schutz gegen Resignation*, Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühle in der Therapieplanung. Es schützt auch vor Allmachtsphantasien und überzogenen Erwartungen an die Therapiefähigkeit der Patientin bzw. des Patienten.

### ***Was macht multiprofessionelle Teamarbeit so schwierig?***

Zwischen der Forderung nach einem aufeinander abgestimmten Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen im multiprofessionellen Team einerseits und deren Realisierung andererseits besteht oft ein deutliches Mißverhältnis. Anspruch und Wirklichkeit klaffen in bezug auf einen partnerschaftlichen Arbeitsstil häufig noch weit auseinander. Die Erkenntnis, daß in der Hierarchie höher angesiedelte Berufsgruppen nicht immer recht haben, hat sich noch nicht überall im Alltag durchgesetzt.

Partnerschaftlichkeit und Gleichberechtigung werden als Anspruch formuliert, der im Alltag nicht leicht zu realisieren ist. Das Gefälle zwischen den in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen hinsichtlich ihres gesellschaftlichen Status', Umfang der Ausbildung, Macht, Einfluß und Durchsetzungsvermögen führt zu ei-

nem spannungsreichen Verhältnis zwischen den Berufsgruppen und erschwert die partnerschaftliche Zusammenarbeit im Team.

Ärztinnen und Ärzte sind bisher eher darin trainiert, allein zu entscheiden, während andere Berufsgruppen bisher stärker auf Diskussion und Kooperation angewiesen waren und gelernt haben, andere in Entscheidungsprozesse einzubeziehen.

Teamarbeit wird leicht als persönlicher Statusverlust mißverstanden, insbesondere von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern derjenigen Berufsgruppen, die im hierarchischen System gewöhnlich eine zentrale Rolle spielen. Auf der anderen Seite bedeutet multiprofessionelle Teamarbeit für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die es bisher gewöhnt waren, Entscheidungen auszuführen, die von anderen getroffen wurden, eine Umstellung. Sie müssen lernen, selbst Verantwortung zu übernehmen, kritisch nachzufragen, eigene Vorstellungen offensiv zu vertreten.

Die Gleichberechtigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im therapeutischen Team bedingt den Verzicht auf die Absicherung durch traditionelle Formen der Anordnung. Damit entstehen Unsicherheiten, die keineswegs immer als angenehm erlebt werden. Die Veränderung der Rolle des Arztes im therapeutischen Prozeß bewirkt eine Kollision mit Erwartungen sowie bestehenden Normen und z.T. auch gesetzlichen Vorgaben wie z.B. der ärztlichen Letztverantwortlichkeit. Aus dieser Rollenunsicherheit können Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team entstehen.

Ärztinnen und Ärzte sind durch ihre berufliche Sozialisation darauf vorbereitet, an ihrem Arbeitsplatz eine festumschriebene Stellung zugewiesen zu bekommen. Die Entwicklung einer Arbeitshaltung, die eine sensible und flexible Wahrnehmung von Aufgaben und Rollen im multiprofessionellen Team ermöglicht, ist in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte bisher nicht ausreichend vorgesehen.

Die Veränderung der Art und Weise, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in der Psychiatrie zusammenarbeiten, hat sich bisher nur wenig auf die Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen gegenüber den Ärztinnen und Ärzten ausgewirkt. Die Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen richten sich primär an den Arzt bzw. die Ärztin und nicht an ein Behandlungsteam.

Besondere Anforderungen werden an Leitungsmitarbeiterinnen gestellt, die im therapeutischen Team mit ihren nachgeordneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammenarbeiten. Einerseits ist beispielsweise die Oberärztin dem Assistenzarzt und der Stationsleiter der Pflegemitarbeiterin vorgesetzt, andererseits sollen sie im therapeutischen Team gleichberechtigt darüber diskutieren und entscheiden, wie für den Patienten oder die Patientin eine angemessene Behandlung zu gestalten ist.

## ***Rahmenbedingungen für multiprofessionelle Teamarbeit***

Die Personalverordnung Psychiatrie sieht das Zusammenwirken mindestens der folgenden Berufsgruppen vor:

Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Diplom-Psychologinnen, Sozialarbeiter, Ergotherapeutinnen, Bewegungstherapeuten.

Jede beteiligte Berufsgruppe leistet ihren eigenständigen Beitrag auf allen Ebenen der Behandlung, von der Diagnosestellung bis zur Behandlungsplanung und deren Durchführung.

Damit die jeweils besondere Fachkompetenz der verschiedenen Berufsgruppen für die Behandlung des einzelnen Patienten angemessen genutzt werden kann, müssen die unterschiedlichen beruflichen Blickwinkel in die Behandlungsplanung und -durchführung einfließen. Die multiprofessionelle Zusammensetzung ist hierfür eine notwendige, jedoch keine hinreichende Voraussetzung. Die bloße Anwesenheit verschiedener Berufsgruppen an einem Ort ist noch keine Gewähr für multiprofessionelle Teamarbeit. Wichtig ist vielmehr die tatsächliche multiprofessionelle Zusammenarbeit im Behandlungsteam. Dabei ist zu berücksichtigen, daß jedes Team ein soziales Gebilde darstellt, das oftmals sehr unterschiedliche Menschen in verschiedenen Rollen zu gemeinsamer Arbeit durch Regelungen und Absprachen organisiert und integriert.

### *Qualifikation*

Die an der Therapie beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen für ihr jeweiliges Fachgebiet hinreichend fachlich qualifiziert sein. Qualifikation weist sich dabei nach meiner Erfahrung nicht nur in berufsqualifizierenden Abschlüssen aus, sondern ebenso in klinischer Erfahrung. Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team erfordert darüber hinaus eine persönliche Kompetenz: eigene Vorstellungen vertreten können; sich auseinandersetzen können; sich einlassen können auf andere Sichtweisen und Zugänge; soziale Beziehungen gestalten können; Toleranz; Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung; Widerspruch ertragen können; Fragen stellen; mutig und geduldig sein. Dies alles sind persönliche Fähigkeiten, die in der multiprofessionellen Teamarbeit gefragt sind.

In der Fort- und Weiterbildung ist neben der Erweiterung des beruflichen Fachwissens immer auch die Erweiterung der sozialen Kompetenzen notwendig.

### *Zusammenarbeit*

Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team ist zu verstehen als fortdauernder Verständigungs- und Handlungsprozeß, in dem immer wieder unterschiedliche Sichtweisen und Interessen zum Tragen kommen. Die kontinuierliche Verständigung untereinander über Grundsätze und Ziele der gemeinsamen Arbeit und die Modalitäten der Zusammenarbeit sind eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Zusammenarbeit.

Zu der Verständigung über die Modalitäten der Zusammenarbeit gehört die Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten entsprechend den beruflichen und persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Teams. Jede Berufsgruppe hat die Aufgabe, ihren berufsspezifischen Beitrag erkennbar zu machen und eigenständig zu verantworten. Dabei schließen sich die Professionalität jeder Berufsgruppe und die konkrete ärztliche Verantwortung nicht aus.

Die Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufsgruppen überschneiden sich in vielen therapeutischen Handlungsbereichen. Wichtiger als die Abgrenzung der einzelnen Berufsgruppen untereinander scheint mir die Anerkennung der Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der anderen Berufsgruppe und die sorgfältige Absprache über die Aufgaben jedes und jeder einzelnen im Behandlungsteam. Dadurch können Konflikte reduziert und Mißverständnisse untereinander vermieden werden.

Zusammenarbeit ist nicht nur eine Frage des guten Willens, sondern vor allem eine Frage nach dem Umgang mit Konflikten. Störungen der Zusammenarbeit müssen in systematischer Weise angesprochen und bearbeitet werden.

### *Kommunikation*

In der Kommunikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des therapeutischen Teams untereinander entscheidet sich, wieviel Nutzen die Patientinnen und Patienten letztlich aus der multiprofessionellen Teamarbeit ziehen können. Dabei spielen der Informationsaustausch, die Abstimmung untereinander, die Entscheidungsfindung im Team, aber auch der Umgang miteinander eine Rolle. Der Umgang, den die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines multiprofessionellen Teams untereinander pflegen, und die Beziehung, die sie zueinander unterhalten, verdienen besondere Beachtung. Denn die Art und Weise, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter miteinander umgehen, beeinflusst ihr Verhalten gegenüber den Patientinnen und Patienten und wirkt sich unmittelbar auf deren Verhalten aus. Immer, wenn es im Team kriselt, leidet darunter die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.

Die Kommunikationsstrukturen in der Behandlungseinheit müssen sicherstellen, daß alle relevanten Gesichtspunkte in die Planung und Durchführung der Behandlung einfließen. Die Kommunikationsstrukturen müssen gleichzeitig gewährleisten, daß alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihr Handeln aufeinander abstimmen.

Dazu bedarf es fest vereinbarter Regeln für die Kommunikation untereinander und regelmäßiger Besprechungen. In der täglich stattfindenden Therapiebesprechung tauschen sich alle aktuell an der Behandlung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über alle in der Behandlungseinheit behandelten Patientinnen und Patienten aus. Neben dem täglichen Informationsaustausch der Mitarbeiter ist es in regelmäßigen Zeiträumen erforderlich, Therapieplanungen im Verlauf zu überprüfen und Behandlungsziele neu zu definieren. Bei dieser Überprüfung sollten alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams präsent sein.

Darüber hinaus sind Besprechungen des Behandlungsteams zur Klärung team-interner Konflikte, zur systematischen Reflektion der therapeutischen Arbeit und zur Weiterentwicklung der konzeptionellen Arbeit des Teams notwendig. Um den Informationsaustausch sicherzustellen, muß gewährleistet sein, daß Mitteilungen ihre Adressatinnen und Adressaten auch dann erreichen, wenn diese nicht im Dienst sind. Dazu sind schriftliche Kommunikationswege notwendig. Ein solcher Informationsaustausch kann über die Patientendokumentationsmappe erfolgen, die von den unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam geführt wird.

### *Unterstützung durch übergeordnete Leitungen*

Multiprofessionelle Teamarbeit als Voraussetzung für das Gelingen von Qualitätsmanagement in einer Behandlungseinheit ist nur dann möglich, wenn die übergeordneten Entscheidungsträgerinnen und -träger diese unterstützen und die ideellen und materiellen Voraussetzungen dafür schaffen, z.B. durch Beteiligung des Teams bei der Mitarbeiterauswahl, durch die Möglichkeit, die Dienstplangestaltung auf der Ebene der Behandlungseinheit zu organisieren, etc. Eine Unterstützung und notwendige Kontrolle der multiprofessionellen Teamarbeit sehe ich auch in regelmäßigen Teamklausuren unter Beteiligung der Leitungen.

# Die Psychiatrische Klinik als Teil eines psychosozialen Versorgungsverbundes - Anforderungen an die Außenorientierung des Qualitätsgedankens

*Peter Auerbech*

Bei den besonders erfolgreichen Unternehmen ist die Orientierung nach außen, die Beachtung des Kunden, vielleicht das wirksamste Mittel der Selbstdisziplinierung. In Verbindung mit einer entschiedenen Mitarbeiterorientierung, die Eigenständigkeit, Selbstorganisation und Selbstoptimierung ermöglicht und fördert, gehört die Außenorientierung zu den „Grundtugenden“ guter Unternehmensführung. Dies betonen PETERS und WATERMANN in ihrer Darstellung der bestgeführten US-Unternehmen.

In psychiatrischen Kliniken findet der Widerspruch zwischen Außen- und Innenorientierung dann seine Auflösung, wenn sie gleichzeitig nach außen und nach innen orientiert sind. Nach außen, weil ihnen „Nutzerzufriedenheit“ und „positive Wirkung nach außen“ am Herzen liegen, nach innen, weil ihnen „Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen“ und ein „aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ wichtig sind; vier Qualitätsanforderungen des „Leitfadens zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“.

Leitmotiv ist die Ausrichtung auf Wiedereingliederung, die Förderung der sozialen Integration der Patientinnen und Patienten in ihre angestammte Umgebung und die Integration der psychiatrischen Institutionen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Krankenhausmedizin im Sinne der Gleichstellung psychisch Erkrankter mit körperlich kranken Menschen. Nur die Eingemeindung der Psychiatrie mit ihrer Möglichkeit der ständigen Rückkoppelung zwischen sozialem Umfeld der Patientin und des Patienten und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern schafft die Voraussetzungen für ein Klima der Entwicklung, der Begeisterung und des Qualitätsbewußtseins, das sich in einer überschaubaren Region deshalb am besten entwickeln läßt, weil hier die Orientierung am Bedarf von Personen in persönlicher Zusammenarbeit zu erfahren ist.

Erinnern wir uns: bis Ende der sechziger Jahre - im zeitlichen Vorfeld der Psychiatrie-Enquete - stagnierte die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung vor allen Dingen auch deshalb, weil Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter der psychiatrischen Anstalten, Hauptträger psychiatrischer Behandlung, von Außenkontakten durch ihre Gemeindefeme bzw. ihren fehlenden Bezug zu einer überschaubaren Region weitgehend abgeschnitten waren. Ihre Isolation hatte ihre Ursachen jedoch nicht nur in der besonderen Stellung innerhalb des Gesundheitswesens, sondern auch in den schrecklichen Ereignissen während des Dritten Reiches, die zur Erstarrung geführt hatten. Viele Anstalten waren zu sich selbst genügenden Asylen geworden und glichen totalen Institutio-

nen, die Patienten zu Insassen werden ließen und die Mitarbeiter zu institutionsadäquaten Verhaltensweisen veranlaßten. Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden hospitalisiert. Auch die Größe der Anstalten begünstigte und verstärkte die Tendenz zur Binnenorientierung und Abgrenzung zur Krankenhausmedizin. Die interne Gliederung orientierte sich an Gesichtspunkten der Aktualität oder Chronizität. Behandlungskontinuität über den Verlauf einer Erkrankung hinweg war so kaum möglich. Ein Patient hatte im Verlauf seiner „Anstaltskarriere“ damit zu rechnen, je nach Befinden in verschiedene Bereiche der Anstalt - akut, subakut, chronisch - verlegt zu werden. Die Patientin erwarb die Fähigkeit zum Leben innerhalb der Anstalt, nicht zum Leben außerhalb der Anstalt.

Unter dem Einfluß der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete haben sich diese Verhältnisse erheblich verändert.

### **Konkurrenz, Konversion, Konvergenz**

Psychiatrische Einrichtungen - Fachkrankenhäuser und Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus - orientieren sich an der Gemeinde oder Region oder liegen bereits in der Gemeinde, Unter dem Konkurrenzdruck gemeindenaher psychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus haben auch die Fachkrankenhäuser erhebliche Anstrengungen unternommen, den gemeindeorientierten Bedarf zu erkennen und sich ihm anzupassen. Sie haben beispielsweise eine auf die Region bezogene interne Sektorisierung vorgenommen oder aber innerhalb der Gemeinde angesiedelte vorgelagerte Abteilungen gegründet. Beide Systeme - Fachkrankenhaus und Abteilung - akzeptieren heute übereinstimmend, daß sich ihr Angebot nicht mehr institutionsbezogen selbst definiert, sondern daß es sich am Bedarf der Region im Sinne wechselseitiger Ansprachen bzw. der Entscheidung von Gremien zu orientieren hat. Dabei waren die jeweiligen regionalen Entwicklungen außerordentlich vielfältig; sie konvergieren aber dahingehend, daß eine funktionierende psychiatrische und regional definierte Versorgung ohne eine Koordination ambulanter, komplementärer und stationärer Angebote nicht denkbar ist.

Die Umwandlung psychiatrischer Versorgung vollzog sich in den ersten Jahren aber immer noch träger- und einrichtungsorientiert und nahm phasenweise den Charakter eines Wettkampfes der Systeme an, wobei Fachkrankenhäuser und Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus sich wechselseitig Kompetenz und die Bereitschaft zur zeitgemäßen Versorgungsverpflichtung bestritten.

Unbestreitbar ist heute, daß psychiatrische Abteilungen in der Lage sind, sowohl die Akutbehandlung psychisch Kranker zu leisten als auch die Versorgung schwer und längerfristig Erkrankter in Kooperation mit anderen Einrichtungen der Region zu organisieren. Allerdings geschieht das nicht mehr unter *einem* Dach, wie es in früheren Jahrzehnten in psychiatrischen Anstalten mit dem oben beschriebenen Ergebnis geschah.

Moderne psychiatrische Fachkrankenhäuser nehmen den regionalen Bezug und die Gemeindenähe heute ebenso ernst, wie es psychiatrische Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus naturgemäß tun. Integration psychiatrischer Kliniken und Versorgungseinrichtungen in die Gemeinde und ihre Orientierung an den Bedürfnissen der Gemeinde setzen eine angemessene, das System der gegliederten Krankenhausversorgung nicht sprengende Größe voraus; die Größe entspricht auch der Abteilungsgröße bei interner Sektorisierung von Fachkrankenhäusern. Sie liegt bei etwa 100 Betten/Plätzen pro Klinik, was einer Sektorgröße von etwa 150.000 bis 200.000 Einwohnerinnen und Einwohnern entspricht. Hinsichtlich der Sektorgröße ergibt sich eine gute Übereinstimmung mit der Empfehlung der Psychiatrie-Enquete. Hinsichtlich der Größe der Klinik bzw. Sektorklinik hat die Realität die Enquete-Empfehlung von 200 Betten überholt. Die durchschnittliche Abteilung am Allgemeinkrankenhaus hat eine Größe von 100 Betten/Plätzen.

Gemeindenähe bzw. Gemeindeorientierung meint entscheidend regionale Pflichtversorgung, d.h. die Selbstverpflichtung der psychiatrischen Klinik, alle krankenhausbehandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten aus einer definierten Region unabhängig von sozialer Herkunft oder Schwierigkeits- oder Schweregrad der Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln und dabei die regionalen Bezüge und Kontakte im Sinne einer Ausrichtung auf Wiedereingliederung zu erhalten und zu fördern.

Aus der Perspektive der Patienten und Nutzerinnen psychiatrischer Kliniken bedeutet dies aber nicht mehr ein umfassendes, gewissermaßen totales Angebot der Klinik, sondern ihre Eingliederung in ein umfassendes Angebot innerhalb der Region. Bei der Entwicklung des regionalen psychosozialen Versorgungsverbundes hat die Klinik einen wesentlichen Beitrag zu leisten, der sich in einem entwickelten Versorgungsverbund jedoch mehr und mehr relativiert. Schließlich sprechen auch Kostengesichtspunkte für die Verkleinerung psychiatrischer Kliniken in Verbindung mit Pflichtversorgung und überschaubaren Versorgungsregionen, wie PRIEBE vor kurzem feststellte. Hier seien auch noch einmal PETERS und WATERMANN zitiert: „Die kleine Produktionsstätte erweist sich als die wirtschaftlichste; ihre engagierten, motivierten und hochproduktiven Mitarbeiter, die untereinander im laufenden Kontakt (und in Konkurrenz) stehen, produzieren die Beschäftigten der Großbetriebe in Grund und Boden... Auf diesem wirklich entscheidenden Gebiet gibt es keinen Konflikt: kleine Einheiten, Qualität, Engagement, Selbständigkeit - und Effizienz - sind alle dieselbe Seite der Medaille. Langfristig sind eine günstige Kostenentwicklung und Effizienz die *Folge* von ständigem Qualitätsbewußtsein, Service, Innovation, Beteiligung, Engagement und Ausrichtung auf die Probleme des Kunden.“ Sollten wir also von der Wirtschaft lernen? Qualität und Kosten stehen jedenfalls nicht im Widerstreit, sondern bedingen einander in dem Sinne, daß das „Kleine auch das Erfolgreiche“ ist, wenn - um wieder auf unser Thema zu kommen - alle an der psychosozialen Versorgung Beteiligten ihre disziplinierte Bereitschaft zur koordinierten Kooperation in Trägervielfalt und Eigenständigkeit entwickeln. In der Vernetzung ist jeder Teilnehmer an der psychosozialen Versor-

gung Anbieter und Nutzer zugleich. Die Ausrichtung auf den notwendigen Bedarf für Patientinnen und Patienten ist die Grundlage für das gemeinsame Selbstverständnis innerhalb der Einrichtungen des Verbundes.

Intern ist auf die Zusammenarbeit in der Region bezogenes Qualitätsmanagement zwar auch „Chefsache“, aber ohne die eigenverantwortliche Selbstorganisation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Ebenen und aller Arbeitsbereiche zum Scheitern verurteilt. Im Zentrum des internen Qualitätsmanagements muß deshalb eine ganz eindeutige Mitarbeiterorientierung stehen, die die Motivation zur Selbstkontrolle und Selbstoptimierung fördert, damit Kreativität und Innovation in der patientenzentrierten Außenorientierung erreicht werden. Wer weiß, worauf es ankommt, hat den Mut zum Experimentieren in der Zusammenarbeit, auch den Mut, einmal Fehler zu machen. Regeln in der Zusammenarbeit sollten zur Verstärkung positiver Verhaltensweisen eingesetzt werden. Lebensnerv der Zusammenarbeit ist die intensive Kommunikation, der zwanglose und flexible „alltägliche“ Austausch innerhalb des Versorgungsverbundes über Träger- und Einrichtungsgrenzen hinweg. So kann auf der Grundlage guter persönlicher und professioneller Kontakte ein regionales psychosoziales Bewußtsein entstehen.

Gemeinsames Selbstverständnis in der Ausrichtung am notwendigen Bedarf für Patientinnen/Patienten, Mitarbeiterin/Mitarbeiter und Außenorientierung, intensive Kommunikation und regionales Bewußtsein, disziplinierte Eigenständigkeit aller Beteiligten beruhen auf einer überschaubaren Zahl gemeinsamer Wertvorstellungen, die sich im Katalog der Qualitätsanforderungen der Arbeitsgruppe wiederfinden und auch geistiges Fundament der Psychiatrie-Personalverordnung sind. Diese ist wie der hier von der AKTION vorgestellte Leitfaden patientenzentriert und nicht institutions-, berufsgruppen- oder methodenorientiert. Die Psychiatrie-Personalverordnung ermöglicht psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgungsaufgaben eine bessere Personalausstattung, die in ein verbessertes Behandlungsangebot umgesetzt werden soll. Auch in der amtlichen Begründung zur Psych-PV wird die regionale Einbindung psychiatrischer Kliniken betont und ihre Mitverantwortung für die Entwicklung außerstationärer, den stationären Bereich entlastender Versorgungsstrukturen bekräftigt. Die Psychiatrie-Personalverordnung unterscheidet nicht zwischen Fachkrankenhaus und Abteilung am Allgemeinkrankenhaus, setzt Konvergenz der Entwicklung damit voraus. Sie legt aber eine optimale, d.h. überschaubare Größe psychiatrischer Kliniken dahingehend nahe, als sich die Personalbemessung für Leitende Ärzte und Leitende Krankenpflegekräfte nach der Zahl der vereinbarten Stellen für Ärztinnen/Ärzte und Diplom-Psychologinnen Psychologen richtet; diese sind im Verhältnis 8:1 in ganze oder anteilige Stellen für Leitende Ärzte oder Leitende Krankenpflegekräfte umzurechnen. Auch für die Optimierung von Stationsgröße mit 16 bis 18 Patientinnen/Patienten werden Anreize gegeben. Der Grundsatz der Überschaubarkeit gilt also sowohl für psychiatrische Versorgungsregionen als auch für psychiatrische Kliniken und ihre Behandlungseinheiten (Stationen) als Teil des psychosozialen Versorgungsverbundes.

## ***Regionalisierte - gemeindenahe - Vernetzung psychiatrischer Einrichtungen im psychosozialen Versorgungsverbund als strukturell-organisatorische Voraussetzung für personale (ganzheitliche), am Individuum orientierte Behandlung***

Vernetzung im Verbund und außenorientierte Organisation von Einrichtungen alleine garantieren nicht das Erreichen ganzheitlicher Behandlungsziele. Erst die Ausrichtung auf gemeinsame Wertvorstellungen, die Polarisierung ist geeignet, eine „Fragmentierung“ der Patientinnen und Patienten im Spannungsfeld verschiedener Anbieter und Rechtsgrundlagen zu verhindern. Die zentralen Anforderungen - Wertvorstellungen - an die Außenorientierung des Qualitätsgedankens in der psychiatrischen Klinik sind identisch mit den Anforderungen aller im Verbund tätigen und betroffenen Nutzerinnen/Nutzer und Anbieter. Vernetzung ist kein Selbstzweck; Patientenorientierung ist keine Formel.

Zentrale Anforderung an unsere Arbeit ist Humanität, der Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten. Sie wird im Grundgesetz als Grundwert definiert. Unser Leitfaden nennt diese Qualitätsanforderung explizit: „Psychiatrie ist - wie aus ihrer Geschichte erkennbar - unter anderem im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen in Gefahr, die Würde der Patientinnen und Patienten nicht hinreichend zu achten. Würdeverletzungen reichen dabei von menschenunwürdigen Unterbringungsverhältnissen über die Art des Umganges mit Zwangsmitteln (z.B. Fixierungen, Zwangsmedikation) bis zu herablassenden und verletzenden Umgangsformen.“

So wie intensive und zwanglose „alltägliche“ Kommunikation der Lebensnerv funktionierender Vernetzung im Sinne koordinierter Kooperation von Einrichtungen und Anbietern ist, so sind die „Orientierung der Behandlung am Individuum“ und die „beziehungsorientierte Behandlung“ wertvolle und entscheidende Grundlage für die personale (ganzheitliche) Psychiatrie: „Die Behandlung muß an der individuellen Krankheitsgeschichte des Patienten bzw. der Patientin orientiert sein...“

Behandlungskonzepte, diagnostische und therapeutische Standards werden in der Regel auf bestimmte Krankheiten und Problemkonstellationen hin entwickelt. Um sie effektiv anzuwenden, müssen sie auf die Bedürfnisse des Einzelfalles ausgerichtet werden... Nur wenn das Behandlungsergebnis den individuellen Fähigkeiten und Defiziten entspricht und an den individuellen Lebensbedingungen zu Hause orientiert ist, kann davon ausgegangen werden, daß die Patientin oder der Patient die angebotenen Hilfen langfristig akzeptiert und mitträgt. Besonderes Gewicht ist auf die weitmögliche Mitwirkung der Patientin und des Patienten an der Behandlung zu legen... Die Mitwirkung der Angehörigen... ist anzustreben. Die Gestaltung von Therapie- und Hilfeplänen muß unter größtmöglicher wechselseitiger Akzeptanz und Achtung geschehen und im Hinblick auf Erreichbarkeit, Auswirkungen und Grenzen erörtert werden.“ Die Orientierung der Behandlung am Individuum impliziert eine wichtige, wenngleich banale Feststellung: das inhaltliche Zentrum der Behandlung liegt auch während des

Krankenhausaufenthaltes außerhalb des Krankenhauses. Die Beachtung des Gesichtspunktes der „Nachrangigkeit stationärer Hufen“ durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik sichert - wenn nötig - die nach- und vorstationäre Behandlungskontinuität.

Die Orientierung der Behandlung am Individuum ist das Fundament jeder Behandlung. Personale Psychiatrie ist auch immer eine Psychiatrie der Beziehungen, setzt also wesentlich eine beziehungsorientierte Behandlung voraus: „Psychiatrische Erkrankungen sind ohne systematische Berücksichtigung ihrer Beziehungsseite nicht zu diagnostizieren und zu behandeln. Dies muß im Behandlungskonzept durch Bezugspersonensysteme bereits organisatorisch Ausdruck finden... Beziehungsgestaltung meint dabei die Ebene personaler (ganzheitlicher), nicht funktionaler Interaktion. Personale Interaktion bezieht sowohl die Patientin bzw. den Patienten, als auch die für diese jeweils zuständigen therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über ihre jeweilige Rolle im Therapieprozeß hinaus als individuelle Person mit ein. ... Beziehungsgestaltung umfaßt mehrere Gesichtspunkte:

- Die Akzeptanz des Patienten bzw. der Patientin als Person statt als „Symptomträger“
- Die Präsenz und Verfügbarkeit der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Beziehung als „personales Gegenüber“...

Zur Ausbildung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung muß das Therapiemanagement für die Zuordnung fester und verbindlicher Bezugspersonen zu den einzelnen Patientinnen und Patienten sorgen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist eine der wesentlichen Wirkkomponenten von Therapie. Im Idealfall soll daher die Zuordnung der Bezugspersonen auch über mehrere Behandlungsepisoden hinweg erhalten bleiben.“

Die Vorteile eines gegliederten psychosozialen Versorgungsverbundes jedoch, nämlich Rollenvielfalt und Konkurrenz, Angemessenheit und Wahlmöglichkeit, können in einer beziehungsorientierten Psychiatrie gerade für solche schwierigen und schwerkranken Patientinnen und Patienten zum Nachteil werden, die auf verschiedene Komponenten des psychosozialen Netzwerkes angewiesen sind. Zum Nachteil werden sie, wenn die Übergänge vom stationären zum ambulanten oder komplementären Angebot mit Beziehungsabbrüchen verbunden sind, deren Auswirkungen weder antizipiert noch reflektiert oder gemildert werden. Aus guten Gründen haben wir uns von der Anstaltspsychiatrie als einem in sich geschlossenen, von der Gemeinde weitgehend isolierten Angebot gelöst. Eine kommunale Psychiatrie mit einer Vielfalt von Institutionen ist in vielen Regionen entstanden. Damit ist Beziehungsvielfalt in der beziehungsorientierten Psychiatrie möglich geworden. Beziehungsvielfalt darf jedoch nicht dazu führen, daß gerade die schwierigen (Risiko-) Patientinnen und Patienten zwischen den verschiedenen Einrichtungen wie eine „Flipperkugel“ (SUNDERMANN) hin- und herschießen. Hier kommt ein anderer wichtiger Aspekt der Vorstellung von beziehungsorientierter Psychiatrie zum Tragen: die Übergänge eines Patienten

von einer Einrichtung zur anderen, einer Betreuerin zur anderen, einer Beziehung zur anderen, werden dann nicht als Abbruch erlebt, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Einrichtungen miteinander bekannt sind und persönliche professionelle Beziehungen unterhalten, gegebenenfalls organisiert in Form des runden Tisches, an dem Einzelhilfepläne für Patientinnen und Patienten besprochen und ausgearbeitet werden, konkrete persönliche Absprachen im Hinblick auf Patientinnen und Patienten getroffen werden können und eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter die Moderation oder das Management für die individuelle Abstimmung von Hilfen in Zusammenarbeit mit anderen und dem Patienten übernehmen kann. Spaltungen können so vermieden, Beziehungskontinuität kann über Einrichtungsgrenzen hinweg entwickelt werden.

Beziehungsorientierte, auf den Bedarf der Patientinnen und Patienten zentrierte Psychiatrie im psychosozialen Versorgungsverbund erfordert innerhalb der psychiatrischen Klinik eine entsprechende Organisationsform und entsprechende Arbeitsmöglichkeiten für die Bezugspersonen, die Möglichkeit haben müssen, den scheinbaren Widerspruch zwischen Außen- und Innenorientierung aufzulösen; Institutionelle Traditionen der Kontrolle, Einengung und Einschränkung sind zu überwinden. Einrichtungen, die auf disziplinierte Eigenständigkeit und Mitarbeiterorientierung setzen, sind auf dem richtigen Weg. Sie räumen insbesondere den „Bezugspersonen“ einen Vertrauensvorschuß für einen individuellen Weg zur Orientierung der Behandlung am Individuum ein.

Gemeinsame Grundüberzeugungen und Leitmotive („Qualitätsanforderungen“) sind geeignet, im Spannungsfeld zwischen Sicherheitsbedürfnis der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einerseits und Einzel- bzw. Gruppeninitiativen, ohne die Kreativität und Innovation nicht möglich sind, zu vermitteln. Keine Institution, kein Konzept sind geeignet, persönliche Beziehungen in der personalen Psychiatrie vollständig „zu regeln“. Das mit dem Konzept der beziehungsorientierten Behandlung notwendig verbundene Spannungsfeld schafft Freiräume für Menschen.

## **Literatur**

PETERS, Th. J., WATERMAN R. H.: Auf der Suche nach Spitzenleistungen: was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann, mgv-Verlag, München (1994)

SCHEYTT, D., KAISER P., PRIEBE S.: Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin. Psychiatr. Prax. 23 (1996)

SUNDERMANN, E.: Persönliche Mitteilung, Bochum (1995)

### III. Qualitätsmanagement in Psychiatrischen Kliniken -ein kritischer Blick von außen

# Die Bedeutung von Qualitätsmanagement aus der Sicht Psychiatrieerfahrener

*Jürgen Jacke!*

Sie täuschen sich nicht, Sie befinden sich immer noch auf dem APK-Kongreß in Bonn, und ich möchte in der halben Stunde, die mir zur Verfügung steht, von den Erwartungen psychisch Kranker und der Bedeutung des Qualitätsmanagements in psychiatrischen Kliniken aus der Sicht der Patientinnen und Patienten reden. Ein Maßanzug - paritätisch bitte ich immer ein maßgeschneidertes Damenkleid dazuzudenken - scheint mir ein gutes Bild zu sein, um zu demonstrieren, wie sich Psychiatrie-Erfahrene ihre Behandlung wünschen.

## Der Maßanzug

(Das Damenkostüm)



Ich muß im übrigen dazu sagen, daß - um im Bild zu bleiben - ich mir meine Anmerkungen auch selbst geschneidert habe: Ich bin kein Mitglied einer Psychiatrie-Erfahrenen-Organisation und weder repräsentativ noch legitimiert. An dieser Stelle: Dank an die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. für die Zusammensetzung der Projektgruppe. Mir hat man erzählt, daß Wissenschaftler, die mit Medizinern zu tun haben, und Mediziner selbst geradezu eruptives Erstaunen gezeigt hätten, daß Mediziner, leitende Ärzte zumeist, in dieser Gruppe u.a. mit

Vertreterinnen und Vertretern des multiprofessionellen Klinikpersonals und gar mit Patienten und Angehörigenvertretern zusammensäßen. Es scheint so, als sei es noch keineswegs selbstverständlich, alle Beteiligten an der Psychiatrie auch am Diskussionsprozeß über Reformen teilnehmen zu lassen.

Zurück zum Maßanzug und den Erwartungen an eine Behandlung. Ein Maßanzug für einen psychisch kranken Patienten, eine Patientin: das bedeutet, eine Behandlung muß im doppelten Sinn des Wortes „angemessen“ sein. Jede Naht muß sitzen, muß verfolgt werden, muß immer wieder - wenn nötig - aufgetrennt und geändert werden. Zur „compliance“ der Patientin oder des Patienten, die für einen Behandlungserfolg außerordentlich wichtig ist, muß die „compliance“ der Behandelnden treten, wie es in den „Wittenberger Thesen 1995“ der Verbände von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Psychosozialen Hilfsvereinigungen heißt<sup>1</sup>. Der Betroffene kann seinen Rücken beim Anprobieren nicht sehen, er fühlt nicht immer selbst genau, wo es kneift. Außerdem verändert er sich auch, er muß mit den Schneidern und Schneiderinnen ständig über neue Beulen und Dellen reden (Man kann das auch „Prozeßcharakter“ nennen.) An dieser Stelle kommt für die Patientin bzw. den Patienten die Rolle des Qualitätsmanagementsystems (QMS) in psychiatrischen Kliniken in den Blick. Sie bzw. er muß sich darauf verlassen können, daß das Behandlungs-Team zu ihren/seinen Gunsten arbeitet. Daß ihm, dem Gekränkten/Kranken ein offenes Interesse für sein subjektives Erleben entgegengebracht wird, vor allem - so fordern es auch die „Wittenberger Thesen“ - bei der ersten Begegnung mit der Psychiatrie.

### Maßanzug ?



<sup>1</sup> Wittenberger Thesen.-In: Psychosoziale Umschau 3/1995, S. 23-24.

Im Zweifelsfall muß die Patientin Vertreterinnen/Vertreter ihrer Patienteninteressen hinter sich wissen, die auch ihren Rücken sehen. Sicherlich sind das zuerst die Angehörigen oder Bezugspersonen, die ich aber hier aus praktischen Gründen auch im weiteren nicht erwähnen werde, um Herrn Maß, der nach mir dieses Thema erörtert, nichts vorwegzunehmen. Dazu kommt der spezielle Fall der Betreuung, - das ist auch schon wieder ein Thema für sich, ebenso wie die spezifische Situation der Betroffenen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ferner reicht die Vertretung von Patienteninteressen von mittelbaren Instanzen wie Beschwerdestellen und Besuchs-Kommissionen, die aber oft viel zu weit weg stehen, über Psychiatrieerfahrenen-Organisationen bis hin zu der unmittelbaren Institution Patientenfürsprecher, die ins QMS einer psychiatrischen Klinik fest eingebunden sein muß. Ich habe nicht ohne Absicht das Wort „muß“ mehrfach wiederholt, denn diese Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sind zumeist noch im Aufbau. (Erfreulicherweise habe ich gerade gestern erfahren, daß vor kurzem ein nordrhein-westfälischer Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen gegründet worden ist.)

Letztlich werden sie aber überall kommen, denn der „Dienstleistungsbereich Psychiatrie“ entkommt dem Kostensenkungsdruck unseres sozialen Systems nicht. Für die Patientinnen und Patienten ist zu befürchten, daß Tuch, Faden und Schneider billiger werden sollen.

## "Kostendämpfung"

und mögliche Folgen :



Grob skizziert, sind zwei Folgen möglich:

1. Tuch und Nähte werden knapp, die Blößen umso größer- Patienteninteressen-Vertretungen werden sich bilden, die in einen - für die Betroffenen - unproduktiven Konflikt gegen die Kostensenkungen eintreten werden.
2. Eine Kostensenkung vermeidet den Qualitätsverlust durch bessere Nutzung der Ressourcen zugunsten der Patientin bzw. des Patienten - auch das wird die Vertretung von Patienteninteressen stärken, denn sie sichern im Rahmen des Qualitätsmanagement diese Entwicklung ab.

Wie gesagt, grob skizziert. Aber Konflikte, die ich generell als lebenswichtig für ein demokratisches System ansehe, sollten in die richtige Bahn gelenkt werden. Verbesserte Nutzung der Ressourcen zugunsten der Patientinnen und Patienten erhöht die Beweglichkeit im Maßanzug. Das ist in meinen Augen eine mögliche Beschreibung von Behandlungserfolg. Die neue Beweglichkeit des Patienten/der Patientin in seiner/ihrer Lebenswelt.

## Das Ziel: Neue Beweglichkeit des Patienten in seiner Lebenswelt



Was kann der „Leitfaden“, der hier vorgestellt wurde, dazu leisten? Er kann von allen Seiten den „Zuschnitt“, auf den Patienten gerichtet, beobachten, die Anwendung der „Schnitt-Normen auf das Material, das Textil für den Patienten oder die Patientin bewerten - und das homogen über die gesamte Spannweite von Struktur, Prozeß und Ergebnis hinweg. Beobachtung und Bewertung immer in der produktiven Auseinandersetzung zwischen allen Beteiligten, die auch die Betroffenen und ihre Interessenvertreterinnen und -Vertreter einbegreift.

Die Form dieser produktiven Auseinandersetzung wird vom Qualitätsmanagement einer Klinik vorgegeben. Daß das unterschiedlich aussehen kann - je nach bereits vorhandenen Strukturen der Einrichtungen - ist schon mehrfach angesprochen worden. Aber: ein gemeinsames Merkmal muß vorhanden sein: Auf allen Ebenen des Qualitätsmanagements, von der Station bis hin zur ärztlichen Leitung und der Betriebsleitung muß die Beteiligung der Patientinnen und Patienten und ihrer Interessenvertretung vorgesehen sein.

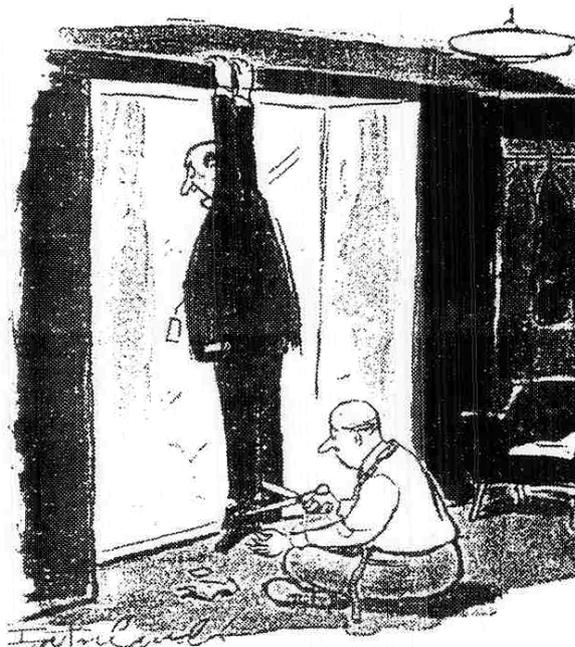
Ob das die Teilnahme des Patientenführers an „Patientenparlamenten“, an Stationsübergaben oder an Einzelfallbesprechungen ist, ob das formalisierte regelmäßige Kontakte zum ärztlichen Leitungsteam sind etc., in jedem Fall muß die Forderung nach umfassender und verständlicher gegenseitiger Information sowie nach klarer Zuordnung der Verantwortlichkeit (Stichwort „Team“) gelten.

Das bedeutet: Die Infrastruktur des klinikinternen Qualitätsmanagements muß vom Patienten her aufgebaut werden.

Ich nenne dies „Qualitätsmanagement durch Nachfragen“. Nachfragen als wechselseitigen Prozeß, der z.B. der Patientin oder dem Patienten auch deutlich macht, wie wichtig für sie oder ihn selbst die Qualifikation und Fortbildung der Mitglieder des Behandlungsteams sind.

Das Nachfragen gilt einem Ziel: der Patientin/dem Patienten, die/der sich geistig und körperlich wieder in seinem Anzug oder ihrem Kostüm bewegen kann. Der oder die anerkannt wird, selbst wenn er oder sie drei Ärmel braucht.

## Qualitätssicherung durch Nachfragen



„Und wie lange schneiden Sie schon, wenn ich fragen darf?“  
Phil Interlandi / Ca, Süddeutsche Zeitung, 20./21. 4. 1996

Genau da, wo Menschen aus der Behandlung weggehen, sie abbrechen oder sogar sterben, ihre Stellungnahme buchstäblich „verkörpern“, liegen die wichtigsten Schwachstellen, die das Qualitätsmanagement verfolgen muß. In der Erfassung der Patientenzufriedenheit tauchen diese Menschen nicht oder nur wenig aussagekräftig auf. Der „Leitfaden“ berücksichtigt die Zielvorgabe „Nutzerzufriedenheit“, unter die auch 'Patientenzufriedenheit'<sup>1</sup> subsumiert wird, an hervorragender Stelle. Allerdings handelt es sich da um den komplexen Bereich der Erforschung von Patientenzufriedenheit, in dem wissenschaftlich noch sehr viel zu leisten ist.

Englisch-amerikanische Forschungen gingen z.T. mit einem „naiven Empirismus“<sup>2</sup> vor, der keine Erkenntnisse bringt. Ein lineares Weiterdenken, „große Zufriedenheit“ sei gleich „guter Realität“, ist unsinnig. Der vereinzelt Patient unterliegt zu leicht in seiner Hilflosigkeit einer „resignativen Anpassung“, also nur vorgeblicher Zufriedenheit. Trotzdem können systematische Patientenbefragungen in stationären Einrichtungen zumindest Hinweise auf Qualitätsmängel geben. Das Fehlen eines Standardverfahrens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit<sup>3</sup> hat m. E. einen großen Vorteil: Das Nachdenken darüber (z.B. im Zusammenhang mit der generellen Zufriedenheitsforschung im Hinblick auf Lebensqualität) wird nicht verstellt. Es wird in der wissenschaftlichen Diskussion vermutet, daß die „Erfassung bereichsspezifischer Zufriedenheit“<sup>4</sup> viel Aufschluß geben könne. Gerade da bietet das Zuordnungsverfahren des „Leitfadens“ Ansätze.

Der „Leitfaden“ gibt in vielen seiner Fragestellungen dem Qualitätsmanagement Gelegenheit, Betroffene bzw. Interessenvertreter von Patientinnen und Patienten einzubeziehen. Er kann für sie zu einem Instrument werden, „Qualitätsfähigkeit“ zu befördern. Konkret zum Beispiel in den Bereichen „Aufnahme“ und „Entlassungsvorbereitung und Entlassung“. Als anderes Beispiel nenne ich die Qualitätsanforderung „Transparenz der Behandlungsplanung und -durchführung“ in der Diskussion mit den betroffenen Menschen. In Frankreich spricht man von „relation vivante“ (mir fällt dazu keine adäquate Übersetzung ein). Weiteres Beispiel ist die angestrebte Förderung von Verantwortungsfähigkeit und der sozialen Integration. „Therapieerfolge hängen vielfach vom bewußten aktiven Mitwirken des Patienten ab. Bewußtes aktives Mitwirken setzt aber Information und Mitbestimmung voraus“, wie es der Wuppertaler Professor Bordiert einmal vor der SPD-Arbeitsgemeinschaft Gesundheitswesen am Niederrhein ausgedrückt hat<sup>5</sup>.

Ich halte in diesem Zusammenhang die Einbindung des Patientenfürsprechers

<sup>2</sup> Leimkühler, A.M.: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. - In: W. Gaebel (Hrsg.): Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. - Wien, New York 1995. S. 163-172.

<sup>3</sup> Cf. Spiessl, Cording, Klein: Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. - In: Krankenhauspsychiatrie 6/1995. S. 156-159.

<sup>4</sup> Leimkühler, a.a.O., S. 176

<sup>5</sup> SPD-ASG Niederrhein: Stärkung der Verbraucherinteressen im Gesundheitswesen.-Düsseldorf 1995.

in die produktive Auseinandersetzung für sehr wichtig, weil er/sie auf diese Weise von der ausschließlichen Vertretung des Einzelfalls, einer geplatzten Hosennaht, zu übergreifenden Qualitätsmängeln geführt wird. Darin sehe ich einen der Vorteile des „Leitfadens“: er ermöglicht eine feiner strukturierte inhaltliche Diskussion, verglichen etwa mit dem groben Raster US-amerikanischer „Ratings“<sup>6</sup>. Allerdings: Das Charakteristikum des Leitfadens, seine weitgespannte Offenheit, erlaubt einerseits ein sehr detailliertes „Qualitätsmanagement durch Nachfragen“, andererseits verleitet er (Leitfäden können das auch) zu glauben, es sei nun alles abgedeckt im psychiatrischen Raum, Qualitätsverbesserungen könne man nur im Rahmen bestehender Strukturen der stationären psychiatrischen Einrichtungen vornehmen. Nein, Darüberhinaus-Denken ist unerwünscht.

Sehr positiv auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten ist die ausführliche Anbindung der außerstationären gemeindepsychiatrischen und sozialen Einrichtungen an die Fragestellungen. Die „Wittenberger Thesen“ fordern noch im Jahr 1995 wörtlich: „Die Grenzen zwischen stationärer Versorgung und ambulanter Nachsorge (und damit Vorsorge - füge ich hinzu) sollten fließend sein“<sup>7</sup> -offenbar noch keineswegs überall selbstverständlich. Nur konsequent wäre die Fortführung des Qualitätsmanagements in den außerstationären gemeindepsychiatrischen Einrichtungen kompatibel zu einem späteren, weiterentwickelten „Leitfaden“. In der Arbeitsgruppe 3 gestern (Qualitätsmanagement „drinnen“ und „draußen“: Wie kann Qualitätsmanagement im gesamten gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem einer Region umgesetzt werden?) wurde das Qualitätsmanagement auf regionaler Ebene schon weitergedacht. Daß die Systematik des „Leitfadens“ ein solches Weiterdenken anregt, ist für mich übrigens ein Beweis (unter anderen), daß er keine verlorene Liebesmüh' der Projektgruppe ist.

Was der „Leitfaden“ in seinem gegenwärtigen Zustand nicht leisten will und nicht kann: Vergleichbare Bewertungen zwischen den verschiedenartigen stationären psychiatrischen Einrichtungen, die der Patientin oder dem Patienten die Auswahl erleichtern könnten. Er liefert aber die Basis für das „Qualitätsmanagement durch Nachfragen“, das nun in der geplanten Erprobung in der klinischen Praxis der Konsensbildung über gemeinsame Wichtigkeiten zugrunde liegt, die dann wieder zur Vergleichbarkeit führt. Vergleichbarkeit - das ist in erster Linie eine Hilfe zur Selbsteinschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Verlauf und Gelingen dieses Prozesses werden auch wieder von der Beteiligung von Patientinnen und Patienten und ihrer Interessenvertreter einschließlich überregionaler Patientenorganisationen abhängen. Auf lange Sicht werden sich - in Führungszeichen - „Kunden“-Vereinigungen bilden, die angesichts der Veränderungen unseres Sozialsystems (denken sie an steigende Zuzahlungen etc.) ihren Kundinnen und Kunden helfen, die „richtige“ Schneiderei für ihren Maßanzug zu

<sup>6</sup> z.B.: Public Citizen Health Research Group/National Alliance for the Mentally III: Care of the Seriously Mentally III. -Third Edition 1990.

<sup>7</sup> a.a.O., S. 24

finden. Es ist nur zu hoffen, daß diese Kundenorganisationen keine Konsumenten-Mentalität der Patientinnen und Patienten (und Angehörigen) in dem Sinne zur Folge haben, daß diese ihre eigene kritische Selbständigkeit aufgeben. Einige Aufgaben des sozialen Rechtsstaats, nämlich das Gleichheitsgebot und die Daseins- und Zukunftsvorsorge, sind zu wichtig, um sie dem kapitalistischen Markt zu überlassen.

## **Literatur**

LEIMKÜHLER, A.M.: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. - In: W. GAEBEL (Hrsg.): Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.

Wien, NewYork 1995, S. 163-172

Public Citizen Health Research Group/NationalAllianceforthe Mentally III: Care of the Seriously Mentally III. Third Edition 1990

SPD-ASG Niederrhein: Stärkung der Verbraucherinteressen im Gesundheitswesen, Düsseldorf 1995

SPIESSL, Ct., CORDING, C., KLEIN: Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie.- In: Krankenhauspsychiatrie 6/1995, S. 156-159

WittenbergerThesen.- In: Psychosoziale Umschau 3/1995, S. 23-24

# Die Bedeutung von Qualitätsmanagement aus der Sicht der Angehörigen

*Ernst Maß*

Platon, der, wie Sie wissen, ein engagierter Politiker war, aber wegen der andauernden Korruption resignierte, sagte einmal, daß man an der Zahl der Gesetze die Qualität eines Staates erkennen könne; ein guter Staat brauche fast keine Gesetze, denn in ihm regle sich fast alles von selbst, jedoch brauche ein schlechter Staat viele Gesetze.

Dieser Gedanke kam mir bei den Vorarbeiten zum Leitfaden. Dennoch votierte ich in der Kommission für den umfangreichen Fragenkatalog. Dabei hatte ich einen Hintergedanken unabhängig davon, daß ich den Leitfaden in der vorliegenden Form für richtig halte. Ich dachte mir, hier kann die Psychiatrie einmal deutlich zeigen, daß die moderne Psychiatrie mehr ist als nur Haldol. - Der umfangreiche Leitfaden ist ein Kompromiß zwischen den vielfältigen Fragen, die sich aufdrängen, und der notwendigen Begrenzung, damit er noch handhabbar bleibt. Es sind also viele Fragen nicht enthalten, weil eine Beschränkung notwendig war, z.B. die Frage: Wo finden die Auseinandersetzungen des multiprofessionellen Teams statt? In einem geräuschgedämmten Besprechungszimmer oder während der Visite auf dem Flur des Krankenhauses, so daß die Patientinnen und Patienten in ihren Zimmern das mitbekommen? Dies ist nicht ausgedacht, sondern wird mir so aus einem psychiatrischen Krankenhaus berichtet. Aber es gibt noch einen anderen Grund für solch einen ins einzelne gehenden Fragenkatalog: Aus meiner früheren beruflichen Tätigkeit weiß ich, daß Prüfungen pauschaler Art zur Oberflächlichkeit verleiten. Man kommt nur zu billigen Ergebnissen. Ein eingehender Fragenkatalog zwingt dazu, sich mit den gestellten Fragen gründlich auseinanderzusetzen und dann auch eingehend dazu Stellung zu nehmen. Das ist notwendig. Ein pauschales Gutachten oder eine einfache Stellungnahme liest sich zwar gut, bleibt aber an der Oberfläche. Wenn wir eine bessere Psychiatrie wollen, und darin besteht wohl zwischen Profis und „Nutzerinnen und Nutzern“ Übereinstimmung, dann gibt es keinen anderen Weg.

Gestatten sie mir mal einen kleinen Rückblick aus meiner Schulzeit. 1941 wurde auf dem Gymnasium im Deutschunterricht zwei Stunden lang über den Begriff „Freiheit“ gesprochen. Heute heißt es wohl 'diskutiert'<sup>5</sup>. Es stellte sich heraus, daß man noch wesentlich länger darüber hätte reden können. Am Schluß der Doppelstunde sagte unser Deutschlehrer, der Studienrat Dr. Bluth: „Jungs, wenn man über einen Begriff redet, insbesondere über den Inhalt des Begriffes, dann seid sicher, daß es den Inhalt des Begriffes nicht gibt.“ Man muß das unter dem Gesichtspunkt verstehen, daß wir ja für Freiheit und Ehre gekämpft haben! Er

fügte dann hinzu, daß, wenn es nämlich den Inhalt eines Begriffes gäbe, dann wäre er so selbstverständlich, daß kein Mensch darüber sprechen würde. Diese Aussage war sicherlich damals lebensgefährlich. Jetzt komme ich auf unser Thema: Qualität, ich frage mich, warum wird eigentlich heute soviel über Qualität in der psychiatrischen Versorgung gesprochen? Ja sogar der Gesetzgeber spricht jetzt von Sicherung der Qualität. Gibt es den Inhalt dieses Begriffes nicht mehr? Das wäre ja schlimm, denn wir gehen doch davon aus, daß die Behandlung in den Kliniken immer nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, d.h. in höchster Qualität, geschieht. Oder soll das heißen, daß es hier um das Verhältnis zwischen Preis und Leistung geht? Dann wäre es eigentlich eine reine Finanzfrage und hätte mit Qualität überhaupt nichts zu tun. Oder doch? Kürzlich erklärte mir die Sozialministerin von Schleswig-Holstein, daß die Tagessätze in vollstationären Einrichtungen, d.h. Heimen und ähnlichen Einrichtungen, zwischen 87,- DM bis 360,- DM lägen, ohne daß erkennbar wäre, womit sich diese Differenz erklären ließe. Auch in psychiatrischen Kliniken differieren die Pflegesätze, hier gibt der Leitfaden eine Möglichkeit, dieses zu hinterfragen. Die teuerste Klinik muß nicht immer die beste sein. Ein Preis-Leistungsvergleich ist also schon sinnvoll. In den USA - dort sind die Angehörigen schon wesentlich besser organisiert - haben die Angehörigen Qualitätsmerkmale der Behandlungseinrichtungen in Katalogen erfaßt; so wurde mir kürzlich berichtet.

Eigentlich sollte uns diese Diskussion um Qualität nachdenklich stimmen, zumal aus dem Gesetz gar nicht erkennbar ist, worauf der Gesetzgeber eigentlich hinaus will, welche Vorstellungen er hat. Gehen wir einen Schritt weiter und fragen uns: Wenn schon die Qualität als selbstverständlich in der psychiatrischen Versorgung vorauszusetzen wäre, warum ist denn eine Qualitätssicherung dann erforderlich? Droht denn ein Verfall der Qualität? Vielleicht spielt hier auch eine veränderte gesellschaftliche Entwicklung eine Rolle. Früher wählte man einen Beruf, Beruf kommt von Berufung, heute wählt man einen Job. Bei diesem ist in erster Linie daran gedacht, wie kann ich mit möglichst geringem Aufwand möglichst viel verdienen. Diese moderne Einstellung zur Arbeit ist für die Psychiatrie wohl nicht geeignet, aber leider wird man an dieser Entwicklung nicht vorbeikommen, von Ausnahmen selbstverständlich abgesehen.

Wie kann man feststellen, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Patientinnen bzw. dem Patienten so umgehen, wie es in der Psychiatrie erforderlich ist, und wie kann man diejenigen austauschen, die diesen Anforderungen nicht gerecht werden? Die Personalvermehrung aufgrund des Psych-PV alleine tut es auch nicht, wenn die Einstellung, die Beziehung zur Aufgabe nicht in Ordnung ist. Der Leitfaden kann hier Hilfestellung geben. Doch kommt es nicht alleine darauf an, daß etwas wie im Leitfaden vorgegeben, getan wird, sondern entscheidend ist, wie es getan wird, und hier muß eingehender hinterfragt werden! Die Qualität der Leistung hängt entscheidend vom Engagement der in der Therapie Tätigen ab.

In der Medizin ist es beachtenswert, daß die Krankheit von der Patientin bzw. dem Patienten abstrahiert wird. Es heißt z.B. in der Chirurgie: Der Blinddarm auf

Zimmer 2, der Bauch auf Zimmer 3, der Klumpfuß auf Zimmer 4. D.h., es wird lediglich die spezielle Krankheit und deren Symptome betrachtet, nicht mehr der Mensch, wie dieses doch früher wohl einmal der Fall gewesen ist. Hier zeichnet sich allerdings ein Wandel ab, denn die Psychosomatik geht jetzt den entgegengesetzten Weg, den Menschen als Ganzes zu erfassen, mit den Erkenntnissen, daß viele somatische Erkrankungen ihre Ursache im psychischen Bereich haben. Wenn man auch in der Chirurgie und manch anderen Disziplinen die Krankheit von der Patientin bzw. dem Patienten abstrahieren kann, ist dieses in der Psychiatrie nicht möglich. Hier muß der ganze Mensch betrachtet werden und nicht nur eine manuelle oder sonstige Technik beherrscht werden, sondern es muß die Therapeutin sich ganz dem Patienten widmen, d.h. einen persönlichen Einsatz leisten. Wenn man nun das moderne Arbeitsleben als Job betrachtet, muß dieses zu einem Leistungsverfall in der Psychiatrie führen. Ist das eine bedrohliche Entwicklung? Man sollte sich darüber einmal Gedanken machen.

Welche Gedanken oder Forderungen haben nun die Angehörigen bzgl. der Qualität in der Psychiatrie? Auffällig ist nach wie vor, daß in den Lehrbüchern der Psychiatrie die Angehörigen gar keine Rolle spielen, nicht einmal als Randfiguren; es sei denn in dem Lehrbuch „Irren ist menschlich“ von Klaus DÖRNER und Ursula PLOG. Hier liegt schon ein großer Fehler. Es wird allenfalls daran gedacht, daß der Therapeut oder die Therapeutin zu Beginn der Therapie die Angehörigen ansprechen soll, um von ihnen Fakten aus dem Umfeld zu erfahren, die er oder sie als Ansatz für die Therapie verwenden kann. Dies ist eine Einbahnstraße, mit der der/die Angehörige nichts anfangen kann. Wenn ihm/ihr dieses mehrfach widerfahren ist, dieses - ich möchte es mal aushorchen nennen, dann wird er/sie nicht mehr kommen, weil er/sie sich in der Regel wie auf den Anklagestuhl gesetzt fühlt, weil dieses Gespräch direkt oder indirekt immer darauf hinausläuft, was ist denn eigentlich falsch gemacht worden. Wenn man schon davon ausgeht, daß vielleicht etwas falsch gemacht worden ist, dann hat das nichts mit der Schuldzuweisung zu tun, sondern ist einfach das Ergebnis einer Unerfahrenheit, namentlich bei der ersten Psychose, mit dieser Erkrankung. Eigentlich müßte doch die Konsequenz lauten: Eines Tages wird der Patient/die Patientin entlassen, dann müssen die Angehörigen, d.h. sein/ihr Umfeld darauf vorbereitet sein, wie man mit einem veränderten Menschen dann umgehen kann. Eine Psychose verändert doch den Menschen. Es ist ein so schwerwiegendes Erlebnis für den Kranken wie auch für den Angehörigen, daß man lernen muß, damit umzugehen. Lernen heißt aber, Kenntnisse vermittelt bekommen, d.h. eine Unterweisung zu erfahren, wie gehe ich damit um. Der Begriff 'Unterweisung' in der EBM, bisher Abrechnungsziffer 835, ist meiner Meinung nach ein guter Begriff, aber auch Informationen über die Erkrankung, über die Kausalität, bei der man nicht scheuen darf, auch einmal zuzugeben, daß man heute bei weitem noch nicht alles weiß. Aber man weiß doch sicherlich schon vieles über die Symptome und über die Anlässe, die zu einem Rückfall führen können. Hier bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten und den Angehörigen, aber nicht durch einen Anfänger, d.h. durch einen Arzt, der gerade erst beginnt, seine Facharztausbildung

in der psychiatrischen Klinik zu starten. Dieses hat nämlich zweierlei Nachteile, 1. erfährt der/die Angehörige nichts Brauchbares, womit er/sie also den weiteren Weg beschreiten kann und 2. bekommt er/sie als Ergebnis den Eindruck: „Meine Güte, der hat ja keine Ahnung! Ich weiß ja viel mehr von den Symptomen und den Problemen der Psychiatrie, als der mir gegenüber sitzende Arzt! Und der will therapieren? Das kann ja wohl nicht wahr sein!“ Ich meine, hier hegt ein schwerwiegender Verfahrensfehler vor. Wie gehen nun die Kliniken mit den Angehörigen um? Es ist keinesfalls so, daß die Angehörigen gern gesehen sind. Auch heute werden sie bewußt vor der Türe stehengelassen. Kürzlich ist mir ein Fall berichtet worden, in dem die Mutter eines Schwerkranken etwa zwei Stunden geklingelt hat, um eingelassen zu werden und den Arzt zu sprechen. Nach zwei Stunden wurde man des Klingelns überdrüssig, und der Pfleger kam an die Tür und erklärte, der Arzt habe keine Zeit, und im übrigen sehe er keinen Grund, mit der Angehörigen - d.h. mit der Mutter - zu sprechen. Ich meine, so geht es nicht, so wird man mit Sicherheit gegeneinander arbeiten, ohne daß man es will. Auch das ist eine Frage der Qualität.

Ich möchte hier schildern, wie es mir vor kurzer Zeit selbst ergangen ist. Mein an Schizophrenie erkrankter Sohn hatte vor etwa vier Wochen die manische Phase beendet und stürzte nun in eine schwere Depression. Er bestand aber darauf, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Sowohl der Arzt als auch ich waren der Meinung, daß dieses nicht möglich wäre, aber der Beschluß war ausgelaufen, es gab keine andere Wahl. Jetzt nach drei Wochen mußte ich ihn wieder ins Krankenhaus einweisen. Obwohl mein Sohn immer gesagt hatte, er werde sich lieber das Leben nehmen, statt ins Krankenhaus zu gehen, weil es dort unerträglich sei, kam jetzt doch von ihm die Anregung, ihn ins Krankenhaus zu fahren. Für mich kam dies überraschend, aber er war schwer suizidgefährdet, und im übrigen wurde er mit seinen Ängsten nicht fertig. Es war ein Bild des Jammers. Ich fuhr mit ihm also in die Klinik, klingelte und bat den dort diensttuenden Arzt um das Aufnahmegespräch. Mein - ich möchte sagen Gegner - ein sehr arroganter junger Mann. Als erstes bekam ich mein „Fett“ weg. Es ging ja wohl nicht anders. Ich habe natürlich alles falsch gemacht. Ich hätte u.a. nämlich meinem Sohn empfohlen, die Dosis Neuroleptika etwas zu erhöhen, was auch zu einer Entlastung führte. (Übrigens hat der Arzt nach der Aufnahme in die Klinik die von mir meinem Sohn gegenüber angeregte Dosierung des Medikaments dann weitergeführt!)

Dann aber schlug er praktisch mit Vorwürfen auf meinen Sohn ein, es habe doch gar keinen Zweck, was wolle er denn in der Klinik, er sei ja doch nicht bereit mitzuarbeiten usw. Es war wirklich schlimm, und mein Sohn war völlig fertig, als er diese Behandlung hat über sich ergehen lassen müssen. Aber ich bestand trotzdem auf der Aufnahme in der Station. Nun werden sie mich fragen, warum ich nichts dagegen gesagt habe. Ich habe mich so verhalten wie alle anderen Angehörigen auch, aus Furcht vor Repressalien gegenüber meinem Sohn, der ja nun auf die Klinik angewiesen war. Ich habe das hingegenommen, wenn mir das auch sehr schwer fiel. Ich frage sie nun, ist das noch wirklich Qualität in der

Psychiatrie, wenn der Angehörige und/oder der Kranke so erst einmal richtig ausgemistet werden? Sie werden mir sicherlich das so nicht abnehmen, das kenne ich bereits. Ich möchte aber einen anderen Fall erzählen. Etwa vor einem Jahr kam ein niedergelassener Psychiater, ein älterer, sehr ruhiger, verständnisvoller Arzt auf mich zu, den ich schon aus meiner Angehörigenarbeit kannte, und sagte: „Wissen Sie, Herr Maß, ich habe es Ihnen bisher nie geglaubt, wenn Sie berichteten, wie mit Angehörigen umgegangen wird, aber jetzt ist es mir genauso ergangen. Meine Schwester, die in Westfalen lebt, wurde schwer psychotisch. Ich bin hingefahren und sah, daß sie sofort in die Klinik müßte. Ich bin mit ihr in die Klinik gefahren, und ich wurde genauso abgefertigt wie Sie. Ich würde nur die Therapie stören. Ich dürfte meine Schwester nicht besuchen. Ich hätte dort nichts mehr verloren, ich wurde dort praktisch rausgeschmissen. Herr Maß, jetzt nehme ich es Ihnen ab, was ich bisher nicht geglaubt habe.“

Langfristig gesehen sind die Angehörigen Cotherapeutinnen und Cotherapeuten. Das muß man sich in jedem Stadium der Behandlung vor Augen führen, wenn eine Qualität der Behandlung gewährleistet sein soll, schon von Anbeginn. Weiterhin beobachtet man immer noch, daß den Angehörigengruppen in der Klinik nicht die Beachtung geschenkt oder aber auch nicht in dem Maße auf sie aufmerksam gemacht wird, wie dieses notwendig wäre. Auch auf die Bedeutung dieser Information in den Angehörigengruppen wird nicht hinreichend hingewiesen. Informationsmaterial wird nicht zur Verfügung gestellt - also dieser Bereich wird oftmals mit links gehandhabt. Das Ergebnis ist, daß die Angehörigen entweder erst gar nicht kommen oder dann wegbleiben, weil sie nicht das bekommen, was sie erwarten. Sicherlich werden sie nie das bekommen können, was sie erwarten, weil über die psychischen Erkrankungen heute noch viel zu viel Unklarheit besteht, obwohl man vieles über die Bedeutung des Umganges mit Kranken schon weiß. Vielleicht wissen die Angehörigen schon viel mehr darüber aus ihren Erfahrungen mit dem erkrankten Familienmitglied, aus ihren Angehörigengruppen und aus der jahrelangen Tätigkeit dort als manche Fachleute.

Es würde sich vielleicht anbieten, wenn in diese Angehörigengruppen in den Kliniken auch erfahrene Angehörige mit hinzugezogen würden, sofern sich in diesen Gruppen nur die Angehörigen einfinden, die erstmals oder zum zweiten Mal mit der Krankheit konfrontiert werden. Aber es ist wichtig, daß bei jedem Besuch der Angehörigen in der Klinik auf diese Angehörigengruppen und die Bedeutung derselben hingewiesen wird und auch entsprechende Anschläge in den Besucherzimmern gemacht werden., Leider kann man dieses sehr selten beobachten. Dann ist es doch kein Wunder, wenn Angehörige gar nicht kommen, weil sie erstens der Meinung sind, das geht wie jede andere Krankheit vorüber, nach der Krankenhausentlassung ist die Situation wie vorher, oder weil zweitens das Problem verdrängt wird. Es ist dieses nicht von der Hand zu weisen, aber gerade dann bedarf es doch einer intensiven Unterweisung und Aufklärung, damit hier keine Trugschlüsse entstehen und später über falsche Verhaltensweisen der Angehörigen dann Rückfälle initiiert werden.

Jetzt noch zwei Erfahrungen, wie heute noch zuweilen die Qualität aussieht: In einer meiner Angehörigengruppen wird mir folgender Vorfall berichtet. Der seit über 20 Jahren an Schizophrenie erkrankte Ehemann wird zunehmend unruhig und von Ängsten getrieben und ist nicht mehr beherrschbar. Der Ehefrau gelingt es, den Mann zu überreden, mit in die Klinik zu kommen. Sie schafft es mit ihm bis zur Aufnahmestation und trifft dort um 10.00 Uhr ein. Keiner kümmert sich um sie. Die Frau kann ihren Mann nur schwer beruhigen. Nach 5 Stunden (in Worten: fünf Stunden!) kommt eine junge Ärztin vorbei und erklärt, sie hätten kein Bett frei. Sie möge mit ihrem Mann zur nächsten Klinik - sie ist 30 Kilometer entfernt - fahren. Sie weist darauf hin, daß sie das nicht könne, sie sei am Ende ihrer Kraft. Dann wird der Transport doch per Krankenwagen von der Uniklinik in die nächste Klinik veranlaßt. Hätte hier nicht schon um 10.00 Uhr ein Arzt sich darum kümmern müssen, ob etwas zu veranlassen ist? Wußte man nicht schon um 10.00 Uhr, daß kein Bett verfügbar war? Die Frage nach einer solchen Wartezeit ist im Leitfaden nicht enthalten. Sollte aber danach gefragt werden? Ich meine - nein. Wie ich eingangs sagte, war eine Beschränkung notwendig, und nicht alle möglichen Mängel konnten aufgenommen werden. Nach Protesten meiner Stellvertretern in Schleswig-Holstein wurde in einer psychiatrischen Klinik ein Aushang gemacht, der auf eine Angehörigengruppe hinwies, ohne nähere Angaben, weshalb der Besuch derselben sinnvoll wäre. In den Gesprächen haben die Ärzte auf das Bestehen einer solchen Gruppe an der Klinik nicht hingewiesen. Bei einem Besuch meines Sohnes in der Klinik sah ich den Hinweis und fuhr mit meiner Frau dorthin. Das war am letzten Samstag. Sie sollte am Samstag um 9.30 Uhr beginnen. Zu diesem Zeitpunkt waren die Räume, in denen das stattfinden sollte, verschlossen. Um 9.45 Uhr wollten wir wieder gehen, andere Angehörige waren nicht gekommen. Da kam eine jüngere Ärztin mit dem Auto schnell von der Station, offenbar nur um zu sehen, daß niemand da wäre und ob sie gleich wieder auf Station könne. Wir machten uns bemerkbar. Also mußte es losgehen. Das Gespräch war wertlos, da von uns aus einseitig. Sie lächelte nur in einer insgesamt arroganten Haltung und blickte demonstrativ ständig auf ihre Armbanduhr, um zu zeigen, daß sie keine Zeit hätte, und wir gefälligst bald gehen sollten.

Auch eine Frage der Qualität - oder? Die Frage nach einem Angebot einer Angehörigengruppe würde sicher bejaht werden. Hat sie aber in der Art der Durchführung Wert? Wenn wir Angehörigen über Qualität sprechen, dann meinen wir, Qualität kann in der Behandlung nur in der Zusammenarbeit zwischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Angehörigen bestehen. Therapeuten und Angehörige sind Cotherapeuten. Sonst ist langfristig eine optimale Entwicklung des Krankheitsprozesses kaum zu erwarten. Aus diesem Grunde wurde in dem Leitfaden auf dieses Thema besonderer Wert gelegt.

Es ist grundfalsch, wenn die Ärztin oder der Therapeut sich hinter die Schweigepflicht zurückzieht, denn dieses Gespräch zwischen Angehörigen und Kranken kann durchaus so gestaltet werden, daß eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht gar nicht eintreten kann. Und im übrigen, wenn schon der EBM in der

früheren Abrechnungsnummer 835 die Honorierung einer Unterweisung der Angehörigen vorsieht, geht doch offensichtlich der Gesetzgeber bzw. gehen die entscheidenden Gremien davon aus, daß ein solches Gespräch durchaus ohne Verletzung irgendwelcher strafrechtlicher Normen möglich ist.

Zur Qualität gehört auch, daß schon vom Beginn der stationären Behandlung an versucht wird, wieder ein gewisses Vertrauensverhältnis zwischen den Angehörigen und den Patientinnen und den Patienten aufzubauen, wenn dieses manchmal auch nicht ganz einfach ist. Es kann nicht angehen, daß - von Ausnahmefällen abgesehen - ein striktes Besuchsverbot angeordnet wird. Wie soll sich dann das weitere Leben nach der Entlassung gestalten, wenn die Patientin oder der Patient „Knall auf Fall“ entlassen wird und den Angehörigen zugewiesen wird - „so, nun sieh mal zu, wie du weiterkommst“?

Man kann nur immer wieder fordern: Nehmen Sie den Kranken und seine Angehörigen ernst! Auch der/die Angehörige ist in einer schwierigen Notlage und erwartet, daß ihm geholfen wird, damit auch er/sie dem/der Kranken helfen kann! Ich meine, schon im Studium sollte für mehr Verständnis für psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf das Umfeld gesorgt werden, und besonders intensiv in der Weiterbildung. Ohne diese Kenntnis kann es keine Qualität in den psychiatrischen Kliniken geben.

Ich habe bisher über die Erfahrungen der Angehörigen gesprochen. Sie sollen daraus erkennen, daß aus unserer Sicht die Zusammenarbeit leider oft mangelhaft ist und damit in der Regel insofern von Qualität nicht gesprochen werden kann. Aber das ist nicht alles. Wir halten den Leitfaden für erforderlich, weil er als Meßlatte für eine qualitativ optimale klinische Versorgung notwendig ist. Mit dem Leitfaden werden nach dem heutigen Wissensstand alle Aspekte der Behandlung berücksichtigt in ihrer ganzen Vielfalt. Die Anwendung verhindert auf jeden Fall die Gefahr der Einseitigkeit und stößt die Akteurinnen und Akteure in den Kliniken auch auf Lücken, die im Routinegeschäft leicht auftreten können, aber oft nicht gesehen werden. So ist die Möglichkeit der Korrektur des Verhaltens gegeben. Diese sollte aber auch über das Management der Qualität eingefordert werden. Wir sehen durchaus oft in der klinischen Behandlung die Überbewertung der medikamentösen Therapie und die Vernachlässigung der Psychotherapie und der psychosozialen Komponente.

Es kommt bei der Anwendung des Leitfadens auch nicht allein darauf an, daß die einzelnen Anforderungen erfüllt werden, sondern darauf, daß sie optimal mit innerem Engagement erfüllt werden. Das „*wie*“ ist entscheidend!

Bleibt wohl die einzige Überlegung übrig, daß man einen gleichen Standard in allen Handlungsbereichen der Psychiatrie, namentlich hier in der klinischen Psychiatrie, erreichen muß. Und daß über diesen gleichen Handlungsstandard Anreize zur Verbesserung gegeben werden, indem man ständig die handelnden Personen daran erinnert, daß es bei dem erreichten Stand der Qualität in der Versorgung nicht bleiben soll, sondern daß Institutionen der Qualitätssicherung stän-

dig gefordert sind zu überlegen, welche Verbesserungen im einzelnen möglich sind. Dabei kommt es darauf an, Schwachstellen im eigenen Bereich zu erkennen, aber auch Erfahrungen extern einzuholen und mit zu verwerten. Wie sehen wir Angehörigen die Bedeutung des Qualitätsmanagements im allgemeinen und im besonderen? Wir sind der Meinung, es muß, wie in allen Lebensbereichen, in der Medizin von dem Prinzip abgegangen werden, das man als das „Zweiaugenprinzip“ bezeichnet. Allenthalben im Wirtschaftsleben ist das „Vieraugenprinzip“ eine Selbstverständlichkeit. D.h. hinter jeder handelnden Person steht jemand, der oder die mitverantwortlich für die dort erbrachten Leistungen ist. Wenn auch z. Zt., namentlich in der Industrie, versucht wird, diese Qualitätskontrollen zu verringern, um Kosten zu sparen, so wird es niemals sein können, daß man das Produkt nicht einer ständigen Qualitätskontrolle unterzieht. Und genauso ist es auch in den Kliniken zu sehen. Um überhaupt eine Qualität messen zu können und dann zu sichern, bedarf es der Normen bzw. der Kriterien, nach weichen die Leistungen bemessen werden. Darüber ist schon eingehend gesprochen worden. Ich glaube, das Weitere kann man sich in dieser Hinsicht ersparen, aber ich möchte darauf eingehen, daß ich der Meinung bin, daß eine interne Qualitätskontrolle, die obendrein noch mit Sicherheit der Klinikleitung unterstellt ist, allein kein Weg ist, um hier wesentliche Effizienz zu erreichen. Es wird sicherlich dann ein sehr mageres Ergebnis zu erwarten sein, denn eins wissen wir doch aus unserer praktischen Arbeit: nichts ist schlimmer als die Betriebsblindheit. Wird die mit der Qualitätssicherung beauftragte Mitarbeiterin unabhängig gegenüber der Klinikleitung und ihren Kollegen sein können? Die Mängel, die hier und da auftreten, oder mangelhafte generelle Regelungen sind nicht zum Vorwurf zu machen, weil man sich der Mängel gar nicht bewußt ist und man sie nur erkennen kann, wenn man die Möglichkeit zum Vergleich hat. Es gibt da die Möglichkeit der Abordnung. Man könnte also das interne Qualitätsmanagement dann einmal an eine andere Klinik abordnen, um sich dann dort die Sache anzusehen. Ich halte das für nicht den besten Weg, aber man sollte ihn dennoch in die Überlegung mit einbeziehen. M.E. muß auf Landesebene eine *Qualitäts-Management-Organisation* geschaffen werden, die von einer Klinik in die andere geht und sich nach festgelegten Prüfkriterien die Kliniken einmal ansieht und auf Schwachstellen hinweist und Anregungen gibt. Aus meiner beruflichen Erfahrung weiß ich, wie wichtig eine solche über die Einrichtung hinausgehende unabhängige Prüfung ist. Sie hat vielleicht etwas Ähnlichkeit mit dem Landesrechnungshof, der ebenfalls unabhängig ist und dadurch, daß er die Möglichkeit hat, viele Behörden zu prüfen, auch am ehesten ganz objektiv den Leistungsstandard und die Mängel feststellen kann.

Aber in jedes Qualitätsmanagement gehören Vertreterinnen und Vertreter der Nutzerinnen und Nutzer dazu: die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen. Wir wollen alle eine optimale Behandlung in den Kliniken. Dann bedarf es zur eigenen Überprüfung der Leistung eines Leitfadens in der vorliegenden Form. Dieses nicht nur für das interne Qualitätsmanagement, sondern auch für eine externe Prüfung, die ich mir wie folgt vorstelle: Eine Prüfgruppe wird beim Gesundheitsministerium des Landes gebildet. Die Leitung besteht aus einer/einem

festangestellten Psychiaterin/Psychiater, der/dem drei Psychiaterinnen oder Psychiater zur Seite stehen, die für eine bestimmte Zeit abgeordnet werden, und zwar von einer Klinik, vom MDK und von einem Gesundheitsamt (ggf. ein unabhängiger Psychiater mit Zeitvertrag)., Sie gehen von einer Klinik bzw. psychiatrischen Abteilung zur anderen. Beratend stehen dem Team eine/ein Psychiatrie-Erfahrene/r und eine/ein Angehörige/r zur Seite. Sie werden durch Verbindungen mit Patientenfürsprechern, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen wesentliche Erfahrungen über das „Wie“ in der Ausführung der einzelnen Leistungen mit einbringen können. Diese Gruppe kann die Protokolle der internen Qualitätsprüfung als Grundlage der Arbeit heranziehen. Daß der Leitfaden einmal auch bei den Pflegesatzverhandlungen eine Rolle spielen wird, ist sicherlich nicht gedacht, aber unvermeidlich. Ich darf auf das hinweisen, was die Sozialministerin in Schleswig-Holstein beklagte: Sehr unterschiedliche Tagessätze im komplementären Bereich, ohne daß die Möglichkeit bestünde, die Unterschiede der Leistungen zu ermitteln. Das gleiche wird doch auch für Kliniken gelten, wie auch für psychiatrische Abteilungen.

Lassen sie mich nun zum Schluß etwas - wie ich meine - Wichtiges sagen: Qualität in der Psychiatrie kann es nur geben, wenn sich die Leistungen an dem einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin orientieren. Eine Behandlung, die nicht auf die Patientin bzw. den Patienten und ihr/sein Umfeld - insbesondere die Angehörigen - eingeht, geht meines Erachtens an der gestellten Aufgabe vorbei. Und von diesen Grundvoraussetzungen geht der Leitfaden aus.

## **Literatur**

DÖRNER, Klaus; PLOG, Ursula: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Wunstorf 1978

# Grundzüge eines Programms externer Qualitätssicherung in der klinischen Psychiatrie

*Jörg Münstermann*

Überlegungen und Bemühungen, externe Qualitätssicherung auch in der klinischen Psychiatrie einzuführen, sollten von klaren Prämissen ausgehen. Prämissen, was externe Qualitätssicherung leisten kann, was durch aridere gesetzliche und vertragliche Regelungen bereits gesteuert wird und einer eigenständigen Dynamik unterliegt und wo Wissens- und Steuerungsdefizite auszumachen sind. Die externe Qualitätssicherung ist vom Gesetzgeber begründet (§ 137 SGB V) als ein Feld, auf dem sich die Krankenhäuser gegenüber Kostenträgern und perspektivisch ihren Patientinnen und Patienten im Wettbewerb dem Leistungsvergleich stellen sollen. Der Leistungsvergleich sowohl im Hinblick auf den Preis als auch im Hinblick auf die Qualität der Leistung stellt den Beteiligten und Betroffenen Orientierungsdaten zur Verfügung, die ihnen helfen sollen bei der Wahl der geeigneten Einrichtung, bei der Verteilung der verfügbaren Budgetmittel auf die konkurrierenden Einrichtungen und bei der Profilierung der einzelnen Einrichtungen im Wettbewerb.

Das Sozialgesetzbuch sichert allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf Krankenbehandlung. Die Behandlung soll den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation (§ 27 SGB V). Die Krankenkassen stellen sicher, daß die Leistungen unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gewährt werden. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen (§ 2 SGB V).

Qualitätssicherungsmaßnahmen stehen für die Kostenträger auch im Bereich der Versorgung psychisch Kranker unter dem Rationalitätsprinzip, das heißt dem rationellen Einsatz knapper Mittel. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen sich auf die Qualität der Behandlung der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse erstrecken (§ 137 Satz 2 SGB V). Das Nähere ist in Verträgen der Vertragspartner auf Landesebene gemäß § 112 SGB zu regeln. Die Vertragspartner auf Bundesebene definieren Rahmenempfehlungen für die Verträge der Landesebene. Die Vertragspartner auf Landesebene beauftragen gemeinsam Prüfer oder Prüfungskommissionen, die Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung prüfen. Die Prüfer sind unabhängig und nicht weisungsgebunden.

Im Kontext der gesetzlichen Vorgaben ist Qualität danach die Kehrseite von Wirtschaftlichkeit, nicht ein Maßstab, der im Spannungsverhältnis zum ökonomischen Prinzip steht. Wirtschaftlichkeit ist nicht der Streit um die Höhe des Budgets oder des Pflegesatzes, wirtschaftlich oder unwirtschaftlich ist der Aufwand, bezogen auf definierte Leistungen oder prospektiv vereinbarte oder in der zurückliegenden Periode erbrachte Leistungsergebnisse.

Die durch externe Qualitätssicherungsprogramme ermittelten Beurteilungskriterien sind heranzuziehen, wenn es zu prüfen gilt,

- ob eine gegenüber dem Krankenhausplan der zuständigen Landesbehörde geringere Bettenzahl für die regionale Versorgung ausreicht (§ 109 Abs 1 Satz 4 SGB V),
- ob eine ergänzende Vereinbarung der Leistungsstruktur des Hauses angezeigt ist (z.B.: „Spezialisierung auf niederschweligen Entzug“),
- ob die Klinik bzw. Abteilung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung bietet und damit die weitere Teilnahme an der Versorgung rechtfertigt oder zur Kündigung des Versorgungsvertrages herausfordert (§§ 109 Abs. 3, 110 Abs. 1 SGB V).

Wenn die Politik die langfristige Linie des schrittweisen Abbaus staatlicher Reglementierung fortsetzt und das Verhandlungssystem weiter in Richtung einer monistischen Finanzierung ausgestaltet, das heißt die Verantwortung für die Angebotskapazität in die Hände der Vertragspartner legt, dann brauchen die Vertragspartner Informationen über die Qualität, die der gesamte Behandlungsprozeß im Ergebnis hat.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsprogramme, an denen alle stationären Einrichtungen verpflichtend teilnehmen sollen, sind ein wichtiges Element der Publizitätspflichten der Häuser. Dabei ist Insidern wie fernstehenden Beobachtern bewußt, daß wie jede Bilanz auch die Qualitätsbilanz eines Hauses von Menschen produziert wird, die ihre Institution positiv darstellen wollen. Warum sollte dies auf dem Teilmarkt der stationären Psychiatrie anders sein? Bilanzanalytiker suchen die Verschleierung von Schwächen des Leistungsergebnisses zu erkennen, indem sie bestimmte Bilanzrelationen zwischen Unternehmen vergleichen und eine Vielzahl von Relationen herstellen, die im Zusammenhang plausibel sein müssen und sich im Zusammenhang nur schwer verfälschen lassen. Dieser Grundgedanke läßt sich durchaus auch auf die Bilanzierung der Qualität in der stationären Versorgung anwenden. Die Betrachtung isolierter Elemente, insbesondere isolierter Merkmale des Behandlungsprozesses, ist für einen externen Qualitätsvergleich wenig geeignet, wenn die Leistungen nicht wie z.B. spezifische Operationen hinsichtlich der Voraussetzungen (Indikation), des Verfahrens und der Ergebnisse klar definiert sind. Ähnlich verhält es sich mit Elementen des organisatorischen Prozesses der Behandlung. Das Abfragen solcher Elemente bleibt auf der formalen Ebene stehen. Ob die formalen Strukturen gelebt werden, steht auf einem arideren Blatt. Der externe Qualitätsvergleich, wenn er robust gegen Beschönigungen sein soll, muß sich auf Relationen stützen, die aus grundlegenden quantitativen Leistungsstrukturen des

Krankenhauses abgeleitet sind. Die Informationskontrolle durch die Einrichtung ist ein Faktum, das bei der Aufgabenverteilung zwischen internem Qualitätsmanagement und externem Leistungsvergleich der Betriebsergebnisse nicht aus dem Auge verloren werden darf.

Zweitens macht es keinen Sinn, mit einem aufwendigen Verfahren Strukturen zu ermitteln, die durch Gesetze und Verordnungen allgemein verbindlich geregelt sind. Aus diesem Grund erübrigen sich Analysen des Einzugsbereichs der Kliniken, soweit Patientinnen und Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet behandelt werden. Es bedarf keiner Analysen der Struktur des therapeutischen Personals, weil Personalschlüssel und Personaldichte durch die Psych-PV normiert sind. Auch baulicher Standard und Flächenrelationen mögen sich je nach Alter und Bauinvestitionen der Träger in den letzten Jahren von Standort zu Standort unterscheiden; über den erstrebenswerten Standard besteht aber weitgehender Konsens. Investitionsdefizite nachzuweisen, die ohnehin von Kliniken und Kostenträgern gesehen werden, rechtfertigt nicht den erheblichen Erhebungsaufwand eines laufenden Dokumentationsverfahrens (anders das Qualitätssicherungskonzept des LWL als Unternehmensprogramm: LWL 1995, 123 ff.)

Wie der gesetzliche Rahmen auszugestalten ist, richtet sich nach dem Regelungskontext, dem Stand der Konsensbildung innerhalb der Profession und dem Vertrauen, daß die Krankenkassen als Vertragspartnerinnen und die Öffentlichkeit in die professionelle Selbststeuerung setzen. Der Regelungskontext in Deutschland ist gekennzeichnet durch einen dichten Kranz von Rahmenrichtlinien, Vertragsbeziehungen zur Ressourcenverteilung, Verfahrensvereinbarungen zur Überprüfung und Steuerung der Ressourcenverteilung. Viele dieser Regelungen sind in den USA Teil der Qualitätssicherung. Manche Autoren, die amerikanische Literatur zur Qualitätssicherung anführen und dortige Verfahren entlehnen wollen, übersehen die komplexen Rechtsverhältnisse, die zwischen Patient und Behandlungseinrichtung nach dem deutschen Sozialrecht bestehen. In das Rechtsverhältnis eingebunden sind nicht nur Patient bzw. Patientin und Krankenhaus, sondern die Krankenkasse als primäre Leistungs- und Kostenträgerin, die dem Versicherten Krankenhausbehandlung als Leistung schuldet und sich zur Gewährung der Leistungen des Krankenhauses als Leistungserbringer bedient. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen als Kostenträgerinnen und Krankenhaus wiederum sind überlagert durch ein dichtes ordnungspolitisches Regelwerk, das die Verbände der Kostenträger auf Landesebene im Rahmen von Empfehlungen auf Bundesebene mit den Verbänden der Krankenhäuser auf der Landes- und Bundesebene abschließen. In diesem System von „managed care“ ist Qualitätssicherung ein spezifisches unter vielen Steuerungsinstrumenten, (s. Abb. 1)

Interne und externe Qualitätssicherung haben unterschiedliche Domänen. Vorrangige Domäne interner Qualitätssicherung ist die Optimierung des Behandlungsprozesses. Für die einzelne Klinik ist der Patientenzustrom ein externes Datum, das zwar beeinflußt, aber nicht wie Therapieangebote und

Ausgabenzuwachs 1994 zu 1990  
(alte Bundesländer)

44.225,2 Mio. DM

davon Mehrausgaben durch	Anteil Mehrausgaben	Zuwachs- rate des Sektors
Ärzte	15%	+ 27,5%
Zahnärzte	8%	+ 27,4%
Apotheken	2%	+ 4,8%
Heil- und Hilfsmittel	9%	+ 48,3%
Krankenhäuser	38%	+ 37,8%
Krankengeld	8%	+ 34,2%
Reha	3%	+ 55,2%
Pflege	9%	+ 54,8%
Mutterschaft/son. Hilfen	1%	+ 15,1%
Krankentransport	3%	+ 77,2%
Sonstiges	3%	+ 40,7%
<b>Gesamt</b>	<b>100%</b>	<b>+ 32,9%</b>

Abb. 1

Therapieprozeß eigenständig festgesetzt und gesteuert werden kann. Auch für die weitere Behandlungskarriere der Patientinnen und Patienten nach Entlassung können Orientierungsdaten gesetzt werden. Die medizinischen und psychosozialen Bedingungen der außerklinischen Patientenkarriere und damit wesentlich das Langzeitergebnis der stationären Behandlung sind kein Handlungsparameter der Klinik und deshalb zwar ein Gegenstand klinischer Forschung, aber nicht des internen Qualitätsmanagements.

Interne Qualitätssicherung ist die Basis aller Qualitätsbemühungen. Externe Programme wirken nicht, wenn die Kommunikationskultur fehlt, in der Anstöße von außen aufgenommen und in den therapeutischen und pflegerischen Prozeß transformiert werden.

In der deutschen Medizinkultur sind - nach meinem Eindruck - konsensorientierte, nicht direktive Teambesprechungen, sei es innerärztlich oder multiprofessionell, weniger zuhause als in der angelsächsischen Welt. Innerhalb der deutschen Medizin bildet die Psychiatrie den extremen Pol, was die Bereitschaft zur Selbstüberprüfung, zu einer von Schuldzuweisungen und Schuldzuweisungserwartungen unbelasteten Diskussion erwartungswidriger Ereignisse oder erkannter Schwachstellen betrifft. Ob die Teamkultur im ärztlichen Kreis das Gespräch im therapeutisch-pflegerischen Team einbezieht, ist eine andere Frage.

Wegen des Fehlens habitualisierter, konsensorientierter und nondirektiver Abstimmungs- und Entscheidungsformen haben externe Qualitätssicherungs-

Programme in der deutschen Diskussion ein gewisses Übergewicht, eine Prominenz im fachlichen Diskurs, die ihnen nach der möglichen Wirkungskraft nicht zukommt.

Die externe Qualitätssicherung hat in bezug auf das interne Qualitätsmanagement instrumentellen Charakter; sie ist eine „Brechstange“, mit der eine Bresche geschlagen wird, in der eine offene Gesprächsebene geschaffen wird, die Abläufe transparent macht und eingespielte Verfahrensweisen am Ergebnis mißt, ich erinnere daran, daß das anerkannte Qualitätssicherungsprogramm in der Chirurgie mehr als ein Jahrzehnt nach erfolgreicher Pilotierung noch keinen Boden gutmachen konnte. Ich erinnere weiter daran, daß das vom BMG mit hohem Aufwand geförderte und schließlich in die Regelfinanzierung übernommene und allgemeinverbindlich vereinbarte Qualitätssicherungsprogramm Herzchirurgie von einem erheblichen Teil der Herzzentren ignoriert wird und die teilnehmenden Zentren zum Teil nur 50% der Fälle melden. Selbst das am längsten etablierte Programm Perinatalogie und Geburtshilfe wird in den Kliniken weithin so gehandhabt, daß die in jährlichen Auswertungen erstellten Klinikprofile als geheime Verschlusssache behandelt werden. Der Informationsfluß konnte bezeichnenderweise bisher nicht so gestaltet werden, daß ein zeitnahes Monitoring der Organisations- und Kommunikationsprobleme der Abteilungen damit unterstützt wird.

Die in diesem Jahr wirksam werdenden externen Qualitätssicherungsprogramme Sonderentgelte/Fallpauschalen waren ein Katalysator der Konsensbildung in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der operativen Fächer über eine standardisierte, verbindlich zu führende Basisdokumentation. Die Konsensbereitschaft und -fähigkeit ging nicht soweit, einen Zielkatalog zu suchen und Kriterien der Zielerreichung zu definieren und zu bewerten. Die Daten des Programmes werden in den verschiedenen Disziplinen voraussichtlich erst unter dem Druck möglicher Publizität eine Verständigung auf aktionsorientierte Zielkriterien ermöglichen.

In der Psychiatrie ist das Bild um einige Schattierungen heller, aber nicht grundsätzlich verschieden. Die Arbeitsgemeinschaft Basisdokumentation der DGPPN hat 1995 ein Konzept vorgelegt, daß die Zustimmung der Hochschulpsychiatrie, der Bundesdirektorenkonferenz und der Klinikträger gefunden hat (Cordirig u.a. 1995, 3 ff.)- Die von allen maßgeblichen Seiten signalisierte Zustimmung bedeutet freilich noch nicht, daß alle Hochschullehrer, alle Klinikleiter und alle Träger die Basisdokumentation auch einführen.

Bereits die Psychiatrie-Personalverordnung sah die periodische Einstufung der Patientinnen und Patienten des KHG-Bereichs nach einem systematischen Behandlungskonzept vor. Die Einstufungen waren zu dokumentieren und sollten anhand der Patientenakten nachvollziehbar und nachprüfbar sein. Infolge der von der konkreten Organisation der einzelnen Kliniken abgelösten Systematik waren die Einstufungsprofile auf externen Vergleich angelegt. Die Ergebnisse wurden auf freiwilliger Basis und unter Zusicherung der Vertraulichkeit von

Einzelergebnissen in Winnenden von Kaltenbach gesammelt. Jede Klinik erfährt ihr Profil im Vergleich zum Mittelwert aller Kliniken.

Die Beteiligung ist breit, aber bei weitem nicht allgemein. Die Leistungs- und Kostenträger waren nicht in der Lage, die ihnen vorliegenden Einzelergebnisse der Kliniken zusammenzuführen und einer zentralen Auswertung ;zu unterziehen. Informationsflüsse und Geschäftsgebaren der Krankenkassen sind nicht monolithisch und zentralistisch, sondern auch schon vor Eintritt in die Wettbewerbsära durch Gliederung und sehr dezentrale Entscheidungsstrukturen gekennzeichnet.

Der Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken ist ein bedeutender Baustein, interne Qualitätssicherung zu einem Stück gelebten Klinikbetriebs zu machen. Er beschreibt einen inhaltlichen Konsens über Zielkatalog und Anhaltspunkte der Zielerreichung in den wesentlichen Handlungsfeldern der stationären Psychiatrie. Das ist, denke ich, mehr, als jedes andere Fachgebiet der Medizin bisher erreicht hat. Ziele und Zielkriterien sind nicht auf der Datenebene formuliert. Das ist kein Manko. Denn wenn die Veranstaltung Qualitätssicherung mit einem Datenmodell beginnt, ist die Ebene, auf der Konsens handlungsleitend werden soll, bereits übersprungen.

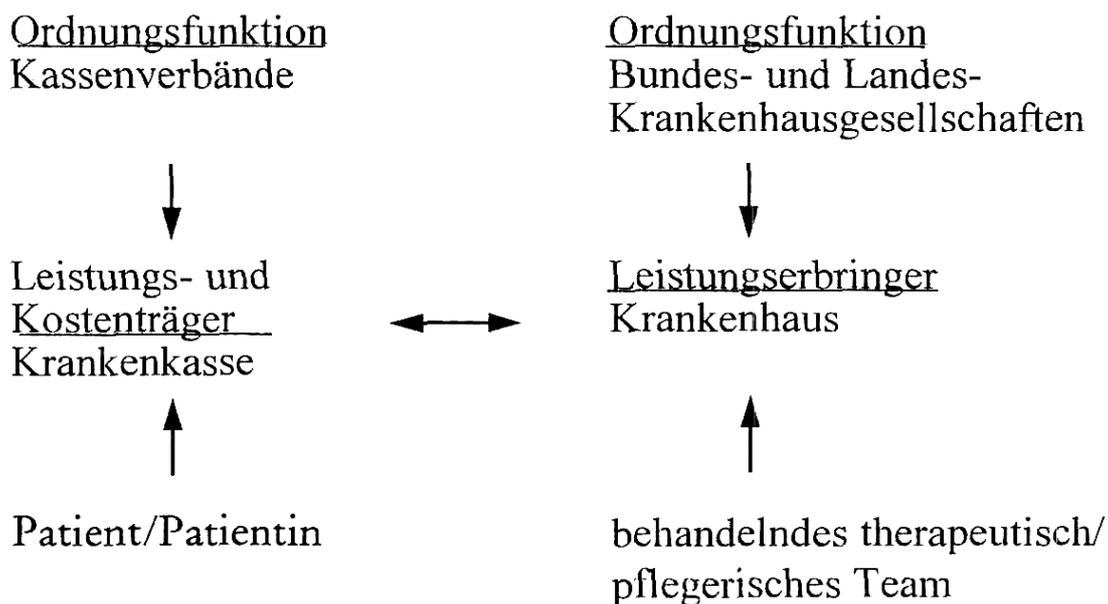
Der Leitfaden richtet sich an den alltäglichen therapeutisch-pflegerischen Betrieb. Er liefert Checklisten, die in der wöchentlichen Teambesprechung genutzt werden können. Wenn der Leitfaden organisatorisch und kommunikativ das Selbstverständnis wiedergäbe und das Alltagshandeln bestimmte, wäre externe Qualitätssicherung weitgehend von Zielstellungen entlastet, die mit Hilfe für den Außengebrauch filtrierter Information ohnehin nur mit erheblichen Abstrichen zu erreichen sind.

Es ist keine Kritik, keine Schmälerung des Projektberichts, wenn ich anmerke, daß dem erreichten Konsens die Verbindlichkeit abgeht. Es ist eine Beschreibung der Qualität des Konsenses, der in der Deutschen Medizin im professionellen Rahmen maximal zu erzielen ist. Damit er seine ordnende Wirkung entfalten kann, bedarf er der Einbindung in das System vertraglicher Verpflichtungen, Bindungen und Sanktionen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Mit einer vertraglichen Integration des professionellen Konsenses meine ich nicht, daß der Leitfaden sozusagen als Blaupause eines externen Qualitätssicherungs-programmes dienen könnte. Ich meine, daß der erreichte Stand der Konsensbildung die wesentlichen Elemente liefert, auf denen man ein zur internen Qualitätssicherung komplementäres externes Qualitätssicherungsprogramm aufsetzen kann.

Die Domäne externer Qualitätssicherung ist „managed care“. Die Vertragsparteien sollen den besonderen Markt der stationären psychiatrischen Versorgung durch Vereinbarung geeigneter Rahmenbedingungen so gestalten, daß die Versorgungsbeiträge der Einrichtungen im Ergebnis wirksam werden. So sehr jede einzelne Einrichtung intern um Optimierung ihrer Behandlungsabläufe und ihres Behandlungsangebotes bemüht sein wird und sein soll, so wenig ist die

Begrenzung der Qualitätsdiskussion auf die einzelne Einrichtung aus Sicht der Kostenträger, die das gesamte Versorgungssystem finanzieren, einleuchtend. Für sie bemißt sich der Erfolg eines Versorgungsbeitrages und seiner Realisierung im einzelnen Leistungsfall an der Integration des Versorgungsbeitrages der einzelnen Einrichtung in die Patientenkarriere.

Überlagerung der therapeutischen Beziehung durch "managed care"



VdAK/AEV, Münstermann (Mml.ppt)

Abb. 2

Die Akzentuierung externer Qualitätssicherung auf die Ergebnisdimension ergibt sich vor dem Hintergrund des breiten Konsenses über den Leitfaden als Brevier interner Qualitätssicherung nicht allein aus dem Interesse der Kostenträger an der Effizienz der Gesamtausgaben in der psychiatrischen Versorgung, sondern aus der Regelungsökonomie im Arsenal der Steuerungsinstrumente. Es wäre der Entscheidungsfähigkeit der Krankenhausleitungen abträglich, wenn ihre Führungsverantwortung auf Ausschüsse der Vertragspartner verlagert würde. Steuerung durch paritätische Gremien ist ihrer Natur nach träge: Gremien sind keine Führungs-, sondern Aufsichts- oder Vetoorgane. Hinzu kommt, daß die Kostenträger mit der Institution des Medizinischen Dienstes bereits über ein Prüfinstrument verfügen, um Defizite der Behandlungsprozeduren aufklären zu können, sei es auf der Ebene der Einzelfallprüfung oder in systematischer Absicht. Wenn die Ergebnisse dieses gesetzlich etablierten Prüfapparates im Sinne der Gewährleistung eines externen Leistungsvergleichs nicht als überzeu-

gende Lösung akzeptiert werden, dann sind Zweifel angebracht, daß ein Erhebungs- und Prüfungsmechanismus auf vertraglicher Grundlage mit gleicher Aufgabenstellung effektiver arbeiten wird.

Der Einwand ist gängige Münze, daß Ergebnisqualität sich aus der Dokumentation des klinischen Behandlungsfalls nicht zureichend ableiten läßt und deshalb zwar theoretisch erstrebenswert, praktisch aber ad acta zu legen ist. Dieser Einwand trifft in der somatischen Medizin weitgehend zu. Die 3- und 5-Jahres Überlebensraten nach operativer Entfernung eines bestimmten Karzinoms lassen sich routinemäßig auf Klinikebene nicht erheben. Dazu bedarf es eines Krebsregisters. In der stationären Psychiatrie trifft dieser Einwand jedoch nicht zu. Es bedarf keiner prospektiven Langzeitbeobachtung, um den Versorgungsbeitrag eines stationären Behandlungsangebotes im Therapieprozeß zu evaluieren. Die prospektive Erhebung des Langzeitergebnisses durch die Kliniken auf der breiten Basis eines externen Qualitätssicherungsprogramms würde an dem erheblichen Verwaltungsaufwand der erforderlichen Nachbefragungen und Nachuntersuchungen scheitern. Darüber hinaus wäre zweifelhaft, ob die Klinik die gewünschten Langzeitdaten rechtlich überhaupt erheben dürfte, da sie zur Behandlung des aktuellen Falles nicht erforderlich sind.

Auch die theoretisch denkbare Erhebung des Langzeitergebnisses über die Kostenträger würde überwiegenden rechtlichen und gesellschaftspolitischen Bedenken begegnen. Die Kostenträger erfassen stationäre Leistungsfälle zur Prüfung ihrer Leistungspflicht. Es ist nicht ihre Aufgabe, Versichertenkonten mit

#### PPR-Erhebung 1994

Psych. Diagnosen ICD	Innere N	A-Min/Tag	S-Min/Tag	Page	1 VD
Alkoholabh.	65067	33.38	36.34		9.25
Drogenmißbrauch	20143	33.31	35.30		4.19
Alkoholpsychose	13309	47.20	37.43		10.61
Senile org.Psych.	10802	106.55	37.00		14.49
Neurosen	10767	29.08	34.30		10.01
Aff. Psychose	8051	37.71	34.62		12.85
Drogenabh.	6123	28.09	36.06		7.31

VdAK/AEV 5/96

Abb. 3

detaillierten psychiatrischen Behandlungskarrieren zu führen. Insbesondere fehlt ihnen in der Regel das Zusatzwissen, das sie in die Lage versetzt, aus dem Strom von Abrechnungsfällen Behandlungskarrieren herauszufiltern. Die ambulant erbrachten Leistungen liegen patientenbezogen maschinell verwertbar gar nicht vor. Die stationären Leistungen liegen zwar vor, aber nur für den kleinen Ausschnitt der Versicherten einer Krankenkasse, und auch in diesen Fällen nur als Bruchstücke isolierter stationärer Maßnahmen ohne den Zusammenhang anderer Maßnahmen wie der Medikation, der ambulanten ärztlichen Behandlung usw. Da nicht der gläserne Patient das Leitbild der Informationssysteme der Kostenträger ist, scheidet zur externen Qualitätssicherung der Aufbau einer Informationsbasis der Kostenträger aus. Das schließt nicht aus, daß die bei den Kostenträgern vorliegenden Informationsbruchstücke - z.B. die vorausgehenden stationären Behandlungen unter psychiatrischen oder verwandten somatischen Diagnosen - als Bausteine eines externen Qualitätssicherungsprogramms herangezogen werden.

Das Langzeitergebnis mißt den Erfolg stationärer Behandlung auf einer Ebene, die von vornherein nicht zur vordergründigen Schuldzuweisung oder Rechtfertigung geeignet ist; denn es ist klar, daß am Langzeitergebnis interne und externe Faktoren, medizinische Behandlung und Veränderungen der psychosozialen Lage der Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen. Dies anzuerkennen, entwertet den Maßstab des Langzeiterfolges als Qualitätsindikator nicht. Es abstrahiert lediglich von der kommunikativen Ebene, auf der die Qualität des Behandlungsprozesses abgebildet wird. Externe Qualitätssicherung setzt beim Therapieziel an, durch intensivierete stationäre Behandlungsmaßnahmen die Patientinnen und Patienten in die Lage zu versetzen, soweit als möglich von medizinischer Behandlung unabhängig ihr Leben zu bewältigen. Die angemessene Ebene der Analyse des Langzeiterfolges ist daher nicht die einzelne stationäre Einrichtung, sondern das regionale Versorgungssystem, auch wenn die einzelne stationäre Einrichtung dokumentations- und berichtspflichtig ist. Analysiert wird die Einrichtung im regionalen Versorgungssystem; Erfolgsmaßstab ist die Gesamtleistung des regionalen Versorgungssystems, in die Detaillleistungen der einzelnen Einrichtungen eingehen.

Die Gesamtleistung der stationären Psychiatrie einer Region ergibt sich als Summe der in allen Einrichtungen der Versorgungsregion erbrachten Behandlungstage, wobei das Problem der Verflechtung mit angrenzenden Regionen zunächst ausgeklammert bleiben kann. Auf der Grundlage der neuen psychiatrischen Basisdokumentation gemäß Empfehlung der DGPPN kann ermittelt werden, an wievielen Patientinnen und Patienten je Einrichtung die Behandlungstage im Berichtszeitraum erbracht wurden. Wenn man die neu erhobenen Behandlungstage in anderen Einrichtungen der Versorgungsregion im Erhebungszeitraum hinzunimmt, läßt sich aus der Summe der erhobenen stationären Vorbehandlungstage in ausreichender Näherung quantifizieren, in welchem Umfang Patientinnen und Patienten in verschiedenen Einrichtungen der Versorgungsregion mehrfach erfaßt werden. Es bedarf also keines zentralen Behandlungs-

registers oberhalb der Ebene des einzelnen Krankenhauses, um die kumulierte Leistungsmenge aller Kliniken der Versorgungsregion auf die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten zu beziehen. Die Summe der stationär erbrachten Behandlungstage in Einrichtungen der stationären Psychiatrie der Versorgungsregion und die Summe der versorgten Patientinnen und Patienten sind wesentliche Referenzgrößen des externen Leistungs- und Qualitätsvergleichs. Sie sollten getrennt ausgewiesen werden für die allgemeine Psychiatrie, Suchtkrankheiten, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Es dürfte plausibel sein anzunehmen, daß die Behandlungsintensität und damit die Behandlungskosten je Pflgetag desto höher liegen, je niedriger die Zahl der Pflgetage je 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner der Versorgungsregion ist. Bei Prävalenz (Patienten pro Jahr und 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner) und bei der Inzidenz (neuerkrankte Patienten pro Jahr und 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner) ist dagegen keine Zu- oder Abnahme als Folge unterschiedlich bemessener Versorgungskapazitäten zu erwarten. Eine Reihe von Strukturmerkmalen sind zur Bewertung des Behandlungsergebnisses unerlässlich. Ich denke vor allem an Merkmale, die erkennen lassen, ob eine stationäre Einrichtung tatsächlich an der Pflichtversorgung teilnimmt oder insgesamt oder partiell Patientinnen und Patienten selektiert. Ein ausreichend zuverlässiges Bild der Patientenstruktur ergibt sich, wenn man folgende Merkmale im Zusammenhang bewertet:

- Verteilung der Patientinnen und Patienten nach Behandlungsbereichen
- Verteilung der Patientinnen und Patienten nach der Einstufung gemäß Psych-PV (= Leistungsprofil)
- Diagnosenstruktur der Behandlungsbereiche
- Verteilung der Patientinnen und Patienten nach Rechtsgrundlage der Behandlung

Nach Verortung der einzelnen stationären Einrichtungen im Versorgungssystem wird es zentraler Gegenstand des externen Ergebnisvergleichs sein, die Patientenkarrieren zu ermitteln und zu bewerten, die die von einer Einrichtung behandelten Patientinnen und Patienten einzelner Behandlungsbereiche durchlaufen. Dabei sollten sowohl die sozialräumliche Karriere, also vor allem Wohnung und Art der Betreuung, als auch die Arbeitskarriere und die medizinische Behandlungskarriere betrachtet werden, (s. Abb. 4)

Die sozialräumliche Karriere verfolgt die Wohnsituation vor Aufnahme und vergleicht sie mit der Wohnsituation der Patientinnen und Patienten nach Entlassung. In gleicher Weise dient die Arbeitskarriere als Maßstab erfolgreicher Rehabilitation. Verglichen wird die berufliche Situation vor Aufnahme mit der Situation der Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus stationärer Behandlung.

Die medizinische Behandlungskarriere erfordert zunächst die Unterscheidung von Neuerkrankungsfällen und Wiederaufnahmen. Von Neuerkrankungsfällen wird man sprechen können, wenn der aktuellen stationären Aufnahme in einer

## **Funktionen externer Qualitätssicherung**

- Primär: **Ergebnis der stationären Versorgung der Region**
- mittelfristige Entwicklung psychiatrischer Neuerkrankungen je 100 Tsd. Einwohner:
  - stationäre Behandlungsfälle, Struktur und Verteilung in der Region
  - Erfolg des Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses
    - Arbeitskarrieren der Patienten
    - Wohnkarrieren der Patienten
    - Drogenkarrieren der Patienten
    - stationäre Behandlungskarrieren  
(= 5-Jahres-Wiederaufnahmeraten, retrospektiv)
- Sekundär: **Flankierung des internen Qualitätsmanagements**
- Warnsignale zur Leistungsfähigkeit und Qualität der therapeutisch-pflegerischen Behandlung der Einrichtung
    - Suizidraten
    - Abbrecherquoten
    - jährliche Wiederaufnahmeraten
    - Verteilung nach Rechtsgrundlage der Behandlung
  - Indikatoren zur Gewährleistung anerkannter professioneller Standards

## **Instrumente externer Qualitätssicherung**

- periodische Leistungsprofile: Einstufung gemäß Psych-PV
- Indikatoren aus der standardisierten EaDok gemäß Empfehlung DGPPN
- regionale Datenbanken zur Bewertung und Fortentwicklung des stationären Versorgungsangebots

Abb. 4

definierten Vorperiode (z.B. 5 Jahre) keine stationäre psychiatrische Behandlung vorangegangen ist und der aktuelle Zustand noch nicht länger als z.B. ein Jahr andauert. Für Neuerkrankungsfälle in Häusern bei Teilnahme an der Pflichtversorgung wird man das angestrebte stationäre Behandlungsziel mit dem 2-oder 5-Jahresergebnis der Region vergleichen können. Qualitätsoptimum ist dabei eine konstant niedrige Versorgungsdichte, gemessen z.B. in der Zahl der Behandlungstage pro 100.000 Einwohnerinnen/Einwohner, in Verbindung mit günstigen Werten in einem Indikatorensetz, der auf mögliche Unterversorgung hindeutet. Solche Indikatoren können z.B. sein: ein hoher Anteil von Therapieabbruchern in Verbindung mit hohen Wiederaufnahmerquoten, ungünstige Wohn- und Arbeitskarrieren oder eine verstärkte Verlegung in den Nicht-KHG-Bereich.

Ziel eines Programms externer Qualitätssicherung ist es, mit Hilfe der genannten Ergebnisindikatoren transparent zu machen, inwieweit es gelungen ist, mit einem verknüpften Angebot stationärer Therapie den kurz- und mittelfristig tendenziell konstanten regionalen Versorgungsbedarf ausreichend abzudecken. Zugleich soll transparent werden, welchen Versorgungsbeitrag die einzelnen Einrichtungen mit welchem Erfolg leisten. Die Ursachenanalyse für evtl. Zielabweichungen ist Sache interner Qualitätssicherung im Zuständigkeitsbereich der Klinikträger und in Verantwortung der Klinikleitungen.

Interne und externe Qualitätssicherung sind informatorisch verzahnt. Interne Qualitätsüberprüfung ist vor allem Kommunikationskultur und nicht primär eine Sache der formalisierten Datensammlung und Auswertung. Neben dem kommunikativen Aspekt wird die Prozeßqualität aber auch von der Rationalität interner Mittelverteilung mitbestimmt. Unter diesem Blickwinkel kommt auch die interne Prozeßsteuerung nicht ohne geeignete Informationsinstrumente aus. Vereinbarungen zu externer Qualitätssicherung können die Bemühungen um interne Maßnahmen flankieren und fördern, indem sie eine Informationsgrundlage vertraglich absichern und allgemein verpflichtend machen, auf die sich z.B. Besprechungen im therapeutischen Team beziehen können. Ich denke hier an vier Angelpunkte:

Die vertragliche Vereinbarung der standardisierten Basisdokumentation entsprechend den Vorschlägen der DGPPN;

die Fortschreibung der Einstufung der Patientinnen und Patienten nach Behandlungsbereichen gemäß Psych-PV als Basis zum Querschnitts- und Längsschnittsvergleich der Patientenstrukturen. Dabei ist die Frequenz der Einstufungen selbst bereits ein Kriterium, ob das weitgehend konsentrierte Funktionssystem der Psychiatrie-Personalverordnung im Stationsalltag die Therapie bzw. Pflegeplanung orientiert.

Aus der Basisdokumentation können für Zwecke der externen Qualitätssicherung Eckdaten organisatorischer und kommunikativer Prozesse abgeleitet werden, die als Indikatoren dienen können, inwieweit der Zielkonsens des Leitfadens im Klinikbetrieb umgesetzt wird.

4. Die Beschreibung grundlegender therapeutischer Maßnahmen nicht im Sinne der Supervision therapeutischer Leitlinien, sondern als Basis zur klinikinternen Verabredung von Leitlinien bis hin zu Standards.

Wenn also das originäre Feld externer Qualitätssicherung das Ergebnis des therapeutischen Prozesses auf regionaler Ebene ist, sind die Verträge der Vertragspartner zur Qualitätssicherung doch zugleich auch Vehikel, der internen Qualitätssicherung ein informatorisches Gerüst und eine Basis der Vergleichbarkeit zu liefern.

## **Literatur**

CORDING, C.; GAEBEL, W. u. Mitarb.: Die neue psychiatrische Basisdokumentation. In: *Spectrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* 24, (1995) 3-41.

# Die Bedeutung von Qualitätsmanagement aus der Perspektive der Kommune

*Georg Schulte-Kemna*

Wenn ich hier aus der kommunalen Perspektive etwas zu psychiatrischem Qualitätsmanagement sagen soll, dann möchte ich zunächst einmal bekräftigen: der hier vorgestellte Leitfaden hat große Bedeutung weit über den Bereich, für den er unmittelbar erstellt worden ist, hinaus. Jenseits von institutionsspezifischen Details läßt er sich in seiner konsequenten Nutzer-Orientierung ohne weiteres auch auf andere Teile des psychiatrischen Hilfesystems und auch auf andere Bereiche, wie z.B. Behindertenhilfe oder Altenhilfe, übertragen. Das gilt nicht nur für die vielen Anregungen, die sich aus der sorgfältigen Aufgliederung von Anforderungen und von Prüfbereichen ergeben, das gilt vor allem auch für den Ansatz, nicht Qualität als abprüfbar und abzuhakenden Zustand, sondern den kontinuierlichen Prozeß von Verbesserung der Qualität in den Mittelpunkt zu rücken. Um es mit einem aktuellen Stichwort aus der Organisationsentwicklung zu sagen: von entscheidender Bedeutung scheint mir das Grundverständnis von der lernenden Organisation zu sein.

In der Psychiatrie geht es darum, Menschen Entwicklung zu ermöglichen, und gleichzeitig ist Psychiatrie nicht nur Hilfe, sondern auch soziale Kontrolle. Insofern ist es von besonderer Bedeutung, den Prozeß psychiatrischer Behandlung als einen permanent und auf allen Ebenen von sozialen Normen und Wertorientierungen gestalteten Prozeß zu reflektieren. Davon kann auch Qualitätsbeurteilung nicht absehen, und das begrenzt auch Versuche der Objektivierung von Qualität. Psychiatrisches Qualitätsmanagement ist in wesentlichen Teilen ein Verständigungsprozeß über Bewertung.

Wünschen würde ich mir, daß auf der Basis des Erarbeiteten Anwendungsmodelle nun auch konkretisiert werden. Da muß das Rad nicht neu erfunden werden, da kann man sich anlehnen an Konzepte, die es in der Organisationsentwicklung längst gibt, beispielsweise die Qualifizierung von *betriebsinternen* Moderatorinnen oder Prozeßbegleitern. Vielleicht müßte allerdings in diesem Zusammenhang die allzu große diplomatische Bescheidenheit der AKTION PSYCHISCH KRANKE in der Selbstpräsentation beendet werden...

Nach dem bisherigen Tagungsverlauf hatte ich den Impuls, mein vorbereitetes Referat umzuschreiben und mehr im Sinne eines Werkstattberichtes auf das Umgehen mit qualitätsrelevanten Themen anhand von Beispielen einzugehen. Nach einigem Überlegen bin ich dann aber doch bei meinem ursprünglichen Konzept geblieben, das darin besteht, Ihnen, die Sie ja überwiegend aus Krankenhäusern kommen, zunächst etwas grundsätzlicher etwas zu sagen über das

durchaus schwierige und schillernde Verhältnis von Kommunalverwaltung zu diesem Qualitätsthema.

### **1. Was haben die Kommunen mit psychiatrischem Qualitätsmanagement zu tun?**

Alle Verwaltung beginnt mit der Prüfung von Zuständigkeit. Die gesetzlichen Bestimmungen sehen - dies ist ja soeben von Herrn Münstermann ausführlich erläutert worden - im wesentlichen ein Zusammenwirken der Organisationen der Leistungsträger einerseits, der Leistungserbringer andererseits vor. Auch die Staatsaufsicht über die Selbstverwaltungskörperschaften liegt nicht bei den Kommunen, sondern bei den Ländern und dem Bund. Insofern fragt sich: Was soll hier ein Beitrag über die Perspektive der Kommune? Ist das nur ein Alibi, reflexhaft geschuldet dem Topos von der Gemeindenähe der Psychiatrie, von dem die Veranstalterin offensichtlich nicht lassen mag?

Historisch waren die alten Anstalten mehr oder weniger exterritorial: sie wurden zentral verwaltet und beaufsichtigt, waren ja auch nicht einzelnen Kommunen zugeordnet. Es gab Schnittstellen zur örtlichen Verwaltung im Hinblick auf die Zuführung und Entlassung von Patientinnen und Patienten unter gesundheitspolizeilichen und fürsorgerischen Aspekten, ansonsten allenfalls einige örtliche Aufsichts- und Genehmigungsfunktionen in Bereichen wie Bauordnung und Brandschutz: in bestimmten, genau definierten Bereichen wird die Einhaltung mehr oder weniger genau definierter Richtwerte und Normen überprüft. Mit der Qualität der Patientenversorgung selbst hatte das wenig zu tun.

Im Gefolge des Heimgesetzes, das Mitte der 70er entstand, kann man eine Weiterentwicklung in der kommunalen Rolle erkennen: es kommen mehr und mehr auch Aspekte in den Blick, die nicht nur mit den verschiedenen Dimensionen von Sicherheit, sondern auch mit der Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner zu tun haben: die bewohnergerechte bauliche Ausstattung, die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner an der Gestaltung des Lebens im Heim, neuerdings auch Fragen der Personalqualifikation und Personalausstattung. Je mehr aber solche Aspekte der Lebensqualität Thema werden, desto mehr wird auch deutlich, daß ein rein aufsichtliches Verständnis nicht mehr genügt. Heimaufsicht entwickelt sich so zu einer wesentlich auf Beratung angelegten Tätigkeit. Die Sanktionen bis hin zur Schließung von Heimen müssen im Interesse der betroffenen Menschen ultima ratio bleiben, sie sollen gar nicht erst notwendig werden. In diesen Kontext, den Übergang von einer gesundheits-, bau-, feuerpolizeilich geprägten Aufsicht in Richtung Beratung im Sinne externer Qualitätssicherung, gehört auch die Beteiligung der Gesundheitsämter an den Besuchskommissionen für die psychiatrischen Krankenhäuser (wo es das gibt).

Es gibt also allenfalls eine gewisse Tradition von Mitwirkung der Kommune an der Überwachung von Aspekten von Ordnungsmäßigkeit des Betriebes psychi-

atrischer Einrichtungen. Das bleibt aber eine im wesentlichen reaktive Rolle. Mit Qualitätsmanagement hat das noch ziemlich wenig zu tun.

Freilich: wenn man Qualitätsmanagement genauer angeht, dann stößt man an vielen Stellen auf die Austauschbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und der Gemeinde. Das psychiatrische Krankenhaus ist heute weniger denn je denkbar als exterritoriales Gebilde, es ist ohne das zugehörige Hilfesystem des Territoriums überhaupt nicht funktionsfähig. Die Strukturen sind aufeinander verwiesen, und dann muß es auch im Einzelfall tatsächlich „funktionieren“. Prozeßqualität ist in vieler Hinsicht nur als Prozeßqualität von Austauschbeziehungen sinnvoll zu konzipieren. Es liegt auf der Hand: die Kommune als Umwelt des Krankenhauses kann nicht einfach ignoriert werden.

Welche Rolle, welche Verantwortung hat also die Kommune in einem Prozeß von Qualitätsmanagement für das Hilfesystem, dessen integrierter Teil das Krankenhaus ist? Das ist in zweifacher Hinsicht zu fragen: im Hinblick auf die eigenen Leistungen der Kommune und im Hinblick auf die Wahrnehmung ihrer politischen Verantwortung für die Verfügbarkeit einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung, also bei Versorgungscoordination und Versorgungsplanung.

## ***2. Qualitätsmanagement im Kontext Neuer Steuerung***

Was hat Verwaltung überhaupt für eine Beziehung zu Qualitätsfragen? Qualitätsmanagement und Kommunalverwaltung in einem Atemzug zu nennen, das löst angesichts kursierender Klischees über Verwaltung eher Befremden oder Heiterkeit aus, übrigens bisweilen auch innerhalb der Verwaltung. Von der Anwendung des Verwaltungsdreisatzes (Das war schon immer so - Das haben wir noch nie so gemacht - Da könnte ja jeder kommen!) bis zum kundenorientierten Qualitätsmanagement - das ist in der Tat eine Art Paradigmenwechsel. Ein solcher Paradigmenwechsel ist im Gang, und das hat zu tun mit der aktuellen Lage der Kommunen.

Es ist fast ein Gemeinplatz: viele Kommunen sind mehr oder weniger pleite. Dabei geht es aber um viel mehr als nur einen konjunkturell bedingten Haushaltsengpaß. Die enormen Haushaltsumschichtungen im Gefolge der Wiedervereinigung haben lediglich hervorgetrieben und auf den Punkt gebracht, was auch vorher schon diagnostiziert werden konnte: Die Handlungsfähigkeit der Kommunen ist nicht durch bloßes Fehlen von Geld bedroht, sondern durch ein unzureichendes Managementsystem, durch unzureichende Steuerungsmöglichkeiten. Allerorten geht es zur Zeit in den Kommunalverwaltungen um dieses zentrale Stichwort: um Neue Steuerung.

Es ist unmöglich, an dieser Stelle angemessen in das einzuführen, was da im Moment in vielen Kommunalverwaltungen passiert. Es handelt sich um riesige Organisationsentwicklungsprozesse, für die es aus der Industrie durchaus Erfahrungen und Vorbilder gibt, die aber für die öffentliche Verwaltung weitgehend neu sind. Wenn sie gelingen, führen sie zu einer tiefgreifenden

Umstrukturierung der Verwaltung und auch zu Veränderungen in den Außenbeziehungen.

Nur ganz knapp will ich Ihnen hier mit einigen Schlagworten zunächst die Diagnose von Steuerungsmängeln sowie die wichtigsten Kernelemente Neuer Steuerung vorstellen, um dann schließlich auf Konsequenzen für das Förderungsverhalten zu kommen.

Welche Steuerungsmängel wurden diagnostiziert? Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) hebt vier Defizitbereiche hervor, die übrigens keineswegs spezifisch nur für die öffentliche Verwaltung sind<sup>1</sup>:

- *Strategielücke*: kurzatmige Politik der Addition von kurzfristigen Einzelmaßnahmen statt Verfolgung mittelfristiger Entwicklungsziele.
- *Managementlücke*: Es fehlt der Anreiz, der Zwang zur Leistungsverbesserung; der Haushalt wird überfordert, weil Ressourcenumschichtungen vermieden werden und Reserven unentdeckt bleiben; es gibt keine Gesamtverantwortung auf Fachbereichsebene; die Marktnähe ist gering: Anpassung von Leistungsangebot an Nachfrage findet nur zögernd statt.
- *Attraktivitätslücke* für qualifiziertes Personal
- *Legitimitätslücke* im Verhältnis zu den Bürgerinnen und Bürgern: Bürgerinnen und Bürger wollen nicht bloßes Objekt von Verwaltungshandeln sein, sondern als Partnerinnen/Partner ernst genommen werden.

Aus dieser Diagnose ergibt sich zunächst die Präzisierung eines Leitbildes als Bezugspunkt für Maßnahmen, nämlich das des Dienstleistungsunternehmens Kommunalverwaltung. Das bedeutet nicht, daß die Kommunalverwaltung zur Firma wird, wohl aber, daß das Verständnis des Verwaltungshandelns unter Dienstleistungsgesichtspunkten Leitideen liefert für die Gestaltung der Beziehungen zur Umwelt. Das läßt sich selbst für traditionelle Bereiche der Eingriffsverwaltung fruchtbar machen.

Um die Dimensionen dieser Umstrukturierung ein wenig deutlich zu machen, will ich - wieder nur schlagwortartig - einige Kernelemente von Neuer Steuerung benennen:

- Klare Verantwortungsabgrenzung zwischen Politik und Verwaltung: Kontraktmanagement statt Einzeleingriff
- Dezentrale Gesamtverantwortung für Ressourcen und Ergebnisse
- Neue Formen zentraler Steuerung (controlling)
- Outputsteuerung statt Inputsteuerung, nämlich über Leistungen und deren Kosten und die erzielten Resultate statt über Ziele und Ressourcen
- Bündelung der zahllosen Einzelleistungen zu überschaubaren Produkten
- Umstellung des Haushalts- und Berichtswesens und der Kostenrechnung auf den Produktbegriff

<sup>1</sup> Hierzu siehe Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt): Das Neue Steuerungsmodell. Begründung, Konturen, Umsetzung. Bericht Nr.5/1993, Köln 1993; dort auch: weitere Folgeberichte zu Einzelthemen.

- Abnehmerorientierung und ständiges Qualitätsmanagement statt arbeitsplatzbezogener Ordnungsmäßigkeit
- Partizipation der Beschäftigten an der Prozeßgestaltung, Ausbau von Personalentwicklung, Verbesserung von Personalführung.

### **3. Qualitätsmanagement in der Förderung der Freien Wohlfahrtspflege**

Es ist unschwer vorstellbar bei diesen Stichworten: ein verändertes Umgehen mit äußerst knapp gewordenen Ressourcen innerhalb der Verwaltung wird zwangsläufig auch durchschlagen auf das Verhalten gegenüber Zuwendungsempfängern, beispielsweise gegenüber der Freien Wohlfahrtspflege, und damit auch auf den kommunal finanzierten Teil des psychiatrischen Hilfesystems. Ich will mich hier darauf beschränken, einige Konsequenzen an einem fortgeschrittenen und prägnanten Beispiel zu illustrieren, das bereits durch die Presse ging und das Hilfesystem beschäftigt hat.

Der Hamburger Drogenbeauftragte, Dr. Bossong<sup>2</sup>, hat im letzten Jahr erheblich Staub aufgewirbelt in der Suchtkrankenhilfe mit seinen Thesen zu einem Verständnis von Suchtkrankenhilfe als Dienstleistung und zur Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Da er das mit gepfeffelter und spezifisch auf Drogenhilfe bezogener Polemik verbunden hat:, gab es erhebliche Staub- und Geräusentwicklung. Der Staub hat sich gelegt, und ich zeige Ihnen mal ganz nüchtern den Katalog der von ihm vorgeschlagenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung, in den das mündete:

1. Definition des Gesamtleistungsspektrums von Einrichtungen
2. Präzise Leistungsbeschreibungen, gebündelt zu Produkten
3. Funktionale Organisationsgliederung nach aufgabenspezifisch abgegrenzten Schwerpunkten
4. Herleitung von Teamstrukturen und Qualifikationsprofilen aus den Anforderungen der jeweiligen Aufgabe und unter Berücksichtigung optimaler Zielerreichung und Wirtschaftlichkeit
5. Zweckdienliche und funktionale Ausstattung
6. Kundenorientierte Öffnungszeiten, abgestimmt mit den Öffnungszeiten relevanter anderer Einrichtungen
7. Vernetzung und Praxisreflexion unter Gesichtspunkten der Zielerreichung und Wirtschaftlichkeit
8. Sorgfältige Kontrolle des Erreichens der Zielgruppe etwa durch Festlegung von Zielzahlen, fallbezogene Leistungsdokumentation und Überprüfung von Stichproben

<sup>2</sup> Siehe folgende Arbeitspapiere von Horst Bossong:

- Drogenhilfe als Dienstleistung. Überlegungen zur Neuorganisation der Drogensozialarbeit. Vortrag auf der Fachtagung des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel in Lüneburg am 30.7.31.Mai 1995;
- Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Diskussionsentwurf vom 5.2.1995

9. Kontinuierliche und vergleichbare Dokumentation zu allen vorstehenden Standards
10. Sicherstellung von Wirtschaftlichkeit der Arbeit durch Vermeidung von Doppelbetreuung, Doppelarbeit, unklaren Zielen etc.
11. Sicherstellung von Kundenorientierung etwa durch klientenbezogene Qualitätsstandards, Beratungs- und Behandlungsplanung usw.
12. Verfahrensvereinbarung für Mängelrügen und Mängelbehebung
13. Einrichtung eines Beirates zur externen Qualitätssicherung und Fortentwicklung der Suchtkrankenhilfe unter Beteiligung von Vertreterinnen/Vertretern der Behörde, der Praxis, der Leistungsträger und der Ärztekammer.

Ich muß das hier wohl nicht weiter kommentieren, ich denke, die Richtung wird hinreichend deutlich: in dem Maße, in dem neue Steuerungsmodelle in den Kommunalverwaltungen realisiert werden, werden die Grundgedanken auch auf die Weitergabe kommunaler Mittel angewandt. Es wird dann nicht mehr um Förderung von Einrichtungen, sondern um den Einkauf von definierten Leistungen gehen.

#### ***4. Qualitätsmanagement im Kontext von Koordination und Planung***

Bevor ich zu einigen abschließenden Thesen komme, möchte ich Ihnen zunächst ein wenig die Landschaft beschreiben. Wenn ich mir die Situation im Hinblick auf die Wahrnehmung von sozial- und gesundheitsplanerischen Aufgaben durch die Kommune ansehe, dann stelle ich ein uneinheitliches Bild fest:

- auf der einen Seite eine Tendenz zur Verstärkung kommunaler Sozialplanung. Ausgehend vor allem von den Aufgabenfeldern, in denen die Kommune selbst unmittelbar für Sozialleistungen zuständig ist (also beispielsweise in der Jugendhilfe oder in der Altenhilfe), haben Kommunen in den letzten Jahrzehnten zunehmend Planungsaktivitäten entwickelt. Klarmachen muß man sich in diesem Zusammenhang, daß es ausdrückliche gesetzliche Planungsaufträge lange nicht gegeben hat. Für den Bereich der Jugendhilfe wurde das mit dem neuen KJHG von 1990 klargestellt. Im BSHG gibt es zwar allgemeine Aussagen über die Notwendigkeit, die geeigneten Einrichtungen zu schaffen. Dies wurde jedoch überlagert durch den besonderen Status der Freien Wohlfahrtspflege. Es ist noch nicht so lange her, daß sozialplanerische Aktivitäten der Kommunen von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege mit äußerstem Mißtrauen beobachtet wurden.
- In anderen Bereichen sind kommunale Planungskompetenzen bzw. Planungsbeteiligung eher zurückgedrängt worden. So sind an der Krankenhausplanung in NRW die Kommunen faktisch nicht mehr beteiligt. Auch die Zuständigkeit für die Bedarfsplanung im Bereich der Behindertenhilfe ist soeben erst durch das Landesausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz dem Überörtlichen Sozialhilfeträger zugeordnet worden. Speziell in der Behindertenhilfe hat sich gezeigt, daß die Rhetorik von der Kommunalisierung der Verantwortung weitgehend Theorie geblieben ist, und daß es nicht gelungen ist, örtliche und Überörtliche Planungen hinreichend wirkungs-

voll aufeinander abzustimmen. Das jahrelange Gezanke um die Zuständigkeit für Betreutes Wohnen ist ein ziemlich unsägliches Beispiel dafür.

Dabei muß man sehen, daß die Situation der Kommune eine durchaus ambivalente ist: auf der einen Seite ergibt sich aus dem allgemeinen Auftrag der Daseinsfürsorge für Bürgerinnen und Bürger, wie er in der Kommunalverfassung enthalten ist, eine Rolle der Kommune sozusagen als „ideelle Gesamtkundin“. Das wahrzunehmen bedeutet aber nicht nur das Einfordern entsprechender Leistungen anderer Leistungsträger, sondern in bestimmten Bereichen auch die Schaffung notwendiger Infrastruktur in eigener Zuständigkeit. In der gegenwärtigen Situation andauernder Haushaltskrise befinden sich die Kommunen dabei aber in einer ständigen Überforderungssituation: die Ansprüche stehen in einem zunehmenden Mißverhältnis zu den Möglichkeiten, es entstehen ständig neue Zielkonflikte und Dilemmata. Organisationen können mit solchen Situationen nur umgehen, wenn sie Komplexität zu reduzieren versuchen. Standardabsenkungen, Deregulierung, Aufgabenkritik, Rückzug aus freiwilligen und Beschränkung auf Pflichtaufgaben, Privatisierung sind einige Schlagworte dazu. In der Tendenz sind die Kommunen in der Zwangslage, sich vor neuen Aufgaben und Ansprüchen schützen zu müssen. Vor diesem Hintergrund will ich abschließend thesenhaft einige Überlegungen zur kommunalen Koordinations- und Planungsrolle formulieren:

1. Koordination und Planung durch Vernetzung auf der kommunalen Ebene können nicht losgelöst von anderen Formen der Steuerung gesehen werden.

Der Gesetzgeber hat aus der Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Konsequenz gezogen, vor allem Marktmechanismen zu stärken und Möglichkeiten der politischen Einflußnahme zumal auf der kommunalen Ebene zurückzunehmen. Zunehmende Konkurrenz führt über den Zwang zur Wirtschaftlichkeit zu Konzentrationsprozessen.

Die Organisationsreform im Bereich der Krankenversicherung führt zu Großkassen, die selbst im großstädtischen Raum keine eigenständigen Organisationsformen mehr haben, sondern nur noch Geschäftsstellen. Auf der kommunalen Ebene gibt es dadurch nur noch begrenzt überhaupt ein Gegenüber bei den Kassen. Von Seiten der Kassen wird dies teilweise geradezu als Befreiung aus der ständigen Einflußnahme aus der Kommunalpolitik heraus bewertet. Gegenüber dem Anspruch der Kommune auf Vertretung der Interessen ihrer Bürgerinnen und Bürger wird die eigenständige Legitimation aus dem direkten Kontakt zu den eigenen Versicherten heraus betont. Auch bei den Anbietern entstehen deutlich wahrnehmbar Formen von Verbänden, Zusammenschlüssen und überörtlichen Großanbietern.

Viele Themen verlagern sich in diesem Zusammenhang ganz weg von der kommunalen Ebene hin auf die Landesebene von Spitzenorganisationen der Leistungsträger und Leistungsanbieter. Grundlegende, Strukturen schaffende Entscheidungen in den Bereichen Behandlung, Pflege und Rehabilitation gehen an den Kommunalverwaltungen weitgehend vorbei.

2. Es gibt ein unaufhebbares Spannungsverhältnis zwischen den Interessen einzelner Leistungsanbieter und Leistungsträger und den Erfordernissen eines funktionierenden Gesamtsystems.

Aus einer bloßen Summierung „guter“ Einzelteile entsteht noch lange kein funktionierendes Versorgungssystem. Bei zunehmender Spezialisierung steigt die Interdependenz: jede Einrichtung, jeder Dienst ist auf die Mitwirkung anderer Einrichtungen und Dienste für seine eigene Aufgabenerfüllung angewiesen. Aus der Patientenperspektive nehmen damit auch die möglichen Störquellen und Bruchstellen zu. Gleichzeitig haben alle Einrichtungen und Dienste wirtschaftliche Eigeninteressen, die sie in erster Linie im direkten Verhältnis zum zuständigen Leistungsträger zu wahren versuchen. Angestrebte Reibungslosigkeit im Verhältnis zum Leistungsträger kann aber sehr wohl in Spannung geraten zu fachlichen Anforderungen. Mit diesem Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlicher Eigendynamik, fachlichen Anforderungen aus der Einrichtung selbst heraus und den fachlichen Anforderungen, die sich aus der Einbindung in ein Hilfesystem ergeben, muß in einer transparenten Weise umgegangen werden.

3. Internes und externes Qualitätsmanagement hängen untrennbar miteinander zusammen.

Es wurde auch auf dieser Tagung immer wieder darauf hingewiesen, daß im therapeutischen Bereich wesentliche Teile von *Qualitätsmanagement* nur als interner Selbstreflexionsprozeß von Fachleuten auf der Basis eines fehlerfreundlichen Organisationsverständnisses möglich seien. Das ist richtig und nicht bloß ein Abwehrmechanismus oder eine Immunisierungsstrategie - allerdings nur dann, wenn gleichzeitig die Bezugspunkte des internen Qualitätsmanagements explizit gemacht und auch im einrichtungsübergreifenden Austausch diskutierbar werden.

Dazu ist der hier vorgestellte Leitfaden eine wichtige Hilfe. Ich denke dabei, daß die Selektion der vorrangig besprechungsbedürftigen Felder aus der gesamten Matrix wesentlich mitbestimmt werden muß durch die Aufnahme externer Impulse.

Im übrigen ist die Unterscheidung intern vs. extern auch zu relativieren. Da lebt vielleicht auch noch was von dem alten Geist, der in Festungsmentalität unterschied zwischen intramural und extramural. In Wirklichkeit ist doch klar, daß die Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen vor allem entlang der Schnittstellen erfolgen muß und daß dies keine Einbahnstraße sein kann nach dem Motto „Vielen Dank für die Anregungen - wir werden darüber nachdenken“. Es ist vielmehr ein wechselseitiger Prozeß, in dem das Krankenhaus nicht nur Impulse und Rückmeldungen erhält, sondern in ein und demselben Prozeß auch Impulse und Rückmeldungen an andere Kooperationspartner gibt. Es geht um die Reflexion von Austauschbeziehungen.

Und noch ein weiterer Gesichtspunkt ist mir wichtig, der gestern schon u.a. bei Herrn Auerbach anklang: die Patientinnen und Patienten leben ja überwiegend draußen, als Empfängerinnen und Empfänger von Komplexleistungen über lan-

ge Zeiträume. Übergeordneter Bezugspunkt von Qualitätsmanagement auf der Ebene des Versorgungssystems muß es also bleiben, wie sich die verschiedenen Hilfebeiträge zusammenfügen zu einem förderlichen Hilfeprozeß,

Kurz gesagt: externe Beteiligung an Qualitätsmanagement muß die Klinik auch davor bewahren, sich allzusehr nur auf ihre Binnenprobleme zu beziehen, sozusagen nur den Eigen-Sinn zu optimieren. Externe Beteiligung beugt in diesem Sinne dem qualitätsgesicherten Hospitalismus-Syndrom des Personals vor.

4. Koordination und Planung muß offensiv mit Qualitätsfragen umgehen.

Wir benötigen institutionsübergreifende Arbeitsformen, in denen unter den beschriebenen Bedingungen auch Qualitätsfragen bearbeitbar werden, und zwar sowohl im Sinne einrichtungsübergreifender Qualitätszirkel zur Mikroanalyse von fallbezogenen Kooperationsprozessen wie auch auf der Ebene der Versorgungsstrukturen. Für Anbieter muß es zum Qualitätsstandard gehören, daß sie ihre Arbeit im Hinblick auf die Schnittstellen diskutierbar machen. Die natürliche Tendenz ist die Verlagerung möglichst aller konflikthafter Themen in bilaterale Kontakte. Dem wäre hinsichtlich Qualitätsfragen entgegenzuwirken, was aber letztlich nur geht, wenn auch die Leistungsträger dies mittragen und einfordern. Die Schwierigkeit besteht darin, daß alle Beteiligten einerseits ein objektives Interesse an einem solchen Prozeß haben, andererseits aber auch Risiken für sie damit verbunden sind. Diese Ambivalenz läßt sich etwa wie folgt illustrieren:

- für die Leistungsträger erbringt das wirksamere Kontrolle und damit effektiveren Mitteleinsatz, aber auch möglicherweise die Verstärkung kostensteigernder Anforderungen,
- für die Anbieter gibt es um den Preis stärkerer Transparenz und Kontrolle auch potentiell Unterstützung für begründete fachliche Anforderungen an Kooperationspartner und Leistungsträger;
- für die Kommune geht es darum, übergeordnete Versorgungsinteressen ihrer Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen und sich dabei auch mit weiteren Ansprüchen an eine kommunale „Auffangzuständigkeit“ auseinandersetzen zu müssen.

Nicht ambivalent ist die Beteiligung eigentlich nur für die Betroffenen und ihre gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter sowie für die Angehörigen.

5. Qualitätsmanagement auf Ebene des Versorgungssystems ist ein dauernder Verhandlungsprozeß, für den vor allem Verfahrensstandards notwendig sind.

Es geht dabei nicht in erster Linie um Kontrolle von Normerfüllung, sondern um eine wertorientierte Aushandlung von Gütekriterien im Sinne eines Konsensentwicklungsprozesses. Dafür sind Verfahrensregeln notwendig. Eine der wichtigsten Anforderungen an ein solches Verfahren ist, daß alle wesentlichen Sichtweisen und Interessen angemessen zur Artikulation kommen können. Notwendig ist ein Verständigungsprozeß zu übergreifenden Fragen der Gestaltung des Versorgungssystems, zu denen dann die Qualitätsanforderungen in den einzelnen Einrichtungen und Diensten als Ausdifferenzierungen passen müssen.

Die von der Arbeitsgruppe formulierten Anforderungen eignen sich zur Strukturierung dieses Prozesses meines Erachtens sehr gut, allerdings glaube ich, daß es bezogen auf das Versorgungssystem so etwas wie eine Rangfolge gibt: nicht im zeitlichen Sinne, sondern im Sinne von elementaren Anforderungen, aus denen sich weitere Anforderungen ableiten lassen. Ich will das abschließend verdeutlichen mit einer Übersicht zu Dimensionen des Qualitätsmanagements, wie sie Peter Kruckenberg für Bremen formuliert hat<sup>3</sup>. Er hat sie ausdrücklich in einem hierarchischen Sinne angeordnet, anfangend mit den elementarsten:

1. Krankheitsverständnis und Grundhaltung
2. Fallbezogene Integration der Behandlungskonzepte (synchron und diachron)
3. Kundenorientierung in der Organisation der Institutionen
4. Bedarfsgerechtigkeit im Hinblick auf Differenzierung der Zielgruppen und Gemeindebezug
5. Verbindlichkeit von Vernetzung und Koordination zwischen den Einrichtungen und Diensten
  - auf der Ebene des Leistungsangebotes und
  - auf der Ebene des Einzelfall - Managements
6. Gemeindebezogene Abstimmung der beteiligten Finanzierungssysteme („System kommunizierender Röhren“)
7. Strukturen, die einen transparenten fachpolitischen Meinungsbildungsprozeß ermöglichen und Rahmenentscheidungen zu Strukturfragen vorbereiten.
8. Gesicherte Außenkontrolle durch Betroffenen- und Angehörigenvertretung, Patientenbeauftragte, Beschwerdewesen, Medien und externe Evaluation.

An dieser Übersicht wird anschaulich, wie sehr es jeweils um wertbegründete Gewichtungen geht, und daß das nur durch angemessene Repräsentanz aller Perspektiven als Prozeß vorstellbar ist. Es bleibt dabei ständig die Frage, ob es gelingt, auf diesem Weg eine rationalere Systemsteuerung zu bewerkstelligen, oder ob sich letztlich doch immer wieder die Logik einzelbetrieblich-ökonomischer Interessenverfolgung durchsetzt.

Zusammengefaßt auf der Grundlage eines Vertrages von Peter Kruckenberg auf dem Weltkongreß für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg:

Peter Kruckenberg: Die Entwicklung der kommunalen Psychiatrie in einer Großstadt -ein vieldimensionaler, dynamischer Prozeß.

In: Thomas Bock u.a. (Herausgeber): Abschied von Babylon-Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1995,3.461-72

# Zum Schluß: Weitere Perspektiven in der Entwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement aus der Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE

*Blrgit Meiners*

In den beiden vergangenen Tagen haben Sie zahlreiche Vorträge angehört, die Ihnen den „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“, das ihm zugrundeliegende Qualitätsmodell und seine praktischen Anwendungsmöglichkeiten erläutern und nahebringen wollten. Nun möchte ich Ihnen zum Abschluß dieses Kongresses in kurzen Zügen schildern, wie wir als AKTION PSYCHISCH KRANKE uns konkret die weitere Arbeit mit dem Instrument des Leitfadens vorstellen, und welche darüber hinausgehende Perspektiven aus unserer Sicht denkbar und wünschenswert sind.

Dabei ist es Ihren engagierten Redebeiträgen, Ihren klugen, ebenso treffsicheren wie weitsichtigen Fragen und kritischen Anmerkungen geschuldet, wenn eine Reihe der folgenden Gedanken bereits in den Arbeitsgruppen und Plenardiskussionen angesprochen worden sind. Bitte betrachten Sie deshalb meine Ausführungen auch als Zusammenfassung der überaus konstruktiven, vorwärtsweisenden Diskussionen, die wir in den beiden vergangenen Tagen miteinander geführt haben.

Im folgenden will ich zunächst mit der Implementierung des Leitfadens in der Praxis beginnen (1) und danach die für das kommende Jahr geplante wissenschaftliche Begleitforschung zu diesem Instrument vorstellen (2). Den Übergang zum ambulanten Bereich der psychiatrischen Versorgung möchte ich über einen kurzen Schlenker zu dem Projekt „Personalbemessung im komplementären Bereich“ herstellen, welches in den vergangenen Jahren Vorschläge zur Qualitätssicherung im ambulanten und komplementären Bereich entwickelt hat (3). Abschließen will ich mit dem Versuch, unter dem Stichwort „regionales Qualitätsmanagement“ Verknüpfungsmöglichkeiten zwischen den Ergebnissen und Empfehlungen dieser beiden Projekte aufzuzeigen (4).

## ***1. Implementierung des „Leitfadens zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ in der Praxis***

Als die AKTION vor zwei Jahren die Trägerschaft des Projektes „Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie“ übernahm, geschah dies in der Überzeugung, daß es in den vergangenen Jahren eine Reihe von strukturellen Verbesserungen in der psychiatrischen Versorgung der Bundesrepublik gegeben hat und daß es nun an der Zeit ist, genau hinzuschauen, ob denn unter den verbes-

serten strukturellen Rahmenbedingungen auch die Qualität der Arbeit gerade mit chronisch psychisch kranken Menschen besser geworden ist. Hinzuschauen, ob es genügt, konkrete Schwachstellen in Arbeitsabläufen aufzuspüren und diese möglichst zu beseitigen, oder ob es nicht vielerorts auch ansteht, in einen sicherlich langwierigen Prozeß einzutreten, in dessen Verlauf das bisherige Verständnis der Arbeit mit psychisch Kranken sehr grundsätzlich zu hinterfragen ist. Beispielsweise dann - um hier nur das Stichwort „Multiprofessionalität herauszugreifen -, wenn Mitteilungen im Team über Verhalten von Patientinnen primär nach der Hierarchieebene des Informanten bewertet werden statt nach dem Inhalt des Wahrgenommenen.

Die anzustrebende Qualität und die ihr zugrundeliegenden ethischen Normen, welche die Projektgruppe meint, wurden in den Qualitätsanforderungen differenziert beschrieben. Die wesentliche Prämisse, von der sich alle anderen Ziele ableiten, ist der Ansatzpunkt: Im Mittelpunkt muß der einzelne psychisch kranke Mensch, die individuelle Patientin stehen. Sein und ihr Wohlbefinden muß Ausgangspunkt und Ziel psychiatrischen Tuns sein, nicht der reibungslose Ablauf der Klinik. Handlungsanleitend müssen die sehr unterschiedlichen Hilfebedarfe der einzelnen psychisch kranken Menschen und ihr Anspruch auf die bestmögliche Behandlung sein, und nicht das Bedürfnis der Kostenträger nach einfachen Abrechnungsmodi oder z.B. der Wunsch nach einheitlichen, zentral zu kontrollierenden Dienstplänen.

Aus diesem Grundsatz leitet sich zwingend ab, daß die AKTION PSYCHISCH KRANKE und die Projektgruppe das hier vorgestellte ausgefeilte Instrumentarium *nicht* als Methode zum Anlegen und Pflegen eines weiteren umfassenden Datenfriedhofs versteht, mit dem den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern viel unnütze Arbeit aufgebürdet werden soll. Vielmehr ist die Intention dieses Leitfadens, theoretische und vor allem praktische Hilfestellung auf dem Weg dahin bereitzustellen, möglichst konkret auf die spezifische Arbeitssituation bezogen zu reflektieren, inwieweit der Behandlungsablauf den fachlichen Anforderungen gerecht wird, und ob gegebenenfalls ein Veränderungsbedarf besteht. Voraussetzung dafür, daß der Leitfaden diese die Arbeit befruchtende Wirkung an möglichst vielen Orten entfalten kann, ist, daß er nun in den kommenden Monaten so breit wie möglich gestreut und bekannt wird. Die AKTION wird sich nach Kräften darum bemühen, einen möglichst großen Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der stationären Psychiatrie zu erreichen, damit die im Bericht formulierten Denkanstöße und Anregungen in die Arbeit möglichst vieler Behandlungseinheiten, Funktionsbereiche und Berufsgruppen Eingang finden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie selbst - vielleicht angeregt durch das hier Gehörte und Diskutierte - ebenfalls als Teil des erhofften Schneeballsystems aktiv würden, indem Sie Ihrer Kollegin, Ihrem Kollegen einen Band der Tagungsmaterialien mitnehmen. Oder indem Sie in Ihrer Klinik anregen, daß z.B. im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen oder Teamsitzungen ein Prüfbereich aus dem Leitfaden zum exemplarischen Thema der gemeinsamen Reflexion erhoben wird.

Neben solchen sozusagen wildwüchsigen Multiplikationseffekten, wie sie, so hoffen wir, auch von diesem Kongreß, vom Weitererzählen und Weiterreichen der Tagungsmaterialien ausgehen, entwickelt die AKTION PSYCHISCH KRANKE derzeit auch ein Konzept zur strukturierten, systematischen Einführung des Instrumentes zur internen Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. Z.Zt. ist noch nicht abschließend geklärt, wie die AKTION bzw. die Projektgruppe die Einführung der internen Qualitätsbeurteilung als einen Bestandteil von Qualitätsmanagement zur kontinuierlichen Verbesserung der psychiatrischen Behandlung unterstützen können. Unsere Überlegungen gehen dahin, daß die Mitglieder der Projektgruppe von interessierten Kliniken eingeladen werden können, um im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Arbeit mit dem Leitfaden einzuführen. Ebenso denkbar wären Einführungsveranstaltungen für mehrere Kliniken zusammen, z.B. als Schulung für QS-Beauftragte im Rahmen einer Regionalkonferenz.

Welche Multiplikationswege hier am besten gangbar und (auch dies muß leider erwähnt werden) finanzierbar sind, werden die folgenden Monate zeigen. Wichtig erscheinen aus Sicht der Autorinnen und Autoren des Instrumentes im Interesse seiner bestmöglichen Nutzung für die Verbesserung von Abläufen in der Klinik v.a. die folgenden Aspekte:

Auf der einen Seite sollte eine Einführung anhand strukturierter Vorgaben ein Minimum an einheitlicher Anwendung zwischen verschiedenen Behandlungsbereichen bzw. zwischen Kliniken gewährleisten. Auch wenn realistischere immer nur einige wenige Bereiche auf ihre Qualität hin systematisch untersucht werden können, und nicht alle 28 gleichzeitig oder direkt nacheinander, so sollte doch gewährleistet sein, daß es nicht gerade die Schwachstellen in der eigenen Arbeit sind, welche immer wieder ausgeblendet werden. Verführerisch und menschlich verständlich ist es sicherlich, sich z.B. als Team einer Station gerade die besonders gut funktionierenden Arbeitsbereiche zur internen Qualitätsbeurteilung herauszugreifen. Sinn dieses Instrumentes ist es aber natürlich nicht, es nur zur selektiven Selbstbestätigung heranzuziehen, um sich dann auf dem Erreichten auszuruhen. Vielmehr soll es Idealerweise als Ansporn dienen, auch und gerade die 'blinden Flecken' in der Arbeit eines Teams aufzuspüren, beispielsweise den „Umgang mit den Angehörigen“, falls dieser im Argen liegt - Herr Maß hat hierzu eindrucksvolle Beispiele geschildert -, und dann gezielt gemeinsam zu überlegen, wie dieser Bereich verbessert werden kann. (Oder, um es sportlich auszudrücken: „immer da entlang, wo's weh tut!“) Die Problematik einer möglicherweise selektiven Anwendung des Leitfadens ist hier bereits diskutiert worden.

Auf der anderen Seite soll das Erscheinen des Leitfadens keinesfalls dahingehend mißverstanden werden, als müsse nun jede Klinik sozusagen das „Rad der kritischen Selbstbesinnung“ neu erfinden. Oder, um ein anderes bei dieser Tagung geprägtes Bild aufzugreifen, ein neues, zum Motor passendes Auto. Ganz im Gegenteil: das hier vorgelegte Instrument zur Qualitätsbeurteilung hätte dann seine Praxistauglichkeit erwiesen, wenn es sich, als weiteres Hilfsmittel,

flexibel in bereits vorhandene und eingespielte Reflexionsstrukturen integrieren ließe. Diese können von Klinik zu Abteilung und von Behandlungseinheit zu Funktionsbereich unterschiedlich entwickelt sein. Hier sind Ihre arbeitsorganisatorische Erfahrung und Phantasie gefragt. Auf allen Ebenen, wo zusammen gearbeitet wird, kann und sollte dieses gemeinsame Tun auch miteinander reflektiert und qualitativ weiterentwickelt werden. Dies kann dann - und nur dann - am besten funktionieren, wenn die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offen und (selbst-) kritisch miteinander reden können, ohne sich kontrolliert zu fühlen oder mit Sanktionen rechnen zu müssen. Wir möchten Sie dazu ermutigen, in Ihrem Arbeitszusammenhang, bei Ihren Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten dafür zu werben, die Arbeit mit diesem Leitfaden auszuprobieren - sei es im Rahmen einer Teamsitzung, einer Teamklausur, innerhalb von Qualitätszirkeln, Klinikkonferenzen oder hausinternen Fortbildungsveranstaltungen.

Und, auch diese Bitte geben wir Ihnen mit auf den Heimweg: Teilen Sie uns, der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Ihre Erfahrungen mit, die Sie bei Ihren Versuchen machen, Qualitätsbeurteilung auf die ein oder andere Weise in Ihre Arbeit einzuführen:

- Welche Handlungsbereiche, in denen Qualität beurteilt werden soll, haben Sie als besonders aussagekräftig empfunden? Welche sind Ihrer Erfahrung nach weniger geeignet, die Qualität des Behandlungsverlaufes abzubilden?
- Haben die zahlreichen Beispielfragen die von den Autorinnen und Autoren beabsichtigte Wirkung, zum weiteren Nachdenken über den jeweiligen Arbeitszusammenhang anzuregen - oder engen sie ganz im Gegenteil die Wahrnehmung ein auf das, was „schwarz auf weiß" geschrieben steht?
- Wie reagieren Ihre Kolleginnen und Kollegen auf die Idee, das gemeinsame berufliche Handeln mithilfe des Leitfadens zu durchleuchten - spontan zustimmend oder äußerst zurückhaltend? D.h. fördert das Betriebsklima in Ihrer Klinik die Bereitschaft, Fehler als Ausgangspunkt für Verbesserungen anzuerkennen, statt sie aus Angst vor negativen Konsequenzen zu vertuschen?

Mit diesen Fragen zur Akzeptanz des Instrumentes in der klinischen Praxis stehen die AKTION und die Projektgruppe derzeit noch am Anfang. Wir sind Ihnen für jede Rückmeldung dankbar, denn sie bedeutet nützliche Hinweise für eine weitere Überarbeitung.

## ***2. Evaluation des Leitfadens zur Qualitätsbeurteilung***

Um die Erfahrungen mit der Anwendung des Leitfadens auch systematisch zusammenzutragen, auszuwerten und dann gegebenenfalls in eine Verbesserung des Instrumentes einfließen zu lassen, plant die AKTION, der jetzt beginnenden Einführungsphase 1997 eine wissenschaftliche Begleitforschung (Evaluation) folgen zu lassen. Hierdurch soll herausgefunden werden, welche Rahmenbedingungen förderlich dafür sind, interne Qualitätsbeurteilung auch langfristig als festen Bestandteil der in einer Klinik oder Abteilung vorhandenen Reflexions-

kultur zu verankern, und welche Barrieren ihr entgegenstehen können (beispielsweise eine ablehnende Haltung der Klinikleitung oder das Betriebsklima). Ferner soll untersucht werden, wie den Besonderheiten von Kliniken bzw. von unterschiedlichen Kliniktypen im Interesse einer für jedes Haus und jede Personalstruktur sinnvollen und effektiven Weise schon bei der Einführung dieses Instrumentes zur Qualitätsbeurteilung und letztlich Qualitätssicherung in geeigneter Weise Rechnung getragen werden kann. Herr Priebe hat in der auf diese Thematik bezogenen Arbeitsgruppe 4 erste Vorüberlegungen hierzu vorgestellt,

Als Ergebnis einer solchen Untersuchung kann an deren Ende zum einen eine gründliche Überarbeitung der hier vorgestellten ersten Auflage des Leitfadens stehen, wenn diese sich als im einzelnen noch zu schwerfällig oder zu umfangreich für die praktische Arbeit erweisen sollte oder andere Kritikpunkte deutlich werden. So könnte die Auswertung der ersten Erfahrungen mit der Umsetzung in der Feststellung münden, daß sich die Fülle der im Leitfaden aufgezeigten Merkmale bzw. Fragen auf wenige besonders relevante Schlüsselfragen verdichten lassen.

Es könnte aber ebenso auch die Erkenntnis dabei herauskommen, daß in zahlreichen Kliniken - auf der Ebene der Krankenhausleitung, der nachgeordneten Leitungen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten sein wird. Überzeugungsarbeit dahingehend, daß sich jede in ihrer Zuständigkeit, jeder auf seiner Verantwortungsebene darum bemüht, die eigene Arbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu optimieren.

Wenn am Ende eines sicher mehrjährigen Diskussionsprozesses über die Qualität der eigenen Arbeit herauskäme, daß z.B.

- der Pförtner für Datenschutzprobleme bei Auskünften sensibilisiert worden ist, oder
- wenn für den Koch bei der Speiseplanzusammenstellung die besonderen Bedürfnisse muslimischer Patientinnen und Patienten ebenso selbstverständlich Berücksichtigung finden wie es
- für die Ergotherapeutin selbstverständlich ist, Patienten nach ihrem Einverständnis dazu zu fragen, ob die von ihnen hergestellten Produkte öffentlich zur Schau gestellt werden dürfen,
- wenn in den Teams einer Klinik alle Meinungen ein Recht haben, gehört zu werden, unabhängig von der Hierarchieebene, und wenn auch die Beobachtungen einer Krankenpflegeschülerin zu suizidalem Verhalten ernst genommen werden - die Beispiele lassen sich beliebig fortsetzen - ,

dann wäre die von der AKTION und der Projektgruppe verfolgte Zielsetzung erreicht, wonach sich möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf ihren unterschiedlichen Verantwortungsebenen mit den skizzierten Zielen von Qualitätsverbesserung identifizieren, sie verinnerlichen und ihre Umsetzung in der täglichen, praktischen Arbeit verfolgen sollen, statt lediglich auf gelegentliche externe Kontrollen zu reagieren.

Spannend verspricht diese Begleitforschung auch deshalb zu werden, weil sie nach dem jetzigen Stand der Planung voraussichtlich mit der Evaluation eines anderen, ebenfalls vom BMG parallel geförderten Projektes verknüpft werden wird. Ich meine hier den Leitfaden für ein Umfassendes Qualitätsmanagement im Krankenhaus, den Herr Luithlen bereits erwähnt hat. Während sich die Projektgruppe der AKTION primär mit den *Inhalten* der zu erreichenden Qualität einer Fachdisziplin, nämlich der Psychiatrie, beschäftigt hat, ist der Gegenstand des zweiten Projektes ein anderer. Hierbei geht es um die Entwicklung und Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen für die Institution Krankenhaus allgemein - unabhängig von den jeweiligen Fachdisziplinen. Ohne der weiteren Entwicklung zur Qualitätssicherung im stationären Bereich des Gesundheitswesens zu weit vorgreifen zu wollen, wäre doch optimistisch gesehen folgendes denkbar:

Diese beiden Leitfäden zur Qualitätsbeurteilung bzw. zu einem Umfassenden Qualitätsmanagement werden in ausgewählten Kliniken und Abteilungen mit wissenschaftlicher Begleitung und Unterstützung eingeführt. Als Resultat der gemeinsamen Evaluation könnte der hier zunächst für die interne Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie entwickelte Leitfaden zum integrierten Bestandteil von umfassenden Qualitätsmanagementsystemen werden. Und dem Ziel, daß Maßnahmen der kontinuierlichen Qualitätssicherung und -Verbesserung in den Psychiatrischen Kliniken der Bundesrepublik Akzeptanz und Verankerung finden, ließe sich somit bereits ein ganzes Stück näherkommen.

### **3. Qualitätssicherung im ambulanten und komplementären Bereich der Psychiatrie**

In den vergangenen Jahren war es im wesentlichen der stationäre Bereich der Psychiatrie, der von den Impulsen profitiert hat, die durch zwei gesetzliche Vorgaben ausgelöst worden sind: gemeint sind zum einen die durch den Erlaß der Psych-PV seit 1991 erreichte Verbesserung der personellen Ausstattung der Psychiatrischen Kliniken und zum anderen die seit zwei Jahren deutlich spürbaren Aktivitäten zum Thema Qualitätssicherung. Nicht nur die AKTION PSYCHISCH KRANKE, sondern auch Fachgesellschaften und Berufsverbände haben angefangen, sich gemäß der Verpflichtung des § 137 SGB V intensiv mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -Verbesserung in der stationären Psychiatrie zu befassen. Sollen diese Errungenschaften nicht kontraproduktiv werden, so müssen den Verbesserungen in der stationären Behandlung ebensolche im komplementären und ambulanten Bereich folgen. Andernfalls könnten eine zusätzliche Verlagerung ambulanter Behandlungskapazität in den stationären Bereich oder auch ein starkes Qualitätsgefälle zwischen Teilbereichen der psychiatrischen Versorgung unerwünschte Folgen sein.

Die AKTION wäre aber nicht die AKTION PSYCHISCH KANKE, wenn sie nicht die Zielsetzung verfolgen würde, auch die für den stationären Bereich begonnene Qualitätsdiskussion nutzbar zu machen für die Weiterentwicklung der

Psychiatriereform unter gemeindepsychiatrischen Prämissen, d.h. unter gleichrangiger Berücksichtigung des ambulanten und komplementären Bereiches. Schließlich wird in dem für den stationären Bereich geschriebenen Leitfaden an zahlreichen Stellen deutlich zum Ausdruck gebracht, daß seine Autorinnen und Autoren die Klinik *nicht* als Zentrum des psychiatrischen Versorgungssystems sehen, sondern als einen jeweils vorübergehend wichtigen Bestandteil hiervon. Qualitätsanforderungen wie „Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen“ oder „Förderung der sozialen Integration“ sowie die zahlreichen Verweise auf die Kooperation mit dem ambulanten und komplementären Bereich - diese Punkte mögen glaubwürdig belegen, daß die nicht-stationären Teile des psychiatrischen Versorgungssystems in der Logik des hier gewählten Qualitätsansatzes stets mitgedacht werden. Herr Auerbach hat diese Grundhaltung in seinem Vortrag sehr anschaulich erläutert.

Nach Vorstellung der AKTION PSYCHISCH KRANKE wird es nun perspektivisch darauf ankommen, die Ergebnisse und Empfehlungen der beiden von ihr wesentlich getragenen und durchgeführten Projekte „Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie“ und „Personalbemessung im komplementären Bereich“ auch für den nicht-stationären Bereich der psychiatrischen Versorgung nutzbringend zusammenzuführen.

An dieser Stelle nur kurz ein Schlenker zum Projekt „Personalbemessung“, welches ebenfalls in diesem Jahr abgeschlossen wird. Ausgangspunkt für die Arbeit dieser Kommission war die Problematik, daß die bisherigen komplementären Hilfen institutionszentriert und angebotsorientiert vorgehalten werden. Die zum eigenen Programm passenden hilfebedürftigen Personen werden ausgewählt und selektiert - nach Kostenträgerzuständigkeit, nach Indikations- und Ausschluß-kriterien usw. Aufgrund dieser Angebotsorientierung ist die Wahrscheinlichkeit für psychisch kranke Personen, die von ihnen benötigten Hilfen in ihrem eigenen Lebensumfeld zu erhalten, um so geringer, je aufwendiger und komplexer ihr Hilfebedarf ist. Wenn Hilfen im Komplementärbereich nach Kostenträgern und Paragraphen, nach Einrichtungsträgern sowie nach vorhandenen Angeboten strukturiert werden und nicht nach dem tatsächlich jeweils individuell vorliegenden Bedarf bei einer psychisch erkrankten Person, so bedeutet dies in der Konsequenz auch Mitte der 90er Jahre noch für zehntausende Personen in der Bundesrepublik, daß es für sie keine passenden Hilfen gibt, beispielsweise weil sie chronisch mehrfach geschädigt sind. Solange es hier keine Versorgungsverpflichtung auch für den komplementären Bereich gibt, laufen z.B. psychisch und zugleich suchtkranke Menschen Gefahr, keine für sie geeignete Hilfen zu finden, weil in Einrichtungen für psychisch Kranke ihre Suchtproblematik als zu störend empfunden wird und in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ihre psychische Erkrankung! Sie kennen dieses Problem alle aus Ihrer eigenen beruflichen Erfahrung.

Als Konsequenz aus diesem strukturellen Dilemma wurde der Arbeit des AKTION's-Projektes die Abkehr von der Angebotsorientierung und stattdessen die Orientierung am Bedarf der Personen einer überschaubaren Region als zen-

träfe Prämisse zugrundegelegt Demnach muß eine personenzentrierte Organisation psychiatrischer Hilfen von der Frage geleitet sein: Welche Hilfen benötigen diese Personen, damit sie im eigenen Lebensfeld menschenwürdig auf Dauer leben können? (vgl. hierzu: KUNZE 1994)

Kern der Empfehlungen des Projektes „Personalbemessung im komplementären Bereich“ ist der Übergang zu einer flexiblen, am Bedarf des einzelnen Klienten bzw. der Klientin orientierten Hilfeleistung, Statt institutionelle Standardangebote vorzuhalten soll eine lebensfeldbezogene, an den jeweils aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen ausgerichtete Zielplanung stehen. Als Hilfe bei der Planung mit der Klientin, der Kooperation der beteiligten Hilfspersonen und der Qualitätssicherung dient ein schriftliches Planungsinstrument, der „Integrierte Behandlungs-/Rehabilitationsplan für psychisch kranke Menschen“. Zugleich entstehen durch diesen Ansatz neue Aspekte in der Aufgabendefinition und Durchführung der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen nach dem BSHG, und im Hinblick auf die leistungsträgerübergreifende Koordination ergeben sich Steuerungsaufgaben der Kommunen. Denn gerade angesichts der knappen Mittel für gesundheits- und sozialpolitische Leistungen wird es um so wichtiger, daß diese verlässlich den wirklich Bedürftigen zugute kommen, daß Menschen nicht um so eher von Hilfen ausgeschlossen werden, je hilfebedürftiger sie sind.

Dieses Ziel soll mithilfe des Erhebungsinstrumentes verfolgt werden, und zugleich soll hierüber auch die Qualität der im komplementären Bereich geleisteten Arbeit transparent gemacht werden für die betroffenen Personen, die professionellen Helferinnen und Helfer und die Kostenträger. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Kommission werden in vergleichbarer Weise publiziert werden wie derzeit diejenigen des Projektes zur Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie, über einen Abschlußbericht und einen Kongreß im April 1997.

Ich hoffe, daß trotz der hier notwendigen Verkürzung erkennbar wird, daß auch die Arbeit der Kommission mit dem eher nüchtern klingenden Namen „Personalbemessung im komplementären Bereich“ seit Beginn ihrer Tätigkeit an von der Zielsetzung geleitet ist, die Qualität der psychiatrischen Versorgung zu verbessern, und zwar hier im nicht-stationären Bereich. Wichtigster methodischer Hebel hierzu ist der personenorientierte Ansatz, der dazu führen soll,

- daß psychisch kranke und behinderte Personen nicht von häufigen Beziehungsabbrüchen betroffen sind, weil sie mit ihren Problemen von Standard-Hilfepaket zu Standard-Hilfepaket wechseln müssen, oder daß sie
- gemessen an ihrem tatsächlichen individuellen Bedarf unversorgt bleiben, weil ihre Problematik nicht dem vorhandenen Angebot an homogenen Standard-Paketen entspricht.

#### **4. Regionales Qualitätsmanagement**

Wie läßt sich nun künftig mit den in diesen beiden Projekten entwickelten Ansät-

zen so arbeiten, daß sie sich sinnvoll ergänzen und daß insbesondere der ambulante und komplementäre Bereich von der für den stationären Bereich begonnenen Qualitätssicherungs-Diskussion profitieren könnte?

In etwa einem Jahr wird der „Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ seine erste praktische Erprobungsphase durchlaufen haben und damit hoffentlich, was seine grundsätzliche Bekanntheit und Akzeptanz betrifft, einen ähnlichen Punkt erreicht haben wie das Instrument zur „Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplanung“, das schon in einigen Regionen erprobt wurde.

Im Leitfaden wird die Anforderung an eine gemeindepsychiatrische Bedarfsorientierung folgendermaßen definiert: „Für die konkret vorhandenen psychisch oder suchtkranken Bürgerinnen und Bürger des Kreises oder Stadt geeignete, differenzierte Hilfen bedarfsgerecht so zu entwickeln, daß niemand, insbesondere nicht die am schwersten kranken und mehrfach geschädigten Personen, ohne Hilfeangebot bleiben oder nur wohnortferne Hilfen erhalten können...“ (S. 17)

Ich glaube, von der Befürwortung dieses Grundsatzes hin zu dem Versuch, perspektivisch zu einem *regionalen Qualitätsmanagement hinzukommen*, ist es logisch nur ein kleiner Schritt - für dessen Umsetzung in der Wirklichkeit mit ihrer Vielzahl von unterschiedlichen Leistungsanbietern und zuständigen Kostenträgern allerdings aller Erfahrung nach wohl ein langer Atem vonnöten sein wird.

So positiv die in den letzten Jahren begonnenen Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -Verbesserung in der Psychiatrie zu bewerten sind, so wichtig ist es, von vornherein im Auge zu behalten, daß es immer um die Qualität innerhalb einer psychosozialen *Versorgungsregion* gehen muß:

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie können und müssen sicherlich auch *institutionsimmanent* in Angriff genommen werden - sie dürfen sich aber nicht in institutionszentrierter Sichtweise darauf beschränken, die psychisch kranke Person innerhalb der Klinik, während ihres zeitlich begrenzten stationären Aufenthaltes zu sehen;
- Qualitätsbeurteilung und -Sicherung im ambulanten Bereich darf sich, wenn sie in den kommenden Jahren sinnvoll formuliert und eingeführt werden soll, ebenso wenig damit begnügen, die Arbeit der einzelnen Kontakt- und Beratungsstelle, des einzelnen Sozialpsychiatrischen Dienstes oder der Einrichtung für Betreutes Wohnen zu reflektieren und zu verbessern.

Vielmehr muß sich eine optimale Qualität psychiatrischer Versorgung in einem, wie dargestellt, personenorientierten Verständnis wesentlich daran messen lassen, ob die Hilfearten sich so ergänzen und koordiniert sind, ob die Übergänge zwischen den stationären, teilstationären, komplementären und ambulanten Teilbereichen des Hilfesystems so aufeinander abgestimmt sind, daß die Menschen, um die es geht, sie im besten Fall so wenig wie nötig spüren und zumindest nicht zwischen den Hilfeangeboten durchfallen oder sozial entwurzelt werden, weil sie nicht den entsprechenden Kostenträger oder nicht die „richtige Symptomatik(!)“ vorweisen können.

Unsere Vision eines auf das psychiatrische Versorgungsniveau einer ganzen Region bezogenen Qualitätsmanagements richtet sich an viele Adressatinnen und Adressaten:

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kliniken, ambulanten Diensten und komplementären Einrichtungen sind gefragt, miteinander zu kooperieren und dabei auch die Art der Kooperation selbst immer wieder auf den Prüfstand zu stellen;

fachpsychiatrisch spezialisierte Hilfen sollen die vorhandenen allgemeinen medizinischen und sozialen Dienste, also z.B. Hausärzte, Schuldner-Beratungsstellen usw., unterstützen und sie nicht ersetzen; Voraussetzung hierfür ist die Bereitschaft der psychiatrisch spezialisierten Profis und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von nicht-psychiatrischen Hilfen zur regelmäßigen Kooperation;

an die Leistungsträger stellt sich die Anforderung, die Gewährung bedarfsorientierter Hilfen dadurch zu unterstützen, daß sie leistungsrechtliche Regelungen in diesem Sinne positiv anwenden und sich nicht nach dem St.-Florians-Prinzip auf eine restriktive Auslegung zurückziehen;

in der Zuständigkeit der Kommunal- und Landespolitikerinnen und -politiker liegt es, dafür Sorge zu tragen, daß die Einrichtungs- und Kostenträger sowie die in der praktischen Versorgung Tätigen ihre Funktionen jeweils im beschriebenen gemeindepsychiatrischen Sinne ausfüllen.

Und schließlich richtet sich unser Appell auch an Sie, die Sie jetzt in Ihre Klinik oder in andere Arbeitszusammenhänge zurückkehren:

Tragen Sie mit dazu bei, daß das Streben nach Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Psychiatrie nicht dabei stehen bleibt, zum Hobby einiger besonders engagierter Klinikleitungen oder Qualitätsbeauftragter zu werden, oder daß es als lästige, dem Gesetzgeber geschuldete Pflicht empfunden wird. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE und die Mitglieder der Projektgruppe hegen die Hoffnung, daß die jetzt begonnene Diskussion über Qualität in Psychiatrischen Kliniken als Chance aufgegriffen wird,

- einerseits frischen Schwung in eingefahrene Arbeitsabläufe der stationären Arbeit zu bringen,
- andererseits aber auch über die Klinik hinauszuschauen und mit den ambulanten und komplementären Diensten und Einrichtungen Planungs- und Kooperationsformen zu entwickeln, die geeignet sind, die Qualität der regionalen Versorgung insgesamt zu verbessern.

## **Literatur**

KUNZE, Heinrich: Personenzentrierte Orientierung der Hilfen, in: KRUCKENBERG, Peter/JAGODA, Bernhard/AKTION PSYCHISCH KRANKE, Personalbemessung im komplementären Bereich - von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation, Bonn 1994

# Anhang

# Protokolle der Arbeitsgruppen zum Themenbereich I: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken

## Protokoll der Arbeitsgruppe 1

Qualitätssicherung in Psychiatrischen Kliniken: Rechtliche Verpflichtung, fachliche Tradition, internationaler Vergleich

*Joachim Jungmann*

Moderation: Heinrich Kunze, Joachim Jungmann

Die engagiert geführte Diskussion in der Arbeitsgruppe war durch unterschiedliche Interessenlagen am Thema der Qualitätssicherung bestimmt, Fragestellungen, die durch die Erwartung gekennzeichnet waren, Hilfestellungen zur Entwicklung eigener Qualitätssicherungsprogramme zu erhalten, waren von solchen zu unterscheiden, die durch bereits gemachte Erfahrungen im Umgang mit Qualitätssicherungsmaßnahmen gekennzeichnet waren.

Es wurde die Notwendigkeit einer hohen Verbindlichkeit bei der Einführung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen betont. Hierzu gehören insbesondere:

- Festlegung der personellen Verantwortlichkeiten
- Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als dauerhafte Aufgabe
- Beständige Teilhabe aller Betroffenen an Information und Dokumentation durch fortlaufende Berichtlegung
- Sicherstellung der notwendigen organisatorischen und materiellen Mittel
- Erarbeitung eindeutiger Arbeits- und Zuständigkeitsbereiche zur Umsetzung festgelegter Qualitätsmaßnahmen entlang einer Zeitschiene.

Motivation wird nur zu erreichen sein, wenn der Gewinn für alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erkennbar ist und zusätzliche Arbeitsbelastungen vermieden werden können. Es ist zu prüfen, inwieweit die notwendigen Diskussionsprozesse in die bereits vorhandenen Konzept- und Teambesprechungszeiten einer Klinik eingebunden werden können.

Bei allen Gesprächen im Rahmen von Qualitätsmanagement ist darauf Wert zu legen, daß unterschiedliche Gesichtspunkte zur Optimierung kreativer Lösungsprozesse zur Sprache gebracht werden. Hierzu ist der kollegiale Dialog unter Betonung der Achtung der jeweils anderen fachlichen Autorität erforderlich.

Vielfach wurde betont, daß Maßnahmen zur Qualitätssicherung den Charakter einer „Kampagne“ vermeiden müssen, daß sie bezogen auf die Alltagspraxis und lösungsorientiert erfolgen müssen. Die erforderliche Bereitschaft wird nur zu erreichen sein, wenn es gelingt, die angestrebten Veränderungsprozesse als Chance zur Optimierung der eigenen Arbeit und nicht als Kritik zu begreifen.

Wie im allgemeinen Diskussionsprozeß der Tagung wurde auch in der Arbeitsgruppe wiederholt die Frage nach Kriterien gestellt, die eine externe Beurteilung der in einer Klinik geleisteten Qualität möglich machen könnten. Es bestand Übereinstimmung zu den Überlegungen der Projektgruppe, daß dabei dem Thema der „manage-care“ besondere Beachtung zukommen muß. Der Orientierung des Erfolgskriteriums am Grad der erreichten sozialen Eingliederung psychisch kranker Menschen in ihr normales Lebensumfeld wurde Priorität zuerkannt. Die Qualität einer psychiatrischen Klinik wurde wesentlich im Zusammenhang mit ihrer Versorgungsleistung und der Fähigkeit gewertet, kooperativ mit anderen psychosozialen Leistungsträgern der Region zusammenarbeiten zu können.

Der Vorgehensweise der Projektgruppe zur Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, den klinischen Leistungsprozeß in seiner Komplexität unter Beachtung unterschiedlicher Zielbestimmungen zu beschreiben, wurde nahezu uneingeschränkt zugestimmt. Gleichzeitig wurde immer wieder das Thema notwendiger Hilfen und Instrumente artikuliert, um die dafür notwendigen innerklinischen Diskussionsprozesse in Gang zu setzen und dauerhaft zu erhalten. Unterstrichen wurde die besondere Bedeutung der Führung und Lenkungskultur der Klinik, die in erster Linie gemeinsam getragene und in ihrer Priorität festgelegte Ziele des Vorgehens festlegen muß.

## Protokoll der Arbeitsgruppe 2

Qualitätsanforderungen: Diskussion der von der Projektgruppe vorgeschlagenen Normorientierung von Qualitätssicherung

*Walter Kistner*

Moderation: Niels Pörksen, Walter Kistner

Die AG begann mit der Frage nach dem Verhältnis des Ansatzes der Projektgruppe zur DIN EN ISO 9000. Es wurde deutlich gemacht, daß eine Zertifizierung nach ISO 9000 nicht beabsichtigt ist, zumal der Leitfaden „Qualitätsbeurteilung“ auch nur den inhaltlichen Beurteilungsansatz enthält und keine Aussagen zur Struktur eines Qualitätsmanagementsystems macht.

Im weiteren Verlauf drehte sich die Diskussion in der AG vor allem um die Frage, welche Verbindlichkeit dem normativen Ansatz des Qualitätsmodells der Projektgruppe zukommen kann bzw. sollte. Hier wurde insbesondere seitens der Krankenkassen (MDK) die Auffassung vertreten, daß eine hohe Verbindlichkeit im Sinne einer Setzung von Standards angestrebt werden müsse, nicht zuletzt zu dem Zwecke, Kliniken besser miteinander vergleichen zu können und Auswüchse zu bekämpfen. Zum letzteren Punkt wurden diverse Praxisbeispiele angeführt. Dem wurde von Seiten der klinischen Praktiker entgegengehalten, daß eine zu strikte Normenbindung die Gefahr in sich birgt, daß damit die notwendige therapeutische Kreativität behindert wird, was insbesondere für die Patientinnen und Patienten gefährlich sein könne. Als Beispiel wurde genannt, daß eine einseitige Orientierung an der Qualitätsanforderung „Verminderung psycho-pathologischer Symptomatik“ dazu führen könne, daß Patientinnen oder Patienten darauf suizidal reagieren.

Es entwickelte sich dann ein Streitgespräch zwischen „Praktikern“ und Vertretern des MDK um die Notwendigkeit externer Kontrollen der Qualität. Dieses endete schließlich versöhnlich damit, daß die Vertreter des MDK deutlich machten, daß ihr Ansatz nicht der Kontrolle, sondern der Kooperation verpflichtet sein. Allerdings müßten die Kliniken dem auch ihrerseits entgegenkommen, was vielfach nicht der Fall sei. Man sei sich auch darüber im klaren, daß der Leitfaden in der vorliegenden Form für die interne Qualitätsverbesserung ein nützliches Instrument sein könne, allerdings bedürfe das interne Qualitätsmanagement auch der Anstöße von außen durch externe Prüfungen. Angeregt wurde in diesem Zusammenhang, den Leitfaden in Richtung auf Verdichtung und Standardbildung weiterzuentwickeln. Letzteres Ansinnen wurde von Herrn Kistner als so nicht möglich zurückgewiesen, da ein Ansatz für externe Qualitätsprüfungen im Unterschied zum Leitfaden nicht von Maximal- sondern lediglich von Minimalan-

forderungen ausgehen könne. Daher sei ein grundlegend anderer Ansatz erforderlich.

Allgemein war sich die Arbeitsgruppe einig, daß der Leitfaden ein nützliches Instrument für die Praxis sei, vor allem, weil er eine Fülle von Anregungen zum eigenen Weiterdenken biete. Diese Position wurde sowohl von Praktikerinnen und Praktikern der stationären Psychiatrie wie von solchen aus dem komplementären Umfeld geteilt.

Einigkeit bestand auch darüber, daß der Leitfaden erst der erste Schritt sein kann und daß er um einen systematischen strukturellen Ansatz für internes Qualitätsmanagement erweitert bzw. ergänzt werden sollte.

## Protokoll der Arbeitsgruppe 3:

Zur Relevanz von Handlungsbereichen und Prüfebene(n): Wer sichert Qualität in welchen Bereichen der Psychiatrie auf welchen Ebenen?

*Stefan Priebe*

Moderation: Julia Pohl, Stefan Priebe

Der Ansatz der Kontextmatrix fand in der Arbeitsgruppe allgemein ein positives Echo, und der Leitfaden wurde als brauchbar für unterschiedliche an der Krankenhausbehandlung beteiligte Personengruppen beurteilt. Es wurde darauf hingewiesen, daß zumindest folgende Gruppen an einer Krankenhausbehandlung direkt oder indirekt beteiligt und deshalb auch zur Qualitätssicherung aufgerufen sind: Patientinnen und Patienten (ggf. auch deren gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer), Angehörige, Krankenhausträger, Verwaltungen, professionelle Helferinnen und Helfer (u.a. Pflegekräfte, Ärztinnen, Psychologen, Sozialarbeiterinnen, Ergotherapeuten, Krankengymnastinnen), sonstiges Personal (u.a. Pförtner, Reinigungskräfte, Gärtner, Köche), Bürgerhelferinnen, Krankenkassen, Sozial-, Gesundheitsämter, gesundheits- und sozialpolitische Instanzen. Auch wenn in der Diskussion um Qualitätssicherung die professionellen Helferinnen und Helfer dominieren, sollten die anderen Gruppen nicht vernachlässigt werden, wobei zusätzlich noch eine Qualitätsbeurteilung durch externe Personen und/oder Institutionen denkbar ist.

Ausdrücklich wurde in der Arbeitsgruppe darauf hingewiesen, daß die in den Formulierungen und Fragen des Leitfadens implizit und explizit enthaltenen Werte vom jeweiligen Anwender nicht notgedrungen übernommen werden müssen. Wer z.B. die Verminderung der psychopathologischen Symptomatik nicht als Ziel einer bestimmten Behandlung sieht, kann den Leitfaden dennoch benutzen und kann die Fragen bezüglich der Verminderung der psychopathologischen Symptomatik entweder im gegebenen Fall als irrelevant betrachten oder entsprechend seiner eigenen Zielvorgaben beantworten. Deutlich wurde, daß im Leitfaden klinische Handlungsabläufe detaillierter dargestellt und analysiert werden als betriebliche Organisationsstrukturen. Dies mag u.a. an der beruflichen Identität und dem Erfahrungshintergrund der Projektgruppe liegen. Wiederholt wurde die Befürchtung geäußert, der Leitfaden könne zu einer unsachgemäßen Kontrolle von außen mißbraucht werden. Es gab aber auch die Hoffnung, daß der Leitfaden die Qualitätsdiskussion mit externen Stellen versachlichen und differenzieren könne.

Zum Schluß wurde die Diskussion von der Frage bestimmt, wie der Leitfaden in der Praxis umzusetzen sei und ob jeder für sich, einer für alle, oder einige für einige in der Klinik die Qualität beurteilen sollten. Ein Teilnehmer meinte, der

Leitfaden sei ein idealer Treibstoff; das Fahrgestell des Autos, das damit fahren solle, müsse nun aber noch zusammengebaut werden. Andere äußerten die Ansicht, daß vor allem eine aktive Beteiligung der Chefärzte erforderlich sei, um den Leitfaden in der Praxis anzuwenden.

# Protokolle der Arbeitsgruppen zum Themenbereich II; Qualitätsmanagement in der klinischen Praxis

## Protokoll der Arbeitsgruppe 1

Die ISO-Norm 9000 und die Qualität der Krankenhauspsychiatrie - welche handlungsanleitenden Impulse können von der ISO-Norm ausgehen?

*Ludwig Kaltenbach*

Moderation: Joachim Jungmann, Ludwig Kaltenbach

Nach einer Einführung in den Themenbereich wurde ein unterschiedlicher Kenntnisstand über die verschiedenen Qualitätskonzepte deutlich. Deshalb wurden die verschiedenen Konzepte (ISO 9000, TQM/UQM und statistische Verfahren) im Überblick miteinander verglichen und eine Verbindung zum Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken hergestellt. Danach wurden die einzelnen ISO-Normelemente erläutert und in den Krankenhausbereich übertragen.

„In der Station kommt es zu Terminausfällen, weil sich Termine überschneiden.“ Anhand dieses praktischen Falles wurde in der Arbeitsgruppe herausgearbeitet, welche praktischen Hilfen zur Problemlösung die ISO-Norm 9000 ff. bietet. Deutlich wurde dabei deren hohe Verbindlichkeit durch Funktionszuschreibung, Dokumentation in Handbüchern sowie wiederkehrende interne und externe Prüfungen. Sichtbar wurde auch, daß die ISO-Normen keine Inhalte liefern, sondern nur normale Handlungsrahmen liefern, um Unternehmensziele zu erreichen.

Vorgelegt wurden auch Form und Inhalt der zukünftigen Zertifikate A und B. Ein Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerte die Besorgnis, daß das Zertifikat A mit seiner verhältnismäßig niedrigen Zugangsschwelle zu einer unberechtigten Qualitätsvermutung führen können. In der weiteren Diskussion wünschte ein Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, daß wenigstens die meßbaren Kriterien der psychiatrischen Behandlung als Qualitätsstandard definiert würden, z.B. die Zeitdauer bis zum Versand eines Arztbriefs. Man wünsche sich eine stärkere Verbindlichkeit im Interesse der Patientinnen und Patienten, deren Angehöriger und der Kostenträger in Form eines „echten“ Zertifikats, auch deshalb, um sich gegenüber konkurrierenden Einrichtungen durch nachgewiesene Qualität zu wappnen.

## Protokoll der Arbeitsgruppe 2

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile:

Wie kann das multiprofessionelle Team in seiner Behandlungseinheit wirksam und nachvollziehbar Qualitätsmanagement betreiben?

*Angelika Dietz*

Moderation: Hendrik Graf, Angelika Dietz, Heinrich Kunze

Einleitend faßte Herr Graf die Ausführungen seines Vertrages vom Vormittag zusammen und berichtete über die engagierte Mitarbeit einiger multiprofessioneller Teams seiner Klinik bei der Ideen- und Themensammlung zum jetzt vorliegenden Leitfaden Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken.

Von Frau Dietz wurden die bisher auf der Tagung in Vorträgen und in Diskussionsbeiträgen geäußerten Vorschläge zur praktischen Anwendung des Leitfadens im multiprofessionellen Team aufgeführt:

- Analyse der bisher geleisteten Arbeit im multiprofessionellen Team anhand eines Rating-Verfahrens
- Nutzung der bestehenden Teamstrukturen und -Arbeitsweisen, um mit Hilfe ' des Leitfadens den kollegialen Dialog über die Verbesserung der Arbeit in Gang zu bringen
- Schulung und Fortbildung derjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ; ihren jeweiligen multiprofessionellen Teams mit dem Leitfaden arbeiten sollen

In vielen Diskussionsbeiträgen wurde dem Qualitätsmanagement auf der Ebene der Behandlungseinheit eine besondere Bedeutung beigemessen, da auf dieser Ebene der einzelne Patient bzw. die einzelne Patientin am direktesten vom Qualitätsmanagement profitieren kann. Im multiprofessionellen Team der Behandlungseinheit werden alle für die Behandlung des einzelnen Patienten bzw. der Patientin wichtigen Schritte geplant und fortgeschrieben.

In der Diskussion wurde betont, daß es in vielen Kliniken bereits eine Reihe von multiprofessionell erarbeiteten Standards gibt, die mit Hilfe des Leitfadens reflektiert und verbessert werden könnten. Als eine wichtige Voraussetzung, mit dem Leitfaden in der Behandlungseinheit wirksam zu arbeiten, wurde die gezielte Information und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genannt.

Immer wieder wurde in der Diskussion betont, daß die Einführung des Leitfadens in einem Krankenhaus durch die Geschäftsführung erfolgen müsse. Die Verantwortung dafür, daß Qualitätsmanagement auf der Ebene der Behandlungseinheit in Gang kommt, liegt bei den übergeordneten Leitungen, die die Instru-

mente bereitstellen müssen (z.B. Finanzierung von Schulungen, Bereitstellung von Arbeitszeit, etc.). Einerseits müssen also verbindliche Strukturen für Qualitätsmanagement vorhanden sein bzw. geschaffen werden, andererseits kann Qualitätsmanagement im multiprofessionellen Team nur dann wirksam betrieben werden, wenn die Freiwilligkeit der Mitarbeit daran gegeben ist. Vorgeschlagen wurde, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines multiprofessionellen Teams sich selbst Themen suchen, mit denen sie sich mit Hilfe des Leitfadens auseinandersetzen wollen. Es wurde vorgeschlagen, mit kleinen Dingen anzufangen, z.B. die vorhandenen Behandlungsabläufe in multiprofessionellen Teams mit Hilfe des Leitfadens zu reflektieren und damit zu verbessern.

Von Herrn Kunze wurde angeregt, sich am Beispiel des Patientendokumentationssystems mit der multiprofessionellen Zusammenarbeit zu beschäftigen. Aus verschiedenen Kliniken wurden praktische Erfahrungen mit der Einführung einer multiprofessionell geführten Dokumentation berichtet. In der Diskussion wurde deutlich, daß beim Qualitätsmanagement im multiprofessionellen Team sich immer wieder ähnliche Fragen stellen:

- Wer ist für welche Aufgabe verantwortlich?
- Wer gehört dazu?
- Wer steuert das multiprofessionelle Team?
- Wie werden Veränderungen eingeführt - durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Arbeit tun, oder durch die übergeordneten Leitungen?

Im Verlauf der Diskussion kam auch die Arbeit von Qualitätszirkeln zur Sprache. Sie wurde von den Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern unterschiedlich bewertet. Festzuhalten bleiben noch die Idee, Schulungen im Umgang mit dem Leitfaden im regionalen Verbund durchzuführen, und der Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach einer systematischen Evaluation der Arbeit mit dem Leitfaden in absehbarer Zeit.

# Protokoll der Arbeitsgruppe 4

Die praktische Anwendbarkeit der Empfehlungen und Möglichkeiten ihrer Evaluation

*Elke Heinemann*

Moderation: Elke Heinemann, Niels Pörksen, Stefan Priebe

Hr. Priebe stellte Folien vor zum Thema:

Wer sichert Qualität?

Hier aus der Sicht von professionellen Helferinnen und Helfern!

Was wird evaluiert?

- Verständlichkeit des Leitfadens
- Akzeptanz und Bereitschaft zur Anwendung
- Intensität und Häufigkeit der Benutzung unter verschiedenen Bedingungen
- Art der Anwendung und der entsprechenden Qualitätsmanagementprozesse
- Bedeutung der einzelnen Elemente für die Praxis (Reduktion der „Schlüsselinformation“)
- Allgemeine Effekte der Anwendung (Verbesserung der Qualität)

Ansätze zur Evaluation:

- Interne Beobachtung und Beschreibung
- Fortlaufende Dokumentation
- Externe Beobachtung und Beschreibung
- Gezielte Befragung und Untersuchung
- Naturalistische Variation der Rahmenbedingungen
- Experimentelle Variation der Anwendungen

Diskussion in der Arbeitsgruppe zur Evaluation. Einige Kliniken würden sich einer Evaluation „Qualitätssicherung anhand des Leitfadens“ zur Verfügung stellen.

Den Schwerpunkt der Diskussion bildete das Thema praktische Anwendung und Umsetzung des Leitfadens.

Es wurden von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Arbeitsgruppe einige Beispiele vorgestellt, wie in Kliniken Qualitätssicherung praktiziert wird.

Fazit aus den Beispielen, welche Vorgehensweisen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als praktikabel angesehen wurden:

- Beginnen sollten die Kliniken mit vertrauensbildenden Maßnahmen; in Frage kommen Fortbildungen, externe Beratungen, externe fachliche Betreuung, Qualitätszirkel u.a.

- Gemeinsamer Beschluß der Klinikleitung, Qualitätssicherung durchführen zu wollen, aktive Begleitung des Prozesses.
- Erster Schritt der praktischen Anwendung sollte die Festlegung einer Zielformulierung sein.
- Bereiche, die bearbeitet werden sollen, sollten festgelegt werden (Qualitätssicherungsbereiche). Hier hat sich bewährt, mit Bereichen zu beginnen, die mit Nutzerzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit umschrieben werden können. Dies erhöht deutlich die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, innerhalb der Klinik etwas zu verbessern, und die bestehenden Schnittstellen beider Bereiche werden deutlicher.
- Mitarbeitervertretungen sollten aktiv einbezogen werden, da sonst leicht Angst vor Kontrolle entstehen kann.

Der Leitfaden wurde allgemein als gut und auch als praktikabel angesehen. Um effektiv damit umgehen zu können, muß eine Hilfe von Seiten der Klinikleitungen angeboten werden. Die Bereitschaft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war sehr groß, mit ersten Maßnahmen schon bald zu beginnen. Problematisiert wurde das Thema der einzelnen Berufsgruppen; es können sicher einzelne Punkte von Berufsgruppen spezifisch betrachtet werden, jedoch sollte nicht vergessen werden, Schnittstellen zu allen an der Behandlung beteiligten Bereichen zu installieren, da sonst eine Verbesserung der Qualität nur sehr schwer möglich ist. Der multiprofessionelle Ansatz dieses Leitfadens muß sich auch in der praktischen Bearbeitung des Leitfadens niederschlagen. Es ist nicht zu empfehlen, die Handlungsbereiche des Leitfadens aus Sicht der einzelnen Berufsgruppen zu betrachten, das multiprofessionelle Team sollte der reflektierende Personenkreis der Behandlungseinheit sein.

## Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Peter AUERBACH, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Martin-Luther-Krankenhaus, Bochum

Angelika DIETZ, Dipl.-Psychologin, Leiterin der psychosozialen und Therapeutischen Dienste in der Psychiatrischen Klinik der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Bielefeld

Hendrik GRAF, Leiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, Rheinische Kliniken Düren

Elke HEINEMANN, Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen, Bad Emstal/Kassel

Jürgen JACKEL, Psychiatrieerfahrener, Vorstandsmitglied eines gemeindepsychiatrischen Trägervereins, Bochum

Dr. Joachim JUNGSMANN, Leitender Arzt, Dipl.-Psych., der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Psychiatrie Weinsberg

Ludwig KALTENBACH, Betriebsdirektor des Krankenhauses für Psychiatrie und Neurologie, Winnenden

Volker KAUDER, MdB, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Walter KISTNER, Dipl.-Psychologe, Stellv. Funktionsbereichsleiter, Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen, Bad Emstal/Kassel

Prof. Dr. Heinrich KUNZE, Ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses Merxhausen, Bad Emstal/Kassel, Stellvertr. Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE

Eberhard LUITHLEN; Ministerialrat, Leiter des Referats „Allgemeine Fragen der Pflegeberufe, Krankenhauspersonal, Qualitätssicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Ernst MAß, Vorsitzender des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Bonn

Birgit MEINERS, Dipl.-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn

Jörg MÜNSTERMANN, VdAK, Abteilung stationäre Einrichtungen, Siegburg

Dr. Niels PÖRKSEN, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Bielefeld

Julia POHL, Dipl.-Psychologin, Leiterin der Abteilung Ergotherapie am Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen, Bad Emstal/Kassel

PD Dr. Stefan PRIEBE, Kommissarischer Leiter der Abteilung für Sozialpsychiatrie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FU Berlin

Georg SCHULTE-KEMNA, Diplom-Sozialwissenschaftler, Psychiatriekoordinator im Gesundheitsamt der Stadt Dortmund

Mit Ausnahme von Herrn Kauder, Herrn Luithlen, Herrn Münstemann und Herrn Schulte-Kemna waren alle übrigen Autorinnen und Autoren Mitglieder der Projektgruppe.