

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Tagungsmaterialien

**Tagung der
AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.
vom 8. - 10. Mai 1996
in Bonn**

Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken

Projekt 1994 – 1996

im Auftrag des

Bundesministeriums für Gesundheit

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

**Leitfaden
zur Qualitätsbeurteilung
in Psychiatrischen Kliniken**

Projekt 1994 – 1996

im Auftrag des

Bundesministeriums für Gesundheit

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Leitfaden

zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken

Projekt 1994 – 1996

im Auftrag des

Bundesministeriums für Gesundheit

Vorwort

Die quantitative Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) war mit Ende des Jahres 1995 abgeschlossen. Der Prozeß der dadurch möglichen Qualitätsverbesserung der Behandlung ist jedoch noch längst nicht am Ziel einer Qualität, die dann nur noch zu sichern wäre (Qualitätsmanagement).

Der Gesetzgeber verpflichtet in § 137 SGB V die Krankenhäuser, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Für die Krankenhauspsychiatrie enthält ergänzend § 4 Abs. 4 der Psych-PV einen Prüfungsauftrag über die Umsetzung der Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot.

Die beste Gewähr für eine langfristige Sicherung der Psych-PV angesichts knapper Finanzen ist die – durch die verbesserte Personalausstattung ermöglichte – hohe Qualität der Behandlung, und zwar aus Sicht der Patientinnen und Patienten einschließlich ihrer Angehörigen, der regionalen medizinischen und sozialen Kooperationspartner der Krankenhauspsychiatrie und insbesondere der Kostenträger.

Die Qualitätssicherung ist in der Krankenhauspsychiatrie bisher trotz vieler einzelner Aktivitäten wenig entwickelt und kam wie in anderen Bereichen der Medizin über einzelne Ansätze nicht hinaus. Dies überrascht nicht angesichts der Schwierigkeiten, die auf dem Weg zu einem umfassenden Qualitätsmanagement gerade in der Krankenhauspsychiatrie bestehen. Ein erster entschlossener Schritt ist der hier vorgelegte Leitfaden zur internen Qualitätsbeurteilung in der Krankenhauspsychiatrie. Wir hoffen, daß dieser Leitfaden möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den verschiedenen Ebenen in den Kliniken und auch die Krankenhausträger anregt, gezielt und kontinuierlich ihre eigene Arbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der Interessen anderer Nutzer des Krankenhauses zu optimieren.

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
- geplante Verbesserungen allseits mitgetragen und 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.

Dieser Leitfaden ersetzt nicht – sondern setzt vielmehr voraus – die Orientierung am Stand des Lehrbuchwissens. Insbesondere ersetzt dieser Leitfaden nicht (überwiegend noch zu erarbeitende)

- Leitlinien, die den gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft und therapeutischen Erfahrung in Bezug auf die Diagnostik und Therapie spezifischer Krankheiten wiedergeben oder gute Praxis in wichtigen Standardsituationen beschreiben, z.B. Aufnahme, Prüfung von Suizidalität, Umgang mit aggressivem Verhalten (Leitlinien geben Orientierung, erlauben aber begründete Abweichung)
- Richtlinien bzw. Standards, die therapeutisches Handeln in besonders kritischen Situationen verbindlich festlegen (z.B. Blutbildkontrollen bei Clozapin, NUB-Richtlinien, z.B. Methadon-Substitution, Fixierungsrichtlinien)

- externe, vergleichende Qualitätssicherungsprogramme, z.B. unter Verwendung von Tracer--Diagnosen
- Richtlinien für die Weiterbildung der therapeutischen Berufsgruppen in der klinischen Psychiatrie.

Es liegt im Interesse der Krankenhauspsychiatrie, daß über diesen Leitfaden im besonderen und Qualitätssicherung im allgemeinen eine breite Diskussion in Praxis, Wissenschaft und Lehre einsetzt und zu einer Weiterentwicklung führt. Darauf aufbauend können nächste Schritte auf dem Weg zu einem umfassenden, dem Gesetzauftrag entsprechenden Qualitätsmanagement, folgen.

Diese lohnenden Ziele liegen zwar noch fern, sind aber Schritt für Schritt erreichbar und dienen den Menschen, denen unsere Arbeit gilt.

Danksagung

Vielfältigen Dank schulden wir allen, die dieses Projekt ermöglicht und unterstützt haben:

An erster Stelle sei Herrn Ministerialrat Eberhard Luithlen vom Bundesministerium für Gesundheit gedankt. Er gab uns den Impuls, den Mut und die notwendige Unterstützung bei der Finanzierung dieses Projektes.

Dankbar sind wir auch für die professionelle moderierende Begleitung in der ersten Projektphase durch die Herren Prof. Dr. Dr. Kurt Nagel und Hans-Jürgen Stritter.

Besonderer Dank gebührt allen Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle der AKTION PSYCHISCH KRANKE, die sowohl für den reibungslosen Ablauf des Projektes sorgten als auch im wesentlichen die Herstellung des Zwischenberichtes (1994) leisteten.

Frau Christa Krause, Finanzsachbearbeiterin der AKTION, bearbeitete unermüdlich nicht selten in Überstunden Berge von Belegen, die sich aufgrund von vielen, teilweise innerhalb eines kurzen Zeitraumes stattgefundenen Sitzungen auf ihrem Schreibtisch auftürmten. Frau Gudrun Schmitz, studentische Aushilfe, erfaßte wesentliche Teile des Textes und der Tabellen. Frau Christine Przytulla, Geschäftsführerin der AKTION, oblag die Durchführung und Koordination des gesamten Projektes. Frau Birgit Meiners, wissenschaftliche Mitarbeiterin, leistete die inhaltliche Koordination der Arbeitsgruppe.

Frau Julia Pohl, Herr Walter Kistner und Frau Birgit Meiners redigierten den Abschlußbericht.

Der vorliegende Leitfaden steht insgesamt für fruchtbares, sachkundiges Engagement der Mitglieder der Projektgruppe.

Bonn, März 1996

Für die Mitglieder der Projektgruppe

Heinrich Kunze, Ludwig Kaltenbach

Redaktionelle Vorbemerkungen

Zur verwendeten Begrifflichkeit

Der Begriff „Therapie“ wird hier durchgängig im Sinne von „Behandlung und Pflege“ benutzt. Gleiches gilt für daraus abgeleitete Begriffe wie z.B. „Therapieplanung“ u.ä. Dies geschieht zum einen aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung, zum anderen um deutlich zu machen, daß in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten auch die Pflege einen Teil der Gesamtbehandlung darstellt, der Pflegedienst also zu den „therapeutischen Berufsgruppen“ gehört.

Der Begriff „Behandlungseinheit“ umfaßt jede institutionelle Form, in der eine Patientin bzw. ein Patient alle zu ihrer bzw. seiner Behandlung erforderlichen Therapiemaßnahmen erhalten kann, in dem Sinne, daß hier ihre bzw. seine Behandlung geplant und im wesentlichen durchgeführt wird. Behandlungseinheit meint also sowohl Krankenhausstationen als auch z.B. Tageskliniken, Ambulanzen u.ä.

Der Begriff „Psychiatrische Klinik“ umfaßt sowohl psychiatrische Krankenhäuser als auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Der Bericht geht an zahlreichen Stellen (in der Beschreibung der Bereiche und in den Fragen) auf spezielle Qualitätsanforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein. Diese Stellen sind jeweils besonders (z.B. als „Zusatz KJP“) ausgewiesen.

Zu den verwendeten Sprachformen

Es wurde der Versuch unternommen, durchgängig zweigeschlechtliche Formulierungen zu verwenden. Nur in Sätzen, deren Lesbarkeit aufgrund von unterschiedlichen Pronomina, Adjektiven usw. sehr erschwert worden wäre (z.B. Wie oft sieht die Patientin/der Patient ihre(n)/seine(n) Bezugstherapeutin/-therapeuten?), wurde dieses durchgängige Prinzip durchbrochen zugunsten alternierend männlicher und weiblicher Formen (z.B. Wie oft sieht der Patient seine Bezugstherapeutin?).

Bei den Fragen, die den 28 Bereichen zugeordnet sind, wurde der Einfachheit halber pro Bereich alternierend vorgegangen: Alle ungeraden Bereiche (1,3, usw.) wurden durchgängig in männlicher, alle geraden (2,4, usw.) in weiblicher Form formuliert.

Zur Handhabung der Teile I. und II. dieses Leitfadens

Die beiden Bestandteile dieses Buches „I. Allgemeiner Teil“ und „II. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“ sind in sich so aufgebaut, daß sie unabhängig voneinander lesbar und verständlich sind. Die eilige Leserin, der unmittelbar an der Anwendung Interessierte kann daher zunächst Teil I. überspringen und auch sinnvoll mit dem II. Teil beginnen.

Um allerdings einen Überblick darüber zu gewinnen, welche Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung es in der Vergangenheit bereits gab und heute gibt und welchen begrenzten Gegenstand das hier vorgestellte Projekt innerhalb dieses komplexen Kontextes bearbeitet hat, empfiehlt sich die Lektüre der einführenden Texte im Allgemeinen Teil.

Verzeichnis der Abkürzungen

BADO	Psychiatrische Basisdokumentation
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NUB	Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PSRO	Professional Standard Review Organisations
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeiner Teil	9
Qualitätssicherung im Krankenhaus – Rechtliche Verpflichtung und fachliche Traditionen.....	11
Das Projekt im Kontext von Qualitätssicherung.....	16
Zur Qualitätsdefinition in Psychiatrischen Kliniken.....	22
Auftrag und Ergebnisse des Projekts.....	32
Literaturverzeichnis.....	35
II. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken	39
Anleitung zur Arbeit mit dem Leitfaden	41
Qualitätsanforderungen	51
Verminderung psychopathologischer Symptomatik.....	53
Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance.....	53
Förderung der sozialen Integration.....	54
Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten.....	55
Nutzerzufriedenheit.....	56
Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz.....	56
Rechtssicherheit.....	57
Positive Wirkung nach außen	58
Orientierung der Behandlung am Individuum.....	59
Beziehungsorientierte Behandlung.....	60
Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung.....	60
Mehrdimensionales Krankheitskonzept.....	61
Methodisch-wissenschaftliche Orientierung.....	61
Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multiprofessionelle Behandlung.....	61
Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen.....	62
Nachrangigkeit stationärer Hilfen.....	63
Angemessene Dokumentation	63
Reflexion	64
Wirtschaftlichkeit	64
Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen.....	65
Aufgabengerechter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.....	65
Regelung der fachlichen Zuständigkeit.....	66
Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln.....	66
Bereiche.....	69
Aufnahmeverfahren	71
Diagnostik	82
Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren.....	92
Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche.....	104
Ergotherapie, Bewegungstherapie usw.	118
Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung.....	132
Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule.....	141
Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit.....	156
Umgang mit den Angehörigen.....	166
Materielle Grundversorgung.....	175
Entlassungsvorbereitung und Entlassung.....	184
Handhabung von Zwangsmaßnahmen	197
Allgemeinmedizinische und konsiliarärztliche Versorgung.....	207
Beziehungsgestaltung, Bezugspersonensysteme.....	216

Behandlungs- und Pflegeplanung.....	228
Zeitmanagement.....	245
Milieugestaltung.....	255
Stationskonzepte.....	265
Behandlungsteam.....	274
Informations- und Kommunikationssystem.....	286
Dokumentationssystem.....	295
Stationsorganisation und -verwaltung.....	305
Personalmanagement (Motivation, Förderung, Arbeitsklima, Kooperation).....	314
Krankenhausgliederung und Leitung.....	325
Kooperation zwischen Krankenhausverwaltung und Behandlungsbereich.....	338
Öffentlichkeitsarbeit.....	346
Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten.....	356
Erreichbarkeit.....	364
Anhang	373
Mitglieder der Projektgruppe „Qualitätssicherung“ (1994 bis 1996)	375

I. Allgemeiner Teil

Qualitätssicherung im Krankenhaus – Rechtliche Verpflichtung und fachliche Traditionen

Das Projekt hatte anfangs den umfassenden Titel: „Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie – Standards zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität“. Damit konnte der Anschein erweckt werden: mit diesem einen Projekt seien alle Probleme der Qualitätssicherung abschließend zu klären.

Aber: Qualität verbessernde und sichernde Aktivitäten in der Medizin und in der Psychiatrie sind älter als der Begriff Qualitätssicherung. Und das Feld ist viel zu komplex für eine einmalige und umfassende Aufarbeitung.

Ein zentraler Arbeitsstrang im Projekt war deshalb eine schrittweise Fokussierung, deren Ergebnis im jetzigen Titel des Berichtes zum Ausdruck kommt. Dieser Fokussierungsprozeß war nicht geradlinig, logisch, zielorientiert, wie dies vielleicht erscheinen mag, wenn man sich das Ergebnis ansieht. Um deutlich zu machen, was für qualitätsverbessernde und -sichernde Aktivitäten es gab und gibt, in welchem weitem und komplexem Umfeld dieses Projekt ein begrenztes Feld beackert hat, soll hier eine Übersicht (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) gegeben werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Im SGB V wurde 1989 mit dem § 137 die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für Krankenhäuser erstmals explizit kodifiziert¹ (vgl. auch die §§ 135f für den ambulanten Sektor). Seitdem ist in der Medizin – wenn auch erheblich verspätet im Vergleich z.B. zur Industrie – eine Flut von wissenschaftlichen Aktivitäten, Symposien, Kongressen, Publikationen, Zirkeln, Arbeitsgruppen usw. entstanden.

Der § 137 ist im Zusammenhang mit den Vorgaben der §§ 1 und 2 des SGB V zu sehen:

- Aufgabe der Krankenversicherung ist, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten,

wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (aus § 1).

- Die Maßstäbe für Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben gemäß § 2 den „allgemeinen Standard der medizinischen Erkenntnisse ... und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“.
- Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 70).

Damit gibt das Gesetz einem dynamischen und nicht einem statischen Qualitätsbegriff Raum.

Auf Länderebene wird z.B. im Landeskrankenhausgesetz von Nordrhein-Westfalen die Verpflichtung zur Qualitätssicherung im § 7 bestärkt.

Die Partner der Selbstverwaltung, der Krankenhaus- und der Kassenseite, richten ihre Aufmerksamkeit bisher auf vergleichende Prüfungen (der Fokus des § 137 ist allerdings weiter: „Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken.“). Für vergleichende Prüfungen wurden Verträge gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 auf Landesebene abgeschlossen (vgl. Rahmenempfehlung der GKV-Spitzenverbände und der DKG, 1992 sowie z.B.: Vertrag ... zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen 1995. Gemäß der Änderung des § 137 im Jahre 1993 sind bei den 2-seitigen Verträgen zwischen Landeskrankenhausgesellschaft und Landeskrankenhausverbänden auch die Ärztekammer und ggf. die Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe zu beteiligen.)

Die Verträge definieren die Grundlage für:

- standardisierte fachgebietsspezifische Dokumentation;
- zentrale Auswertung (Servicestelle);
- Gewährleistung von Fachlichkeit, Vertrauensschutz, zur Aufarbeitung von Auffälligkeiten und Besonderheiten.

Nach § 7 und § 11 der Bundespflegesatzverordnung 1994 sind die Kosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen pflegesatzfähig.

Nach der Berufsordnung für die deutschen Ärzte, deren Inhalte für die Ärztinnen und Ärzte rechtsverbindlich wurde durch Übernahme in die Berufsordnungen der Landesärztekammern, z.B. Landesärztekammer Hessen:

¹ Auf ähnliche gesetzliche Bestimmungen zur Qualitätssicherung im Pflegeversicherungsgesetz (§§ 75 und 80, SGB XI) und im Bundessozialhilfegesetz (§ 93 BSHG) sei verwiesen

Berufsordnung ... §§ 10 und 11, ist jeder Arzt, „der seinen Beruf ausübt, ... verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten.“ Die Berufsordnung enthält auch die Pflicht, „von der Ärztekammer eingeführte Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen.“

Praktische Ansätze zur Qualitätssicherung

Erprobte Maßnahmen zur vergleichenden Prüfung stehen zum Routineeinsatz erst für 4 Bereiche in der gesamten Krankenhausmedizin zur Verfügung, angesichts der großen Zahl der Fachgebiete ist das sehr wenig. Zu nennen sind: Perinatal-Erhebung, Neonatal-Erhebung, Qualitätssicherung Chirurgie und Qualitätssicherung Herzchirurgie (PRÖSSDORF). Eine Bestandsaufnahme von Qualitätssicherungsaktivitäten insgesamt hat SELBMANN im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.) erarbeitet.

Im Dezember 1993 wurde die Arbeitsgemeinschaft „Qualitätssicherung in der Medizin“ (Mitglieder: Deutschen Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) gegründet.

Eine erhebliche Ausweitung von Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung wird jetzt im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte erfolgen, um die Gefahren der Qualitätsminderung aus finanziellen Interessen der Leistungserbringer zu neutralisieren. Die Prüfungen richten sich vorrangig auf folgende Aspekte:

- Indikationsstellung
- Angemessenheit der Leistung
- Ergebnisqualität
- Erfüllung der personellen und sachlichen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen.

Zwar werden längst nicht alle Leistungen nach dem Katalog der Fallpauschalen und Sonderentgelte der Bundespflegesatzverordnung '95 erfaßt, aber immerhin werden 63 „Tracer“-Leistungen, denen besonderer Stellenwert zukommt, einbezogen (FACK-ASMUTH).

Im Bereich der Krankenhauspsychiatrie beginnen zwei Pilotprojekte. Das eine, initiiert

von Prof. BERGER, Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg, in Zusammenarbeit mit psychiatrischen Abteilungen im südwestdeutschen Raum, geht von der Diagnose „Depression“ aus (WOLFERSDORF). Das andere Pilotprojekt wird von Prof. GAEBEL, Rheinische Landesklinik Düsseldorf, in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Kliniken in Nordrhein-Westfalen vorbereitet. Die von der DGPPN vorgeschlagene Basisdokumentation (BADO) bietet eine wichtige Grundlage für das Qualitätsmonitoring (CORDING u.a.).

Psychiatrie-Personalverordnung

Eine spezifische Grundlage für Qualitätssicherung in der Krankenhauspsychiatrie ist die Psych-PV. Der Verordnungsgeber hat die Krankenkassen (die damit den MDK beauftragen) ermächtigt zu prüfen, „ob die Personalausstattung nach dieser Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde“ (§ 4 Abs. 4 Nr. 2).

Die Psych-PV liefert einen guten Ansatz für Qualitätssicherung, weil der Personalbemessung zielgerichtete Leistungen für Patientinnen und Patienten auf der Basis eines therapeutischen Konzeptes zugrunde liegen, das bestimmte strukturelle und organisatorische Voraussetzungen hat (KUNZE 1995). Verschiedene in diesem Zusammenhang entwickelte Ansätze sind im Anhang des Buches KUNZE / KALTENBACH (3. Auflage 1996) abgedruckt.

Zertifizierungen

1995 haben die DKG und die GKV-Spitzenverbände Schritte zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Krankenhaus in einer gemeinsamen Presseerklärung angekündigt: Sie werden in Kürze eine gemeinsame Bundesempfehlung (nach § 112 Abs. 5 SGB V) verabschieden, nach der alle Krankenhäuser auf freiwilliger Basis jährlich Qualitätssicherungsberichte erstellen können, die veröffentlicht werden, und damit jedermann – Patienten, niedergelassenen Ärzte, etc. – zur Orientierung zugänglich gemacht werden sollen. Der jährliche Qualitätssicherungsbericht soll sich an einem Themenkatalog orientieren, dessen Inhalt die Spitzenverbände der Krankenkassen und die DKG vereinbaren und regelmäßig fortzuschreiben wollen. Über die vorgeschlagenen

Themen gemäß dem Katalog hinaus sollen die Krankenhäuser auch die Freiheit zur ergänzen und breiteren Darstellung weiterer qualitätssichernder Aktivitäten erhalten.

Krankenhäuser, die an den nach § 112 SGB V für sie verbindlichen externen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität teilnehmen und die den genannten Qualitätssicherungsbericht nach dem vorgesehenen Themenkatalog vorlegen, sollen ein „Zertifikat A“ erhalten, das auf der Landesebene gemeinsam von der Landeskrankenhausesgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt wird.

In einem späteren Schritt soll dann ein Verfahren für ein Zertifikat B entwickelt werden, das sich u.a. auch auf eine qualifizierte externe Begutachtung des Krankenhauses stützt.

Seit Jahrzehnten gibt es nationale und internationale Aktivitäten, Qualität, Qualitätsprüfung und Qualität verbessernde Aktivitäten zu normieren. Diese Bestrebungen gingen primär von der Industrie aus, erreichten dann auch Dienstleistungsunternehmen. Ihre Anwendung auf Krankenhäuser ist aber bisher wenig entwickelt. Die Begriffe und Texte beschreiben einerseits die Aktivitäten zur Qualitätsherstellung, Optimierung und Sicherung (umfassendes Qualitätsmanagement). Sie normieren zum anderen die Schritte zur Prüfung und Darlegung der Fähigkeit einer Institution zur Qualität für Kunden, Nutzer, Patientinnen und Patienten usw. (GEYGER; PFITZINGER; PINTER).

Zertifizierungen sind nur sinnvoll, wenn sie nicht dazu verleiten, sich beruhigt auszuruhen; dies würde dem Konzept der kontinuierlichen Optimierung der Qualität, z.B. unter Verwendung dieses Leitfadens, widersprechen.

Andere qualitätsorientierte Aktivitäten

Lange bevor der Begriff Qualitätssicherung breite Anwendung fand, gab es unterschiedliche Aktivitäten, die der Verbesserung und Sicherung der Qualität klinisch-stationärer Behandlung in der Psychiatrie wie in der übrigen Medizin dienten.

Die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer stationärer Behandlung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dient zwar primär der Kostenbegrenzung, hat aber zugleich auch die Funktion externer Qualitätsprüfung.

Im folgenden soll etwas näher eingegangen werden auf die staatliche Aufsicht über die Krankenhäuser einerseits und selbstorganisierte Begehungskommissionen für Psychiatrische Krankenhäuser bzw. Psychiatrische Abteilungen andererseits.

Krankenhausaufsicht

Die staatliche Aufsicht von Krankenhäusern, somatischen wie psychiatrischen, hat eine lange Geschichte. Allerdings kann der öffentliche Gesundheitsdienst nicht die Qualität der Krankenhäuser umfassend beurteilen. Einerseits ergeben sich aus den rechtlichen Rahmenbedingungen nur bestimmte Zuständigkeiten (z.B. Hygiene, Krankenhausbauverordnung, usw.). Zum anderen wäre das Fachpersonal im öffentlichen Gesundheitsdienst auch überfordert, wenn von ihm die fachliche Differenzierung der Krankenhausmedizin bis in die konkrete Praxis, z.B. in der Krankenhauspsychiatrie überblickt werden sollte. So ist die Qualität und Relevanz der Krankenhausaufsicht gerade in Bezug auf psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen von Bundesland zu Bundesland sehr verschieden entwickelt. Dabei spielt natürlich eine große Rolle, ob psychiatrisch erfahrene Ärztinnen und Ärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind und ggf. an diesen Begehungen beteiligt werden, z.B. Sozialpsychiatrische Dienste (LAFONTAINE).

Freiwillige Begehungskommissionen

Sie blicken schon auf eine über 15-jährige Praxis zurück. Leitende Ärztinnen und Ärzte von Psychiatrischen Krankenhäusern oder Psychiatrischen Abteilungen bilden Arbeitskreise bzw. Kommissionen. Als über Jahre feste Gruppe besuchen sie die von ihren Mitgliedern geleiteten Kliniken nach und nach. Ihr 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. WOLPERT hat darüber unter dem Begriff „Intervision“ berichtet. Von CRANACH hat einen ausführlichen Leitfaden aus der jahrelangen Arbeit einer Begehungskommission für Psychiatrische Krankenhäuser zusammengestellt.

Staatliche Begehungskommissionen

In England gibt es seit 1969 den Hospital Advisory Service, der 1974 in Health Advisory Service entsprechend der Erweiterung seiner Kompetenzen umbenannt wurde. Dieser Begriff bezeichnet vom Gesundheitsministerium eingesetzte Expertenkommissionen, die zunächst Krankenhäuser, später dann die Psychiatrischen Dienste und Einrichtungen von Regionen visitieren.

Anlaß waren verschiedene Skandale in Krankenhäusern für alte Menschen, geistig behinderte oder chronisch psychisch kranke Personen. Die große Resonanz in der Öffentlichkeit veranlaßte das zuständige Ministerium, Untersuchungskommissionen einzusetzen. Daraus entstand dann der regelmäßige Besuchsdienst.

Wichtige Merkmale dieser Besuche sind: Die Besuchskommission setzt sich zusammen aus erfahrenen Expertinnen und Experten verschiedener Berufsgruppen. Die Berichte werden nicht veröffentlicht, um die Offenheit zwischen besuchter Institution und Besuchskommission nicht durch Mißtrauen und die Furcht, öffentlich angeprangert zu werden, zu behindern. Die Besuchskommission faßt dem Ministerium gegenüber die zu verallgemeinernden Befunde zusammen, um daraus gesundheitspolitische Konsequenzen anzuregen (KUNZE 1977).

Interessenvertretung für Verbraucher

Diese Aktivitäten haben in den USA die längste Tradition. In den 60er Jahren war Nader einer der prominentesten Verbraucheranwälte. Er verfaßte aufsehenerregende Reports, nicht nur über fehlerhafte Autos, sondern auch über Altenheime und psychiatrische Dienste (FRANKLIN).

Der Einfluß der Bürgerrechtsbewegung auf die Qualität Psychiatrischer Kliniken

Aus der Bürgerrechtsbewegung in den USA gibt es eine Tradition, mit rechtlichen Mitteln Druck auszuüben, die Situation psychiatrischer Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern zu verbessern (KUNZE 1975). Abgesehen von zahlreichen Prozessen, die einzelne Probleme betrafen, wurde im Musterprozeß „Wyatt v. Stickney“ erstmals das psychiatrische Krankenhaus eines Bundesstaates gerichtlich überprüft (Urteil im Jahr 1972). Die Argumentation lautete: Wenn ein Staat Patientinnen

und Patienten in einem Psychiatrischen Krankenhaus zwangsweise unterbringt, dann übernimmt er auch die Verantwortung für das verfassungsmäßig garantierte Recht auf angemessene Behandlung und menschenwürdige Unterbringung.

In dem Prozeßurteil wurden medizinische und verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung definiert, die über diesen einzelnen Prozeß hinaus weitreichende Folgen hatten. Einerseits konkretisierten sie Standards, die zur Qualitätsverbesserung der Behandlung und Unterbringung von psychisch kranken Patientinnen und Patienten führten. Andererseits aber versuchten Staaten, den finanziellen Folgen dadurch zu entgehen, daß sie die Entlassung aus psychiatrischen Krankenhäusern forcierten und die rechtlichen Anforderungen für Zwangsunterbringungen erhöhten. Dies hat auch teilweise zur Vernachlässigung chronisch psychisch Kranker in Heimen und sozialhilfefinanzierten Billigunterkünften geführt sowie zur Ausgrenzung in die Obdachlosigkeit oder in Gefängnisse beigetragen.

Das Urteil klärt einerseits die Verantwortlichkeit für Gewährleistung notwendiger Voraussetzungen für die Qualität von Krankenhausbehandlung. Andererseits zeigen die Wirkungen dieses Urteils auch, daß die nicht intendierten Folgen in die entgegengesetzte Richtung wie beabsichtigt gehen können.

Bewertung der staatlichen psychiatrischen Versorgung

Es geht um die aktuelle, differenzierte Beurteilung der Programme für chronisch psychisch kranke Menschen. Diese Evaluation wird alle zwei Jahre durchgeführt und publiziert (CARE) im Auftrag von Public Health Research Group und National Alliance for the Mentally Ill.

Um die Verantwortlichkeit von psychiatrischen Diensten gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern zu fördern, gehen die Untersuchungen von der Frage aus: „Wenn ich ein Familienmitglied mit schwerer psychischer Erkrankung hätte, in welchem Bundesstaat würde die Person am ehesten gute öffentliche psychiatrische Hilfen erhalten?“

Diese Beurteilung berücksichtigt psychiatrische Krankenhäuser, ambulante und Unterstützungsdienste in der Gemeinde, berufliche Rehabilitation und Wohnen für chronisch psychisch Kranke (außerdem psychiatrische Dien-

ste für Kinder). Im folgenden soll nur auf die Krankenhausdienste Bezug genommen werden.

Die verwendeten Kriterien gehen von dem Begriff der „totalen Institution“ aus und entwickeln antithetisch als grundlegendes Prinzip guter Krankenhäuser, daß „die Dienste auf Bedürfnisse der Klienten bezogen sein sollen, statt auf die Bedürfnisse des Systems oder die Bedürfnisse der Beschäftigten“.

Für ideale Krankenhausdienste werden einzelne Kriterien zu folgenden Bereichen formuliert:

- Qualifikation des Personals
- Quantität des Personals
- Qualität der Behandlung
- Umgebung.

Ausdrücklich wird auf die impliziten Grenzen dieses methodischen Ansatzes hingewiesen.

Neben den definierten Merkmalen macht der Faktor Mensch einen dramatischen Unterschied, und dieser Faktor ist auch in dieser Evaluation schwer oder gar nicht zu erfassen und zu quantifizieren. Man kann vielleicht noch die Wahrung der Intimsphäre auf einer Station einschätzen, aber nicht: (wenn keine Beobachterin anwesend ist) Respekt und Achtung dem Patienten gegenüber von Seiten des Personals, Besorgtheit, Mühe und persönlicher Einsatz eines Case-Managers, persönliche Wärme einer Vermieterin usw.

Der Bericht enthält neben verschiedenen Übersichtstabellen zusammenfassende Beschreibungen der öffentlichen psychiatrischen Dienste aller 51 Staaten der USA. Unverschlüsselt werden sowohl die besten wie die schlechtesten Staaten wie einzelne Programme benannt. Die Beurteilung der allgemeinen Situation auf nationaler Ebene wird in 8 Thesen zusammengefaßt.

Erfahrungen mit Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherungsprogramme der letzten Jahrzehnte in den USA wurden veranlaßt durch

- zu hohe Kosten medizinischer Versorgung
- verstärkte Interessenvertretung von Verbrauchern
- die Bewegung „Gesundheitsrechte“
- die Abwehr von Haftungsansprüchen.

Die verschiedenen Financiers der Gesundheitsdienste auch für die Psychiatrie (Medicare, Medicaid, Bundesstaaten, Krankenkas-

sen) hatten primär das Interesse, die Kosten einzudämmen oder zu senken, weniger die Qualität zu verbessern.

In den 70er Jahren wurden deshalb ausführliche Überprüfungen der Behandlungsaufzeichnungen riesiger Zahlen von Patientinnen und Patienten durchgeführt (PSRO). Diese diagnosebezogenen Überprüfungen von Falldokumentationen in großer Breite führten aber nicht zu wesentlichen positiven Ergebnissen. „Die Kosten des Programms und die durch die Inanspruchnahmekontrollen erzielten Einsparungen hielten sich ungefähr die Waage“. (KALTENBACH, T. S. 125).

Deshalb wurde das Verfahren später in ein mehrstufiges Qualitätssicherungsprogramm überführt. Im Prinzip fragte die JCAHO, ob in einer Institution die Voraussetzungen für gute medizinische Versorgung gegeben waren. Dies führte 1985 zu einem Manual zur Akkreditierung von Krankenhäusern.

Solange unzureichende Ausstattungen in Krankenhäusern festgestellt werden konnten, war die Annahme zutreffend, daß die Voraussetzungen für gute Ergebnisqualität nicht vorlagen. Aber wenn die Voraussetzungen gut sind, so garantieren sie noch keine gute Behandlungsqualität.

„Qualitäts-Management“ statt „Quality-Assurance“

1987 initiierte JCAHO deshalb ein neues Qualitätssicherungsprogramm mit dem Titel „Agenda for Change“. Dieses Programm zielt auf klinische Indikatoren, die der Schwere der Krankheit angepaßt sind und die Probleme überwachen, unter Bezug auf Häufigkeit, hohes Risiko und kritische Bereiche in der Klinik. Der Schwerpunkt liegt bei der klinischen Ergebnisqualität, d.h. die Organisation wird daraufhin überprüft, ob sie tatsächlich gute Ergebnisse realisiert, und nicht nur, ob sie dazu die Voraussetzungen hat. Der allgemeine Trend geht weg von den großen, zeitaufwendigen, meist retrospektiven Überprüfungen von Krankenakten hin zur schnellen und flexiblen Beobachtung von wichtigen Indikatoren für Ergebnisqualität (FAUMANN).

Es geht also um ein gestuftes Überprüfen. Anhand von vorab definierten Schwellenwerten wird eine gezielte, intensivere Evaluation ausgelöst. Die Prüfungen können ausgehen von:

- Symptomen und Verhaltensstörungen (Gewalttätigkeit, Erregung, Rückzug, Verwirrtheit, fehlende Compliance, medizinisch-vitalbedrohliche Zustände)
- Diagnose-Standards
- Behandlungs-Standards.

Die Kriterien können normativ festgesetzt oder empirisch abgeleitet sein.

JCAHO entwickelt ein Verfahren, in dem diese Daten regelmäßig von den verschiedenen Krankenhäusern gesammelt werden. Jede teilnehmende Klinik erhält dem eigenen Fall-Mix angepaßte Rückmeldungen über die eigenen Ergebnisse im Verhältnis zu den anderen Kliniken. Die JCAHO bewertet die Reaktionen der Kliniken auf dieses Feedback, nämlich die Wirksamkeit der Qualitätsverbesserungsprozesse.

Die besondere Schwierigkeit unter anderem in der Psychiatrie besteht darin, daß die Ergebnisqualität nicht nur von der Erkrankung und ihrer verschiedenen Schwere, sondern auch vom Alter des Patienten bzw. der Patientin und einer Reihe anderer Faktoren stark beeinflußt werden. Ein schlechtes Behandlungsergebnis bedeutet deshalb nicht notwendig schlechte Behandlungsqualität. Die Wechselwirkungen zwischen Krankheitsverlauf und Behandlung und die Wirkung von Einflußfaktoren muß in kontrollierten Studien untersucht werden. Damit wird die Bedeutung klinischer Forschung herausgestellt.

Die JCAHO entwickelte einen neuen Ansatz für den Akkreditierungsprozeß im „1992 Accreditation Manual for Hospitals“ (TAYLOR). Man verläßt die traditionellen, oft auf Bestrafung abzielenden Qualitätssicherungsmethoden. Der traditionelle Prozeß der retrospektiven Überprüfung von ausgewählten Diagnosen oder Behandlungsverfahren ermutigte nicht die frühe Identifikation von neuen Problemen. Im Kapitel über Qualitätsbeurteilung und -verbesserung wird dargelegt, daß es für jede Klinik um den „geplanten, systematischen und kontinuierlichen Prozeß der Beobachtung, der Beurteilung und der Verbesserung der Qualität geht“ (10 Stufen Modell).

Es kommt darauf an, daß in einem Krankenhaus das Bestreben, die Qualität zu verbessern, die treibende Kraft hinter allen klinischen und organisatorischen Veränderungen ist.

Haftungsfragen

In den USA haben Schadenersatzklagen zum Ausgleich von Schäden und Schmerzen wegen fehlerhafter Behandlungen eine besondere „Tradition“. Die Prämien der Haftpflichtversicherungen für Ärzte und Krankenhäuser sind meist viel höher als in anderen Ländern, z.T. stellt ihre Höhe die Rentabilität einer Praxis in Frage. Die Haftpflichtversicherungen berücksichtigen bei der Frage, ob sie einen Kunden und zu welchem Preis versichern, auch die nachgewiesenen Anstrengungen, die Qualität der Behandlungen zu optimieren und zu sichern. Dieser Nachweis spielt auch oft eine Rolle beim Gerichtsprozeß zur Frage Schadenshaftung im Einzelfall. Deshalb ist in den USA die Haftungsfrage eine weitere wichtige Triebfeder für Qualitätssicherungsaktivitäten (KALTENBACH,T.).

Das Projekt im Kontext von Qualitätssicherung

Vorbemerkung

In der Psychiatrie, wie in der Medizin allgemein, stößt das Thema Qualitätssicherung oft noch auf Bedenken und Widerstände (vgl. 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.ä.).

Zum anderen, weil der implizite Vorwurf herausgehört wird, daß sich die Medizin bzw. die Psychiatrie bisher nicht um Qualität ihrer Arbeit gekümmert hätte (vgl. aber z.B. Visiten, Therapiekonferenzen, Fort- und Weiterbildung, usw.). Wenn man jedoch mehr auf die

Inhalte als die Begrifflichkeit der Qualitätsdiskussion achtet, kann man eine 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 vertuscht werden sollten. Eine Psychiatrie, die sich vorrangig den Interessen ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet fühlt, hat jedoch allen Grund, die Qualität ihrer Arbeit sowohl selbst systematisch zu prüfen, als auch nach außen hin transparent zu machen.

Nutzerperspektive

Qualitätssicherung ist ein neuer Begriff in aller Munde, und damit 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, 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
- Konsumenten-Organisationen (haben in den USA eine lange Tradition)
- Haftpflichtversicherern (in den USA besonders ausgeprägt)
- den Medien (entweder als Interessenvertreter der Nutzer oder zur Vermarktung von spektakulären Fällen zu Unterhaltungszwecken?)

Je nachdem, wer Rechenschaft zu welchem Zweck und in welchem Kontext erwartet, sind

dabei die Vorstellungen und Kriterien für die zu erreichende Qualität nicht immer dekungsgleich.

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.

Am Bedarf orientierte Ziele sind 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 oder 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 Hilfeangebot bleiben oder nur wohnortferne Hilfe erhalten können (wer statt der wohnortnahen dennoch eine wohnortferne Hilfeform wählen will, der kann dies tun).

Daraus leitet sich auch die Frage ab, welchen Beitrag zu einem regionalen bedarfsorientierten Netz von Hilfen leistet die Klinik? Dies ist nicht nur aus der Sicht der Klinik im Sinne von Selbstbedienung oder Selbstdefinition festzulegen, sondern muß das Ergebnis wechselseitiger Absprachen in der Region bzw. von Entscheidungen der zuständigen Gremien (vgl. auch „Versorgungsverpflichtung“ in der Psych-PV) sein.

Im § 27 SGB V steht auch in Bezug auf Krankenhausbehandlung:

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ Dies konkretisieren „die heutigen Anforderungen an eine moderne psychiatrische Krankenhausbehandlung“ (Amtliche Begründung zu § 5):

„... Basis der stationären psychiatrischen Behandlung ist, wie in der somatischen Medizin, die medizinische Grundversorgung ... Spezifische Voraussetzung der stationären psychiatrischen Behandlung ist die Gestaltung des therapeutischen Milieus ... Bestandteil jeder klinisch-psychiatrischen Behandlung ist die Ausrichtung auf Wiedereingliederung ... Bei längerer Krankheitsdauer rückt die mehrdimensionale rehabilitative Behandlung von krankheitsbedingten Einbußen in den Vordergrund ...“

Für Patientinnen und Patienten mit chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf sind daraus u.a. folgende Behandlungsziele abzuleiten: nicht nur Verminderung psychopathologischer Symptomatik sondern auch

- Befähigung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen zur Bewältigung der Erkrankung,
- Befähigung zur Inanspruchnahme nicht-psychiatrischer Hilfen vor Ort,
- Unterstützung der nichtpsychiatrischen Therapeuten und Helferinnen vor Ort bei der Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen und der Beratung ihrer Bezugspersonen.

Die Frage ist nicht, welche Behandlungsmethode die beste ist, sondern: Für welche Personen mit welchen Erkrankungen und Behinderungen in ihrer Situation ist welche Hilfe geeignet?

Hier geht es um einen Paradigmenwechsel:

- von der Angebots- zur Bedarfsorientierung,
- statt Risikoselektion: Versorgungsverpflichtung².

(Siehe dazu auch Schaubild 1, S. 19.)

Therapeutische Qualität und Versorgungsverpflichtung

Therapeutische Qualität und Versorgungsverpflichtung erscheinen als Widerspruch, denn üblicherweise heißt es: „Qualität setzt methodenorientierte Selektion voraus.“

Bei angebotsorientierten Therapien werden Kriterien und Patientenmerkmale als Voraussetzungen bzw. Ausschlußgründe für eine er-

folgreiche Therapie angesehen. Für vorhandene Therapieangebote werden die passenden Patienten gesucht – und was ist mit den anderen? Ist die Ergebnisqualität einer Klinik deshalb so gut, weil die Patientinnen und Patienten mit der günstigsten Prognose so zielsicher ausgewählt werden?

Die Orientierung an gemeindepsychiatrischer Versorgungsverpflichtung führt zu einer umgekehrten Sichtweise: Für die regional vorhandenen psychisch und suchtkranken Personen werden die passenden Therapien und Hilfen gesucht. D.h., wenn die „erfolgversprechenden“ Voraussetzungen fehlen und im herkömmlichen Sinne demnach „Ausschlußgründe“ vorliegen, so ist dies als therapeutische, sozialpsychiatrische, koordinative Herausforderung aufzufassen. Natürlich kann nicht eine Institution alles können, es geht aber darum, die Aufgaben bedarfsorientiert verbindlich aufzuteilen.

Es gibt ein Überangebot an Therapien in gut ausgestatteten Einrichtungen und Diensten für Patienten, die von Therapeuten für besonders geeignet gehalten werden, und für prognostisch ungünstige will kaum einer zuständig sein.

Der Unterschied zwischen angebotsorientierter und gemeindepsychiatrischer Orientierung therapeutischer Arbeit wird durch folgende Fragen deutlich:

- Paßt der Patient oder die Patientin zum Hilfefprogramm oder ist das Hilfefprogramm für den Patienten geeignet?
- Bei Rückfall, Abbruch, Mißerfolg: War der Patient bzw. die Patientin ungeeignet oder die Therapie?
- Sind die Patienten therapieresistent oder sind Therapien patientenresistent?
- Sind Motivation, Eigenverantwortlichkeit Vorbedingungen für die Therapie oder Zwischenziele im therapeutischen Prozeß?

² Die Versorgungsverpflichtung bindet einseitig die Klinik, die Freiheit der Krankenhauswahl von seiten der Patientinnen und Patienten bleibt davon unberührt.

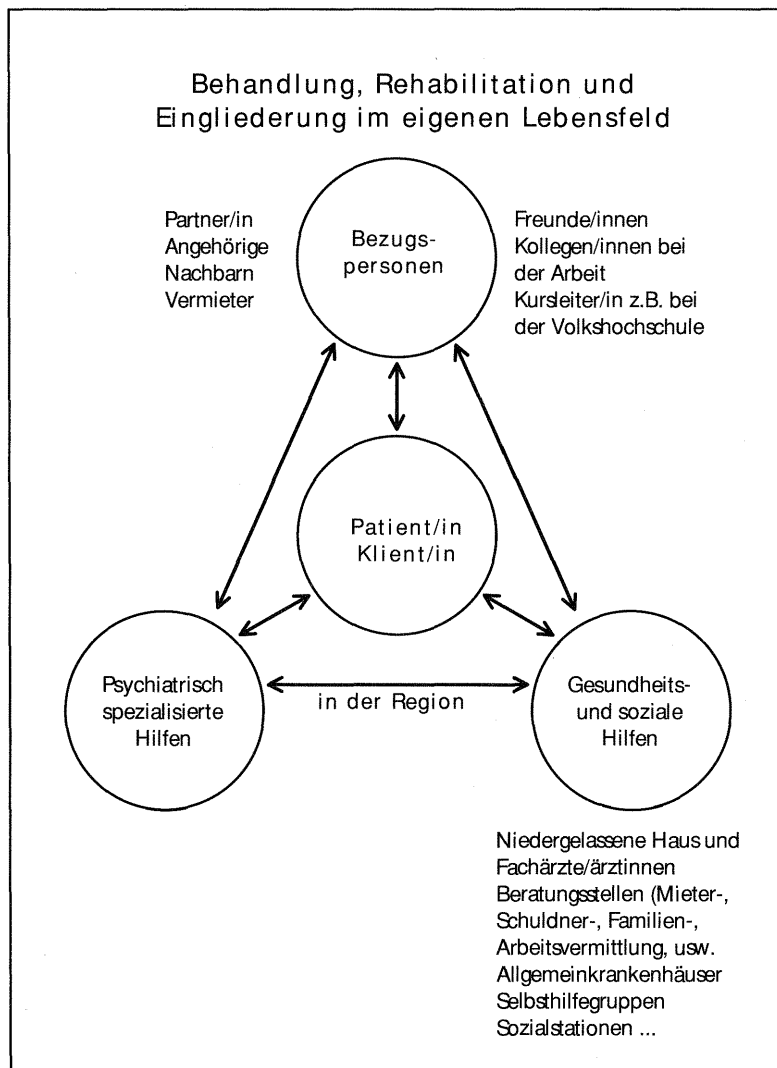
Es geht also darum, vom einzelnen Patienten auszugehen, von seinen komplexen Problemen, seiner Sichtweise, seinen Zielen, seinen Verständnismöglichkeiten und seinen Grenzen unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes – d.h. ihn dort abholen, wo er ist, und nicht eine methodische, konzeptionelle, institutionelle Vorgabe als Eingangsbedingung zu definieren.

HART (1971) hat die angebotsorientierten

Ende gegangen. Die erfolgte Personalaufstockung ermöglicht die Verbesserung der Behandlungsqualität. Dieser Prozeß ist jedoch noch längst nicht am Ziel einer solchen Qualität angelangt, die es dann nur noch zu sichern (im Sinne von „zu erhalten“) gelte.

Der hier vorgelegte Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Krankenhäusern und Psychiatrischen Abteilungen (im fol-

Schaubild 1:



Verhältnisse als „inverse care law“ auf den Punkt gebracht: die Qualität des therapeutischen Angebots ist umgekehrt proportional zur Hilfebedürftigkeit der Patienten.

Qualitätssicherung und Projektziel

Der Übergangszeitraum der Psychiatrie-Personalverordnung ist mit dem Jahr 1995 zu

genden „Kliniken“) wendet sich primär an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kliniken, die bestrebt sind, die Qualität ihrer Arbeit kontinuierlich zu optimieren.

Der Ansatz des Leitfadens ist – wie schon die Psych-PV – patientenzentriert und nicht berufsgruppen- oder methodenorientiert.

Die Zielsetzung des Projektes und das Anliegen des Leitfadens sind zu unterscheiden von

- Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätsprüfung: Verträge gemäß § 137 SGB V in Verbindung mit § 112 auf der Landesebene in zahlreichen Bundesländern. Zwar gilt der § 137 für Krankenhausbehandlung allgemein, doch interessiert sich die Gesundheitspolitik für Qualitätssicherung bisher primär unter dem Gesichtspunkt der Verhinderung von Qualitätsminderung bei der Finanzierung durch Fallpauschalen und Sonderentgelte.
- Prüfungen der Krankenkassen (die den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen) gemäß § 4 (4) Psych-PV, ob die verbesserte Personalausstattung auch zu einer entsprechend verbesserten Behandlung und Betreuung der Patienten geführt hat (Grundlage: Rahmenvereinbarungen der Vertragsparteien auf Landesebene nach § 17 Abs. 7 der Bundespflegegesetzverordnung).

Das Projekt im Verhältnis zu anderen Ansätzen zur Qualitätssicherung

Es wäre verlockend gewesen, möglichst wenige einfach festzustellende, dabei aussagekräftige und konsensfähige Indikatoren für Krankenhausqualität zu entwickeln. Doch ist dies z.Zt. unrealistisch, 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.

Es wird kein allgemeingültiger Maßstab für Qualität von klinischer Psychiatrie vorausgesetzt, 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 die Therapeutinnen und Therapeuten, auch die anderen Beschäftigten) haben mehr oder weniger explizite oder implizite Vorstellungen, was gute klinische Praxis sei.

Es geht uns darum, diese Vorstellungen systematisch zu aktivieren, und damit zu einem gemeinschaftlichen kontinuierlichen Prozeß

der schrittweisen Optimierung der eigenen Arbeit beizutragen. Mit diesem Leitfaden erhalten die Kliniken eine Hilfe, für die Qualitätsbeurteilungen ihrer eigenen klinischen Praxis ihr eigenes Anforderungsprofil, ihr differenziertes Qualitätsmodell zu entwickeln.

Der Beitrag der BADO zur Qualitätssicherung

Die Auswertung von BADO-Merkmalen oder eine externe Qualitätsprüfung (z.B. standardisierte Indikatoren zum Behandlungsprozeß und -ergebnis bei Tracerdiagnosen) ergeben deskriptive Aussagen, deren Relevanz für Qualität erst durch den weiteren Akt der Beurteilung validiert werden muß. Auch der Vergleich von Werten der einzelnen Klinik mit den Verteilungen der Werte der anderen beteiligten Kliniken hat nur deskriptiven Charakter und ist noch kein Qualitätsurteil. Die Befunde können allerdings den Anstoß geben, sich mit Problembereichen zu befassen.

Der Beitrag der vergleichenden Qualitätsprüfung

Vergleichende Qualitätsprüfung hat ein differenziertes, auf Konsens basierendes Qualitätsmodell zur Voraussetzung. Dabei sagt die Meßbarkeit eines Qualitätsmerkmals nichts darüber aus, ob und inwieweit es zur Qualitätsbeurteilung relevant ist. Qualitätsanforderungen sind daher zunächst unabhängig davon zu definieren, erst danach kann versucht werden, diese mit objektiven Methoden meßbar zu machen.

Wenn es im Rahmen von extern vergleichender Qualitätsprüfung aber um anspruchsvolle Kriterien und Ziele geht, so kann nur durch besondere Rahmenbedingungen ein Vertrauensklima geschaffen werden, das die Erhebung zuverlässiger Daten und ihre fachlich adäquate Interpretation möglich macht (vgl. entsprechende Verträge unter Einschluß der Landesärztekammern; vgl. auch z.B. PRÖSSDORF, SELBMANN). Denn Daten, die in der Furcht erhoben werden, daraus könnte „ein Strick gedreht“ werden, sind vermutlich wenig zuverlässig.

Von der Qualität der Ergebnisse läßt sich nicht automatisch auf die Qualität des Prozesses schließen und umgekehrt. Denn bei Spontanremissionen sind gute Ergebnisse auch bei

unzureichender Behandlungsqualität, bei Therapieresistenz sind unzureichende Ergebnisse bei guter Behandlung möglich.

Beim Vergleich der Ergebnisse verschiedener Kliniken können Unterschiede durch unterschiedliche Behandlungsqualität, aber auch durch ungleiche Verteilung von Patienten mit schweren und leichten Erkrankungen sowie anderen prognoserelevanten Merkmalen verursacht sein.

Der Beitrag der externen Qualitätsprüfung

Qualität kann nicht durch externe Kontrollen, sondern nur durch interne Maßnahmen verbessert werden. Der Begriff „externe Qualitätssicherung“ ist unsinnig. Die Identifizierung von Problembereichen durch interne oder externe Vergleiche ist ein wichtiger erster Schritt, sie ist aber noch nicht die Aufarbeitung der Probleme mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung (Qualitätsmanagement).

Ob externe Qualitätsprüfungen zur Verbesserung der Qualität beitragen oder nicht, hängt entscheidend von den externen Konsequenzen (s.o.) sowie der Einstellung der beteiligten Kliniken dazu ab:

- ob die Kliniken die beste Qualität als Vorbild für sich suchen (also keine Anonymität zwischen den Kliniken);
- ob die Besseren sich beruhigt zurücklehnen, solange sie nicht zu den Schlechten gehören.

Externe Qualitätsprüfung und interne Qualitätsoptimierung sind also auf ihren wechselseitigen Bezug angewiesen, denn „durch Qualitätskontrollen allein ist ... noch nie Qualität verbessert worden“ (SELBMANN).

Internes Qualitätsmanagement

Internes Qualitätsmanagement ist der geeignete Ansatz für Kliniken, die selber ein zentrales Interesse haben (ggf. erzeugt durch externe Vergleiche), langfristig und systematisch die Qualität ihrer Leistungen zu optimieren.

Qualitätsmanagement meint dabei im wesentlichen die folgenden Schritte:

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

- usw.

Auch Qualitätsmanagement hat ein definiertes Qualitätsmodell zur Voraussetzung. Da Qualitätsmanagement jedoch in erster Linie der Optimierung der eigenen Arbeit dient, kann hier als „Qualitätsmessung“ das systematisch gebildete fachliche Urteil (z.B. innerhalb eines Teams) dienen, um die Qualität zu erfassen. Offene und ehrliche Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Arbeit ist im vertrauensgeschützten Binnenverhältnis eher zu realisieren als im Zusammenhang externer Kontrollen.

Um dabei zu einer systematischen Urteilsbildung zu kommen, sollte diese an einem qualifizierten und fachlich konsensfähigen Leitfaden orientiert sein.

Trotz seiner geringeren „Meßgenauigkeit“ hat dieses Verfahren gegenüber externen Qualitätsprüfungen den entscheidenden Vorteil, daß hier die Qualität bereits durch den Verfahrensablauf selbst praktisch beeinflußt und verbessert wird.

Ergebnis-, Prozeß-, Strukturqualität

Dies ist die übliche analytische Unterscheidung, wobei zwischen den Ebenen folgender Zusammenhang besteht:

Das gute Ergebnis wird ermöglicht durch die gute Prozeßqualität. Sie ist also eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die gute Ergebnisqualität. Die gute Prozeßqualität wird ermöglicht durch gute Strukturqualität. Sie ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die gute Prozeßqualität. Die derzeit diskutierten Zertifizierungsmodelle „Zertifikat A oder B“ und andere auf die Strukturqualität zielende Indikatorenlisten (wie sie z.B. bei der Akkreditierung von Krankenhäusern in den USA verwendet werden) machen insofern vor allem Aussagen über die Prozeßqualität.

Zu den zentralen Voraussetzungen für Qualität gehören nicht nur materielle und personelle Ressourcen, sondern auch ein kontinuierlich auf Qualitätsoptimierung zielendes Qualitätsmanagement auf allen Ebenen der Klinik. Diese Voraussetzung für Qualität könnte nach dem Konzept der DIN EN ISO 9004 2. Teil geprüft und zertifiziert werden.

Zur Qualitätsdefinition in Psychiatrischen Kliniken

Qualitätsbegriff

Bevor die für die Qualität Psychiatrischer Kliniken relevanten Gesichtspunkte erörtert werden können, ist es zunächst erforderlich, den Qualitätsbegriff selbst näher zu bestimmen. Dabei ist hier nicht der allgemeine philosophische Qualitätsbegriff (im Sinne der Gegenüberstellung von Qualität und Quantität) von Interesse, sondern der eher ergebnisbezogene Qualitätsbegriff im Sinne der Qualität eines Produktes oder der Qualität eines Handlungsablaufs.

In diesem Sinne stellt die Qualität eines Produktes, oder auch die Qualität eines Handlungsablaufs, keine diesem inhärente Eigenschaft dar. Qualität definiert sich vielmehr in erster Linie über den Zweck (die beabsichtigte Verwendung) des Produktes bzw. das Ziel der jeweiligen Handlung.

Der funktionale Qualitätsbegriff

Im funktionalen Sinne bezieht sich der Qualitätsbegriff darauf, welche Zielsetzungen durch die Beschaffenheit einer Sache oder eines Vorgangs erreicht werden soll. Die Qualität z.B. eines Produktes ist dann hinreichend, wenn seine Eigenschaften es für den beabsichtigten Verwendungszweck des Produktes geeignet machen. Die Qualität eines Handlungsablaufs wäre in diesem Sinne immer dann hinreichend, wenn er seinen Zweck, also das beabsichtigte Ergebnis, erreicht.

Eine nur am Ergebnis orientierte Beurteilung kennt im Prinzip keine Unterscheidung von guter und besserer Qualität. Ein Ziel kann entweder erreicht sein oder nicht, die darauf bezogene funktionale Qualität demnach entweder hinreichend oder nicht.

Wenn der Zweck z.B. eines Küchenmessers darin besteht, Lebensmittel zu schneiden, reicht die Qualität immer dann aus, wenn es dazu ausreichend scharf ist.

Dies gilt allerdings nur in der Betrachtung des Einzelfalls. Betrachtet man viele vergleichbare Fälle, so mag man finden, daß das Ziel nur in einem bestimmten Anteil dieser Fälle er-

reicht wurde. Auch funktionale Qualität ist insofern als statistische Größe quantifizierbar und damit meßbar, also im Sinne von Aussagen wie „Das Produkt genügt den Anforderungen bei 70% der Aufgaben“ oder „Dieses Behandlungsverfahren hat eine Erfolgswahrscheinlichkeit von 80% bzw. eine Fehlerquote von 20%“.

Um im Beispiel zu bleiben: Ein Küchenmesser mag zum Schneiden der meisten Lebensmittel geeignet sein, bei bestimmten, z.B. besonders harten, aber versagen. Für die letzteren wäre es damit bezogen auf den Zweck des Schneidens qualitativ nicht hinreichend.

Am Beispiel des Küchenmessers fällt allerdings sofort der Umstand ins Auge, daß auch unabhängig von unterschiedlichen Materialien (Lebensmitteln) z.B. der beim Schneiden benötigte Kraftaufwand sehr wohl als Qualitätsunterschied zwischen zwei Messern angesehen werden kann. Bei dieser Betrachtung wird die Qualität des Messers aber bereits nicht mehr nur am genannten Zweck („Lebensmittel schneiden“), sondern bezogen auf eine andere, zusätzliche Anforderung beurteilt, nämlich seine leichte Handhabbarkeit.

Derartige, an mehreren Anforderungen gemessene Qualitätsbeurteilungen sind in der Praxis die Regel. Es ist daher fast immer erforderlich, die jeweilige Ausprägung funktionaler Qualität bezüglich mehrerer als relevant beurteilter Merkmale bzw. Anforderungen zu erfassen. Dabei tritt grundsätzlich das Problem auf, zu definieren, welche Merkmale als relevant anzusehen sind, und wie die verschiedenen relevanten Merkmale für eine zusammenfassende Qualitätsbeurteilung zu bewerten, also zu gewichten sind. Schon eine nur an funktionalen Gesichtspunkten orientierte Qualitätsbeurteilung der dargestellten Art beinhaltet demnach eine subjektiv-bewertende Dimension.

Im Beispiel des Küchenmessers wäre etwa zu entscheiden, ob neben der Schärfe auch noch die Handhabbarkeit in die Qualitätsbeurteilung eingehen soll, und bis zu welchem Ausmaß schlechtere Schneideergebnisse zugunsten einfacherer Handhabbarkeit in Kauf genommen werden können.

Qualität als mehrdimensionales Konzept

Das Konzept „Qualität“ umfaßt immer ein komplexes Bündel von Merkmalen, die darüber hinaus in den meisten Fällen miteinander

interagieren. Dies soll hier am Beispiel der „Qualität des Essens“ verdeutlicht werden:

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 (Abwechslungsreichtum)?
- usw.

Wie das Beispiel deutlich zeigt, gehen schon in eine vergleichsweise einfache Qualitätsbeurteilung zahlreiche verschiedene Merkmale ein. Für jedes dieser Merkmale bestehen Qualitätsanforderungen, die sich allerdings bereits einzeln weitgehend einer objektiven Bewertung entziehen. Die Qualitätsbeurteilung insgesamt muß dann auch noch die jeweilige Gewichtung der verschiedenen Merkmale berücksichtigen, die ebenfalls nicht objektivierbar ist. Aufgrund dieser Mehrdimensionalität wird die Definition von Qualität 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, und nicht zuletzt auch die Mittel berücksichtigen, die zur Zielerreichung eingesetzt werden. Gesichtspunkte wie „Umgang mit dem Patienten“, „Zwangsmaßnahmen“, im Grunde alle Behandlungsumstände würden ansonsten der Qualitätsbeurteilung und damit auch der Qualitätsverbesserung entzogen.

Qualität als Werturteil

Neben verschiedenen funktionalen Gesichtspunkten gehen in die Qualitätsbeurteilung eines Produktes oder eines Handlungsablaufs in aller Regel weitere, vom eigentlichen Ziel unabhängige, an nichtfunktionalen Anforderungen orientierte Bewertungsgesichtspunkte mit ein.

Im Falle eines Produktes spielen z.B. neben funktionalen auch psychologische oder soziale Gesichtspunkte eine Rolle. Man denke z.B. an

ästhetische Gesichtspunkte (Design) oder an die unterschiedliche Bewertung verschiedener funktional äquivalenter Materialien (Plastik oder Holz). Qualitätsbewertungen eines Produktes erstrecken sich bis hin zu Gesichtspunkten, die dem Produkt selbst gar nicht mehr anzusehen sind, z.B. der Ökobilanz seines Herstellungsprozesses oder seiner Funktion als Statussymbol. Die Bedeutung solcher eher psychologischer oder sozialer statt funktionaler Qualitätsbewertungen wird besonders augenfällig in jenen Fällen, in denen Nachteile in funktionaler Hinsicht zugunsten anderer Kriterien bewußt in Kauf genommen werden, wie z.B. bei sog. Recyclingpapier.

Im Falle eines Handlungsablaufs gelten ähnliche Gesichtspunkte. So soll z.B. die Behandlung von Krankheiten nicht nur effektiv im Sinne der Heilung, sondern auch human, wirtschaftlich, usw. sein.

Gesichtspunkte der genannten Art sind in aller Regel Ausfluß herrschender sozialer Normen. Bei komplexen Produkten oder Handlungsabläufen überlagern diese in der Gesamtheit aller in eine Qualitätsdefinition eingehenden Gesichtspunkte die rein funktionalen weitgehend. Dies gilt insbesondere dann, wenn durch das Produkt oder den Handlungsablauf grundlegende soziale Werte (wie Humanität, Freiheit, Sicherheit, u.ä.) berührt werden, wie dies z.B. bei psychiatrischer Krankenhausbehandlung der Fall ist.

Qualitätsdefinitionen stellen daher in den meisten Fällen nicht nur funktionale Anforderungen, sondern vor allem Bewertungen dar.

Eine Qualitätsbewertung kann sowohl einem rein individuellen Maßstab entspringen (bei Mahlzeiten z.B. der individuelle Geschmack) oder auch gesellschaftliche bzw. kulturelle Vorgaben widerspiegeln (z.B. die Forderung nach koscherer Kost). Im einen wie im anderen Falle bleibt die Qualitätsbeurteilung letztlich subjektiv, d.h. vom jeweiligen Beurteiler abhängig.

Die Qualitätsbeurteilung eines komplexen Produktes oder Handlungsablaufs besteht daher im Grundsatz darin, daß die Übereinstimmung einer subjektiv als relevant angesehenen Merkmalsauswahl mit einem subjektiv vorgegebenen Anforderungsprofil beurteilt wird.

Will man die Qualitätsbeurteilung durch verschiedene Beurteiler annähernd vergleichbar machen, so muß dieser Gesichtspunkt berücksichtigt werden. Dies geschieht gemeinhin

in der Weise, daß über die relevanten Qualitäts Gesichtspunkte (Merkmale und Anforderungen) fachlicher Konsens angestrebt wird. Durch einen möglichst breiten fachlichen Konsens läßt sich im Sinne der sog. „intersubjektiven Konkordanz“ eine Quasi-Objektivität erreichen.

Qualitätsmodell

Um Qualität überhaupt sinnvoll beurteilen zu können, ist zunächst zu klären, welche Merkmale in welcher Ausprägung im betreffenden Falle Qualität definieren sollen. Es ist daher immer die Bezugnahme auf ein „Qualitätsmodell“ erforderlich.

Im Interesse der begrifflichen Klarheit ist es sinnvoll, zunächst zwischen qualitativen und quantitativen Qualitätsmodellen analytisch zu unterscheiden, wenngleich diese Unterscheidung in der Praxis durch die verschiedensten Mischformen aufgehoben wird.

Ein *qualitatives Qualitätsmodell* definiert die für die Qualität wesentlichen Merkmale eines Produkts oder eines Handlungsablaufs und die an diese zu stellenden grundlegenden Anforderungen im Sinne einer Richtungsweisung. Es gibt deren geforderte quantitative Regel- oder Mindestausprägungen jedoch nicht vor.

Beispiele solcher nur qualitativ definierbarer Anforderungen sind die Forderung nach Humanität in der Behandlung oder die Forderung nach einer Orientierung der Behandlung am Individuum.

Ein *quantitatives Qualitätsmodell* definiert ebenfalls die für die Qualität wesentlichen Merkmale eines Produkts oder eines Handlungsablaufs und die an diese zu stellenden grundlegenden Anforderungen, jedoch nicht nur im Sinne einer Richtungsweisung, sondern in quantitativer Hinsicht. Solche quantitativ faßbaren Qualitätsanforderungen werden zur Unterscheidung von den nur qualitativ gefaßten Qualitätsanforderungen im weiteren Text als *Qualitätskriterien* bezeichnet. Sofern die Qualität über den geforderten Mindestwert oder Normbereich eines Qualitätskriteriums definiert ist, wird dieser Mindestwert oder Normbereich als *Qualitätsstandard* bezeichnet.

Beispiele quantitativ definierbarer Qualitätsanforderungen wären eine vorgegebene Regelbehandlungsdauer oder Dosierungsvorschriften bzgl. der Medikamente.

Selbstverständlich können in einem komplexen Qualitätsmodell sowohl qualitative Qualitätsanforderungen, als auch Qualitätskriterien bzw. -standards gemischt vertreten sein.

Qualitätsmanagement und vergleichende Qualitätsprüfung

Qualitätsmanagement als Prozeß

Qualitätsmanagement ist ein Problemlösungsprozeß. Als solcher folgt er in seiner logischen Struktur demselben Muster wie andere Formen geplanter Problemlösung, z.B. die Behandlungs- und Pflegeplanung. Zwar unterscheiden sich die Ziele, Mittel und Maßnahmen, nicht aber die Logik des Verfahrens.

Qualitätsmanagement besteht im wesentlichen aus den folgenden Schritten:

- Qualitätserfassung und -beurteilung
- Erkennen und Beheben von Qualitätsdefiziten (Schwachstellenanalyse)
- Erkennen von Qualitätsressourcen
- Festlegung von Qualitätszielen
- Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen
- erneute Qualitätsbeurteilung

Wie leicht erkennbar ist, hat das Verfahren bereits im ersten Schritt ein ihm zugrunde gelegtes Qualitätsmodell im o.a. Sinne zur Voraussetzung. Da Qualitätsmanagement gewöhnlich intern abläuft, also in erster Linie der Optimierung der eigenen Arbeit dient, reicht hier allerdings als Anforderungsprofil ein qualitatives Qualitätsmodell und 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 und die Entscheidung darüber, welche Gesichtspunkte Berücksichtigung finden, nicht dem Zufall oder der „Genialität“ Einzelner überlassen bleibt, empfiehlt sich hier das Vorgehen nach einem qualifizierten und fachlich konsensfähigen Leitfaden. Für Zwecke des internen Qualitätsmanagements, also um damit praktische Qualitätsverbesserungen erreichen zu können, wird ein solcher Leitfaden möglichst umfassend und detailliert auf die einzelnen Bereiche eingehen müssen, in denen Qualität erfaßt und beeinflußt werden kann.

Bei der Schwachstellenanalyse geht es dann vor allem darum, die Ursachen erkannter

Qualitätsdefizite zu suchen und zu beseitigen. Dabei sind alle Arten von Ursachen denkbar, von mangelhaften Rahmenbedingungen, wie z.B. einer schlecht funktionierenden Krankenhausverwaltung oder einer nicht aufgabenorientierten Dienstzeitenregelung, über stationsbezogene Ursachen, wie schlechte Organisation oder unzulängliche Behandlungskonzepte, bis hin zu individuellen Ursachen, wie mangelnde Qualifikation oder persönliches Fehlverhalten einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Als Qualitätsressourcen sind grundsätzlich alle verfügbaren Mittel und Möglichkeiten anzusehen, die zur Qualitätsverbesserung eingesetzt werden können. Hier sind zwei Varianten zu unterscheiden:

- Mittel für die unmittelbare Schwachstellenbeseitigung
- Mittel zur vorbeugenden Sicherung der Voraussetzungen zur Qualitätserzeugung

Die möglichen Mittel zur Schwachstellenbeseitigung sind so vielfältig wie die möglichen Schwachstellen selbst. Als Beispiele seien genannt Sachmittelbeschaffungen, klärende Gespräche, Organisationsänderungen, Konzeptveränderungen, usw.

Während es sich bei der Schwachstellenanalyse eher um einen Ansatz zur „Qualitätsreparatur“ handelt, betrifft der zweite Punkt die „Qualitätsprävention“. Besser jedoch, als Schwachstellen nachträglich zu beseitigen, ist es, sie gar nicht erst entstehen zu lassen, sondern bereits vorbeugend dagegen vorzugehen. Mittel bzw. Maßnahmen dieser Art wären z.B. Anpassungen der Krankenhausstruktur an sich verändernde Rahmenbedingungen, Fort- und Weiterbildung, adäquate Rahmenregelungen wie z.B. hinreichende Besprechungszeiten, Supervision, usw.

Während bei der allfälligen „Qualitätsreparatur“ hinsichtlich einzelner Schwachstellen im Routinebetrieb auf die explizite Festlegung von Qualitätszielen verzichtet werden kann, macht eine solche Zieldefinition, also die Festlegung dessen, was erreicht werden soll, vor der Durchführung größerer Maßnahmen zur Qualitätsförderung oder „Qualitätsprävention“ durchaus Sinn, da nur so zu gewährleisten ist, daß deren Erfolg oder Mißerfolg prüfbar bleibt. Worin allgemeine qualitätsfördernde Maßnahmen im einzelnen bestehen können, ist wiederum außerordentlich vielfältig und von den je konkreten Bedingungen abhängig. Zu-

sätzlich zu den bereits genannten Beispielen ist z.B. an Verbesserungen der Personalstruktur, Verbesserungen der Leitungsstruktur, bauliche Maßnahmen, o.ä. zu denken.

Qualitätsmanagement als System

Qualitätsmanagement ist kein Vorgang, der einmal stattfindet und damit seinen Zweck erfüllt hat. Qualitätsmanagement ist vielmehr eine kontinuierliche Aufgabe. Als solche erfordert sie eine systematische Integration in die allgemeinen Abläufe, also den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems.

Ein Qualitätsmanagementsystem soll durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, daß

- die Qualitätsentwicklung regelmäßig reflektiert wird.
- Qualitätsdefizite (Schwachstellen) rasch erkannt und beseitigt werden.
- Qualitätsressourcen erkannt und nutzbar gemacht werden.
- Qualitätsziele geprüft und fortgeschrieben werden.

Notwendige Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, sind mindestens die folgenden:

- Die Erfassung und Dokumentation der Qualitätsentwicklung
- Feste Zeitschemata für systematische Qualitätsprüfungen
- Kontinuierliche statistische Verfolgung geeigneter (meßbarer) Indikatoren für Qualitätsveränderungen als Reflexionsgrundlage und „Frühwarnsystem“
- regelmäßige Qualitätskonferenzen (z.B. sog. „Qualitätszirkel“)
- Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur „Qualitätsprävention“

Zur Durchführung eines systematischen Qualitätsmanagements ist neben einer sich in Qualitätszielen und Leitlinien niederschlagenden „Qualitätsphilosophie“ auch eine geeignete personelle, technische und organisatorische Infrastruktur erforderlich. Die personelle Infrastruktur des Qualitätsmanagements besteht dabei aus hinreichend qualifizierten und für die Aufgaben des Qualitätsmanagements zuständigen Personen. Als technische Infrastruktur sind Möglichkeiten zur Erfassung und Auswertung qualitätsrelevanter Daten erforderlich. Unter organisatorischer Infrastruktur ist eine geordnete Einbindung des Qualitätsmanagements in die allgemeine Krankenhausstruktur

im Sinne von Zeitplänen, Konferenzen, Bildungsmaßnahmen, usw. zu verstehen.

Die geforderte „kontinuierliche statistische Verfolgung geeigneter (meßbarer) Indikatoren für Qualitätsveränderungen“ darf nicht mit Qualitätsmessung im engeren, quantitativen Sinne verwechselt werden. An Indikatoren, mit denen nicht der Status, sondern nur die Veränderung von Qualität erfaßt werden soll, sind deutlich geringere Validitätsansprüche zu stellen. Für diesen Zweck können prinzipiell alle Meßgrößen eingesetzt werden, deren Veränderung auch von der Qualitätsentwicklung abhängen kann, z.B. die Entwicklung der mittleren Behandlungsdauer (Verweildauer) einer Behandlungseinheit.

Die Verweildauer selbst läßt bekanntlich keinen unmittelbaren Schluß auf die Behandlungsqualität zu. Kurze Verweildauern können sowohl durch effektive Behandlung als auch durch viele Behandlungsabbrüche, also schlechte Behandlung, zustande kommen. Welche der beiden Interpretationen richtig ist, kann daher nur unter Berücksichtigung zahlreicher anderer, die Verweildauer ebenfalls beeinflussender Faktoren geklärt werden wie Behandlungserfolg, Wiederaufnahmehäufigkeit, u.ä., die vom Blickwinkel der Behandlungsqualität her z.T. selbst wieder mehrdeutig interpretierbar sind.

Betrachtet man nicht den absoluten Wert, sondern die Entwicklung der Verweildauer, so kann auch hier je nach Ausgangslage eine Verkürzung oder Verlängerung der mittleren Behandlungsdauer ein Indiz sowohl für eine Qualitätsverbesserung als auch für eine Qualitätsverschlechterung sein. Im einen wie im anderen Falle weist eine Veränderung der Verweildauer jedoch darauf hin, daß auch die Behandlungsqualität sich wahrscheinlich *verändert* hat. Damit ist zwar nicht die Qualität selbst gemessen, wohl aber ihre (positive oder negative) Veränderung signalisiert. Für die o.a. Zwecke als Reflexionsgrundlage und „Frühwarnsystem“, also als Hinweis auf näheren qualitativen Untersuchungsbedarf, reicht eine solche Meßqualität aus. Sind jedoch, wie im Falle der im folgenden Absatz näher zu erörternden vergleichenden Qualitätsprüfungen, nicht nur die Veränderungen von Qualität, sondern auch deren Status zu erfassen, bedarf es „härterer“ Kriterien.

Vergleichende Qualitätsprüfung

Ein ganz anderer methodischer Ansatz ist erforderlich, wenn der Anspruch besteht, Qualität nicht nur fachlich begründet zu beurteilen, sondern mit objektiven Instrumenten zu messen und quantitativ vergleichbar zu machen, wie dies z.B. im § 137 SGB V gefordert ist. Für ein solches Verfahren sind die folgenden Schritte notwendig:

- Identifikation objektiv meßbarer Qualitätsindikatoren
- Gewichtung der Indikatoren nach ihrer Bedeutung für Qualitätsbeurteilung
- Festlegung von quantitativen Qualitätskriterien und -standards

Zur vergleichenden Qualitätsprüfung 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 z.B.

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

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

Da die Meßbarkeit eines Merkmals wenig über seine Bedeutung für die Qualitätsbeurteilung aussagt, ist 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 auch hier Fragen zu beantworten wie:

- Sind kurze Verweildauern z.B. ein Zeichen für gute Behandlung oder für schlechte Compliance?
- Sind hohe oder niedrige Medikamentendosierungen qualitativ hochwertiger?
- 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 Unsicherheit der Therapeuten?
- u.ä.

Vergleichende Qualitätsprüfung hat daher ebenso wie das interne Qualitätsmanagement zunächst ein differenziertes, auf Konsens basierendes Qualitätsmodell zur Voraussetzung. Dabei darf das Qualitätsmodell selbst nicht unter dem Gesichtspunkt seiner Meßbarkeit definiert werden, da dies mit hoher Wahrscheinlichkeit bedeuten würde, wesentliche inhaltliche Gesichtspunkte diesem formalen Kriterium unterzuordnen. Die leichte oder schwierige Meßbarkeit eines Qualitätsmerkmals beinhaltet keinerlei Aussage darüber, ob und inwieweit dieses zur Qualitätsbeurteilung relevant ist. Erst wenn über die Definition von Qualität Einigkeit besteht, kann versucht werden, diese mit objektiven Methoden meßbar zu machen und darüber hinaus die für eine vergleichende Beurteilung notwendigen Qualitätsstandards festzulegen.

Vergleichende Qualitätsprüfung in der Psychiatrie

Ein für eine vergleichende Qualitätsprüfung hinreichender fachlicher Konsens über meßbare Qualitätskriterien oder gar Qualitätsstandards ist in der Psychiatrie zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gegeben. Die fachliche Diskussion ist vielmehr gekennzeichnet durch eine beträchtliche Spannweite verschiedener Lehrmeinungen, insbesondere hinsichtlich der jeweiligen Gewichtung der verschiedenen Be-

standteile psychiatrischer Behandlung für den Gesamtprozeß.

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 solche Qualitätskriterien erfaßt werden, die in der fachlichen Diskussion unstrittig sind. Ein solches Verfahren würde allerdings, ebenso wie bereits für die Meßbarkeit angemerkt, eine Verzerrung der Qualitätsdefinition im Sinne einer erheblichen inhaltlichen Einengung mit sich bringen. Mittels eines solchen, an Mindestanforderungen ausgerichteten Verfahrens ließen sich auch bestenfalls sog. „schwarze Schafe“ identifizieren. Zu einer tatsächlichen Qualitätsverbesserung psychiatrischer Krankenhausbehandlung trüge es hingegen wenig bei. Es würde im Gegenteil die Gefahr in sich bergen, daß Kliniken sich mit der Erfüllung solcher Mindestanforderungen zufrieden geben und darüber hinausgehende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung für überflüssig erachten.

Die Bezugsebene für Qualitätsbeurteilung in der Krankenhaupsychiatrie

Unter dem Blickwinkel der Qualitätsbeurteilung werden üblicherweise die drei Ebenen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterschieden.

Eine solche Unterscheidung von Struktur, Prozeß und Ergebnis ist analytisch, d.h. es handelt sich nicht um eine objektiv vorgegebene, sondern um eine vom Betrachter subjektiv vorgenommene Differenzierung verschiedener Ebenen der Objektbetrachtung. Die Unterscheidung von Struktur, Prozeß und Ergebnis kann sowohl von der Ergebnisdefinition als auch von der Prozeß- oder Strukturdefinition her vorgenommen werden. Im ersteren Falle bestimmt das angestrebte Ergebnis die Prozeß- und Strukturdefinition nach den Fragen „Welcher Ablauf ist nötig, um das Ergebnis hervorzubringen?“ und „Welche Rahmenbedingungen sind für diesen Ablauf erforderlich?“. Eine solche Herangehensweise finden wir z.B. in der Logik von Behandlungs- und Pflegeplanungen, die (nach einer Problemanalyse) mit der Zieldefinition beginnen. Eine am Ergebnis ausgerichtete Sichtweise ist vor allem für Planungszwecke sinnvoll, wenn also die Struktur- und Prozeßebene nicht geprüft, sondern erst gestaltet werden sollen.

Eine von der Struktur ausgehende Definition der drei Ebenen ist prinzipiell möglich, normalerweise aber ohne eine gleichzeitige Festlegung der Ergebnisebene relativ sinnlos. Ein von der Struktur ausgehender Ansatz läge beispielsweise vor, wenn eine Klinik z.B. durch Enthospitalisierungsmaßnahmen über freie Räumlichkeiten verfügt und die Frage gestellt wird, wie diese einer sinnvollen neuen Nutzung zugeführt werden können. Selbst in einem solchen Falle wird aber normalerweise die allgemeine Aufgabenstellung des Krankenhauses die von der Struktur her gegebenen Möglichkeiten im Sinne einer vorgegebenen Zielorientierung weitgehend begrenzen.

Geht man von der Prozeßdefinition aus, so ist in dieser die Zielorientierung in allgemeiner Form bereits inbegriffen, insofern ein Prozeß immer einen zielorientierten Ablauf darstellt. Ausgehend von der Festlegung der Prozeßebene ergibt sich die Abgrenzung der anderen Ebenen, wenn gefragt wird: Struktur wovon? Ergebnis wovon? Diese Sichtweise setzt die Existenz des Prozesses als gegeben voraus. Sie macht die Prüfung der prozessualen Abläufe erst möglich, sowohl hinsichtlich ihrer Ergebnisse, als auch hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen. Soweit es also, wie im Falle der Qualitätsbeurteilung, in erster Linie darum geht, nicht neue Abläufe zu entwickeln, sondern die Qualität real existierender Abläufe zu untersuchen, ist eine am Prozeß orientierte Definition der drei Ebenen erforderlich.

Prozeß selbst kann dabei prinzipiell auf jeder Konkretionsebene definiert werden. Die Zuordnung der Struktur- und Ergebnisebene leitet sich dann in gleicher Konkretion von der Prozeßdefinition ab. Definiert man z.B. ein einzelnes Therapiegespräch als die zu betrachtende Prozeßebene, so stellt die Rahmenbedingung „Steht ein störungsfreier Raum zur Verfügung?“ ein Merkmal von Strukturqualität dar, die durch das Gespräch bewirkte Aufklärung, Beruhigung, Aktivierung, o.ä. Faktoren der konkreten Ergebnisqualität. Definiert man demgegenüber die gesamte stationäre Behandlung eines Patienten als den zu betrach-

tenden Prozeß, so stellen die genannten Bedingungen und Faktoren eines einzelnen Gesprächs eher Merkmale der Prozeßqualität dar, während Strukturqualität sich dann auf die Rahmenbedingungen des gesamten Behandlungsprozesses bezieht, wie z.B. „Unterstützung der Behandlung durch eine adäquate Krankenhausverwaltung“ o.ä. Ergebnisqualität bezieht sich in diesem Falle dementsprechend ebenfalls nicht auf die einzelnen Befindlichkeitsschwankungen während der stationären Behandlung, sondern auf den medizinischen und psychosozialen Status des Patienten bzw. der Patientin an deren Ende.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätsbeurteilung ist es demnach erforderlich, zunächst die zu betrachtende Prozeßebene zu definieren. Grundsätzlich scheint hier eine Gliederung im Sinne von Bedingungebene (Struktur), Handlungsebene (Prozeß) und Zielebene (Ergebnis) am ehesten zum Erfolg zu führen.

Schaubild 2 auf S. 29 zeigt, wie diese Ebenen zusammenhängen, und daß die Zielorientierung im Sinne des o.a. Qualitätsbegriffs dabei durchgängig gegeben ist.

Die Behandlungseinheit als Bezugsebene

Unter dem Gesichtspunkt von „Qualitätsbeurteilung in der Krankenhauspsychiatrie“ ist demnach zunächst die dafür relevante Handlungsebene zu bestimmen. Je nach der jeweiligen Festlegung ergeben sich dann für die Struktur- und die Ergebnisebene verschiedene Perspektiven.

Sieht man den *Behandlungsprozeß* als die relevante Handlungsebene an, so sind dann die beiden folgenden Varianten zu unterscheiden:

- Behandlungsprozeß wird auf der Einzelfallebene definiert, d.h. als Behandlung des einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin.
- Behandlungsprozeß wird auf der Ebene der Behandlungseinheit definiert, d.h. im wesentlichen als das Handeln des jeweiligen therapeutischen Teams.

Schaubild 2: Zusammenhänge von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität

logische Ebene	Bedingungs- ebene	Handlungs- ebene	Ziel- ebene
Qualitäts- ebene	Merkmale von Strukturqualität	Merkmale von Prozeßqualität	Merkmale von Ergebnisqualität
		ermöglich	führt zu
Beispiel	Einbindung in die Region	Kooperation im Therapieprozeß	richtigere Behandlungsziele, bessere soziale Reintegration
Beispiel	Verfügbarkeit geeigneten Personals (Anzahl, Qualifikation, aufgabenorientierte Dienstpläne, usw.)	individualisiertes therapeutisches Handeln Bezugspersonensystem	keine unnötige Verlängerung der Behandlungsdauer weniger iatrogene Schäden Kooperation des Patienten (Compliance) höhere Patientenzufriedenheit höhere Mitarbeiterzufriedenheit
Beispiel	Verfügbarkeit geeigneter Behandlungsmittel (z.B. Medikamente) (z.B. Waschmaschine)	differenzierte, patienten- und problemangemessene Behandlungsmethoden (z.B. Psychopharmakotherapie) (z.B. Trainingsprogramme zur Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung lebenspraktischer Fertigkeiten)	höhere Effizienz (z.B. schnelleres Abklingen akuter psychotischer Symptome) (z.B. geringerer nachstationärer Hilfebedarf, reduzierte Hospitalismusgefahr)
Beispiel	„kleinräumige“ Architektur	differenzierte Milieugestaltung (Reizabschirmung, Normalisierung)	weniger iatrogene Schäden (durch Hospitalismusprophylaxe und Verzichtsmöglichkeit auf eingreifende Methoden wie Fixierungen, Sedierung, etc.) höhere Patientenzufriedenheit, bessere Compliance schnellere Beruhigung

Prozeß kann auch auf der Ebene des Gesamtkrankenhauses definiert werden, dann allerdings nicht als Behandlungsprozeß, sondern eher im Sinne des *Beitrags zur psychosozialen Versorgung* in der Region.

Für Zwecke der Qualitätsverbesserung erscheint es jedoch wenig sinnvoll, die Ebene des Gesamtkrankenhauses als den zu betrachtenden Prozeß zu definieren, im Sinne des Beitrags zur psychosozialen Versorgung. Patientinnen und Patienten werden nicht durch das Gesamtkrankenhaus behandelt. Auf dieser Ebene geriete daher der eigentliche Behandlungsprozeß als Hauptzweck der Gesamtveranstaltung „Psychiatrische Klinik“ eher aus dem Blick. Je

nach Größe und innerer Struktur finden sich vielmehr in einer Klinik zahlreiche Behandlungseinheiten, in denen jeweils unterschiedliche Konzepte und Verfahrensweisen Anwendung finden, und die sich in ihrer jeweiligen Qualität deutlich unterscheiden können. Eine „Gesamtqualität“ ließe sich daher auf der Ebene des Gesamtkrankenhauses nur in wenig aussagekräftiger Mittelung abbilden, wobei die dabei auftretenden Fehler um so größer wären, je weniger homogen die einzelnen Einheiten sind. Zwar ließe sich der Homogenitätsgrad selbst ebenfalls als Qualitätsmerkmal auffassen. Dem steht jedoch entgegen, daß gerade Inhomogenität, d.h. unterschiedliche Entwicklungsstufen

der verschiedenen Behandlungseinheiten, auch als Hinweis auf Aktivität und Weiterentwicklung der Gesamtorganisation angesehen werden muß, die als solche ebenfalls ein notwendiges Qualitätskriterium darstellt (im Sinne von Strukturqualität).

Ebensowenig erscheint es bei näherer Betrachtung sinnvoll, die Qualitätsbeurteilung eines Krankenhauses an der Behandlung des Einzelfalls festmachen zu wollen. Zum einen tritt hier der Gesichtspunkt, daß Gesamtqualität nur als arithmetisches Mittel zu erfassen wäre, noch verstärkt in Erscheinung. Zum anderen würde ein solcher Ansatz auch den Umstand verkennen, daß in Kliniken, im Unterschied zum ambulanten Bereich, Patienten gemeinhin in Gruppenstrukturen (z.B. Stationen) behandelt werden, und daß sich gerade daraus erst verschiedene qualitative Anforderungen (z.B. in Richtung auf individualisierte Behandlung) ergeben. Außerdem folgen aus dem Umstand, daß Krankenhausbehandlung auch das Zusammenleben der Patientinnen und Patienten in Gruppen umfaßt, sowohl zusätzliche Probleme, aber auch zusätzliche Möglichkeiten des therapeutischen Prozesses, die in einer strikt am Einzelfall orientierten Qualitätsbeurteilung nicht zu erfassen wären.

Aus den genannten Gründen kann eine Beurteilung der Behandlungsqualität in einer Psychiatrischen Klinik nur von der Ebene der einzelnen Behandlungseinheit ausgehen. Zu prüfen ist also *das Handeln des therapeutischen Teams, die Gestaltung der Bedingungen dieses Handelns und seine Ergebnisse* mit der Behandlungseinheit als wesentlicher Bezugsgröße.

Vorteile eines auf die Behandlungseinheit bezogenen Qualitätsbeurteilungsansatzes

Sofern Qualitätsbeurteilung zu mehr führen soll als zu einer reinen Qualitätskontrolle, muß sie dort ansetzen, wohin ihre Ergebnisse auch zurückwirken sollen. Die Behandlungseinheit selbst bzw. das in ihr tätige multiprofessionelle Behandlungsteam ist die Ebene, auf der Behandlung geplant und durchgeführt wird. Die wesentliche Steuerung des Behandlungsprozesses findet genau hier statt. Die Ebene der einzelnen Behandlungseinheit zum Ansatzpunkt der Qualitätsbeurteilung zu machen, ist somit die einzige Möglichkeit, Qualität bereits da zu sichern, wo sie erzeugt wird.

Qualitätsdefinition

Die Qualität psychiatrischer Behandlung und Pflege entwickelt sich aus dem Zusammenwirken von zahlreichen, ineinander eng verwobenen und voneinander abhängigen materiellen, personellen und strukturellen Gegebenheiten. Ein so komplexes Geschehen sichtbar und für eine Qualitätsbeurteilung handhabbar zu machen, kann nur in der Weise gelingen, daß der Therapieprozeß selbst, seine Rahmenbedingungen und seine Ergebnisse aus möglichst vielen verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und aus jedem dieser Blickwinkel bewertet wird. Für ein Qualitätsbeurteilungsverfahren ist es demnach notwendig, den gesamten Komplex „psychiatrische Krankenhausbehandlung“ einschließlich seiner Rahmenbedingungen mittels einer Unterteilung in verschiedene, als besonders relevant erachtete Teilbereiche möglichst umfassend abzubilden und einer Qualitätsbeurteilung zugänglich zu machen.

Bei einem solchen Ansatz ist es nicht zu vermeiden, daß die Bereiche sich überschneiden, daß es also zu Mehrfacherfassungen desselben Aspekts in verschiedenen Zusammenhängen, allerdings unter verschiedenen Blickwinkeln, kommt. Dabei bleibt die Auswahl der zu prüfenden Bereiche und erst recht deren Bewertung dem Grundsatz nach subjektiv. Der praktische Nutzen dieser Methode für eine Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken steht und fällt insofern mit dem Konsens über die zugrundeliegenden Qualitätsanforderungen.

Das Qualitätsmodell der Psych-PV

Anhand welches Anforderungsprofils läßt sich in der Krankenhauspsychiatrie Qualität beurteilen, also gute von schlechter Qualität unterscheiden?

Wie bereits ausgeführt wird sich eine objektive Festlegung relevanter Qualitätsanforderungen schon aus prinzipiellen Gründen nicht finden lassen. Daher kann nur danach gesucht werden, wie in dieser Frage ein möglichst breiter Konsens über qualitätsrelevante Merkmale und Ziele aussehen könnte. Eine wesentliche Quelle, auf die sich eine solche Konsensbildung beziehen kann, ist die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), da über diese

bereits ein relativ weitgehender fachlicher Konsens besteht.

Der Erlass der Psych-PV war mit der Forderung verbunden, den aus ihr resultierenden Personalzuwachs in eine Verbesserung der Behandlungsqualität umzusetzen.

Im § 4 Abs. 4 heißt es:

(4) Die Vertragsparteien schließen nach § 16 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung Rahmenvereinbarungen, die

- 1. eine Prüfung der Zuordnung der Patienten zu den Behandlungsbereichen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Krankenhaus ermöglichen;
- 2. eine Prüfung ermöglichen, ob die Personalausstattung nach dieser Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde.

In der Psych-PV sind die Qualitätsanforderungen für psychiatrische Behandlung, also das „entsprechende Behandlungsangebot“ nach § 4 Abs. (4), nur indirekt genannt. Die Behandlungsbereiche A1 bis G.6 sind u.a. durch die Behandlungsziele und -mittel definiert. Die Behandlungsmittel sind weiter in den Regelaufgaben der therapeutischen Berufsgruppen differenziert. Das der Psych-PV zugrunde liegende therapeutische Konzept ist an verschiedenen Stellen der Psych-PV (inkl. Amtliche Begründung und Anlagen) erkennbar (Fundstellen s. Stichwortverzeichnis in KUNZE/KALTENBACH).

Moderne psychiatrische Krankenhausbehandlung im Sinne der Psych-PV stützt sich u.a. auf folgende Grundprinzipien:

- Mehrdimensionales Krankheitskonzept
- Multiprofessionelles Behandlungsteam
- Bedarfsorientierte Versorgung
- Versorgungsverpflichtung
- Wohnortnahe Behandlung
- Überschaubares Einzugsgebiet.

Obwohl diese Prinzipien stärker auf die Rahmenbedingungen von Behandlung orientieren als auf den Behandlungsprozeß selbst, stellen sie doch bereits wesentliche Qualitätsanforderungen stationärer psychiatrischer Behandlung dar.

Im Sinne einer internen Qualitätsbeurteilung sind vor allem die drei ersten Prinzipien bedeutsam:

- Die Forderung nach einem mehrdimensionalen Krankheitskonzept bedeutet, daß die Wechselwirkung von somatisch-hirnorganischen, psychischen/biographischen und so-

zialen Dimensionen in Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden müssen. Inwieweit dieser mehrdimensionale Ansatz auch in die reale Therapiepraxis umgesetzt wird, stellt insofern ein ganz wesentliches Qualitätsmerkmal dar.

- Die Forderung nach multiprofessioneller Teamarbeit leitet sich nach Auffassung der Expertengruppe aus der Mehrdimensionalität des Krankheitskonzeptes zwingend ab. Ein multiprofessionelles Team in diesem Sinne hat alle Berufsgruppen zu integrieren, die in der Psych-PV genannt sind, also Ärzte, Pflegedienst, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten. Auch die adäquate Teamzusammensetzung ist demnach ein Qualitätsmerkmal.
- Die Forderung nach bedarfsorientierter Versorgung versucht, dem sog. „angebotsorientierten“ Verfahren einen Riegel vorzuschieben, nach dem sich Therapieeinrichtungen konzeptgemäße Patientinnen und Patienten suchen, statt patientengemäße Konzepte zu entwickeln.

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 der Patientinnen und Patienten
- 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 Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung
- L) Mehrdimensionales Krankheitsverständnis
- M) Methodisch-wissenschaftliche Orientierung
- N) Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multiprofessionelle Behandlung
- O) Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer 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

Literaturverzeichnis

- BAHRS, O.; F.M. GERLACH; J. SZECZENYI (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel (2. Aufl.) Deutscher Ärzteverlag, Köln 1995.
- BERGER, M.: Qualitätssicherung – eine Standortbestimmung. In HAUG, H.-J.; R.-D. STEGLITZ (1995).
- BÖHME, K.; C. CORDING; G. RITZEL, A. SPENGLER; U. TRENCKMANN: Thesen zur Qualitätssicherung (QS). Spectrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 23 (1994) 58 – 62.
- BUCHHORN, E.: Der Ärztliche Standard. Deutsches Ärzteblatt 90 (1993) B 1446 – 1449.
- BÜHRINGER, G.; M. GASPAR u. Mitarb.: Methadon-Standards. Enke, Stuttgart 1995.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hrsg.): Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme. Nomos, Baden-Baden 1994.
- CARE of the Seriously Mentally Ill – A Rating of State Programs. First Edition 1986; Second Edition 1988; Third Edition 1990. A Publication of Public Citizen Health Research Group and the National Alliance for the Mentally Ill. (Dept. CSMJ. 2000 P Street N.W., Washington DC 20036, USA).
- CORDING, C.; W. GAEBEL u. Mitarb.: Die neue psychiatrische Basisdokumentation. In: Spectrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 24, (1995) 3 – 41.
- CORDING, C.; H. FLEISCHMANN; H.E. KLEIN (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Suchttherapie. Lambertus, Freiburg 1995.
- von CRANACH, M.: Leitfaden für die Begehung des Psychiatrischen Krankenhauses – Qualitätssicherung. In: KUNZE, H.; KALTENBACH, L. (Hrsg.) Anhang 11.
- FAK-ASMUTH, W.G.: Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Das Krankenhaus 10 (1995) 470 – 480.
- FAUMANN, M.A.: Quality Assurance Monitoring in Psychiatry. In: MATTSON, M.R. (Ed) s.d..
- FRANKLIN, D.; TROTTER, Ch.: The Madness Establishment. Ralph Nader's Study Group Report on the National Institute of Mental Health, 1975, New York. Zusammenfassung: Psychiatrische Praxis 3 (1976) 69 – 70.
- GAEBEL, W.: Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Nervenarzt 66 (1995) 481 – 493.
- GAEBEL, W. (Hrsg.): Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien New York 1995.
- GEIGER, W.: Qualitätslehre. Vieweg, Braunschweig Wiesbaden 1994.
- GRAWE, K.; DONATI, R.; BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 1994.
- HART, J.T.: The inverse care law, Lancet I, 1971, 406.
- HAUG, H.-J.; STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1995.
- HERMER, M.; W. PITTRICH; W. SPÖHRING, U. TRENCKMANN (Hrsg.): Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Leske und Budrich, Opladen 1995.
- KALTENBACH, T.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen 1993.
- KISTNER, W.: Der Pflegeprozeß in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege (2. Aufl.). Gustav Fischer, Stuttgart/Jena/New York 1994.

KISTNER, W.; KUNZE, H.; POHL, J.: Qualitätsbeurteilung in der klinischen Psychiatrie. In: Krankenhauspsychiatrie (im Druck).

KUNZE, H.: Bürgerrechte psychiatrischer Patienten in den USA – Medizinische und verfassungsmäßige Minimalstandards für angemessene Behandlung. Psychiatrische Praxis 3 (1976) 77 – 86.

KUNZE, H.: Begehungskommission für psychiatrische Institutionen auch in der Bundesrepublik? Psychiatrische Praxis 4 (1977) 104 – 107.

KUNZE, H.: Umsetzung der Psych-PV und Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Das Krankenhaus 3 (1995) 130 – 134.

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

LAFONTAINE, J.: Krankenhausaufsicht durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Das öffentliche Gesundheitswesen 56 (1994) 313 – 318.

LEIMKÜHLER, A.M.: Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: GAEBEL, W. (Hrsg.) 1995.

MATTHESIU, R.G.; JOCHHEIM, K.-A. u.a. (Hrsg.): JCIDH – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. WHO Genf/Ullstein Mosby 1995.

MATTSON, M.R. (Ed.): Manual of Psychiatric Quality Assurance – A Report of the American Psychiatric Association Committee on Quality Assurance. Washington D.C. 20005, USA.

PFITZINGER, E.: DIN EN ISO 9000 für Dienstleistungsunternehmen. Berlin: Beuth 1995.

PINTER, E. u. Mitarb.: DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Krankenhaus-Umschau 3 (1995) 22 – 32.

PRIEBE, St.: Editorial – Bedeutung der Lebensqualität für psychiatrische Versorgung und Forschung. In: Psychiatrische Praxis 21 (1995) 87.

PRIEBE, St.; Th. GRUYTERS u. Mitarb.: Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Praxis 22 (1995) 140–144.

PRÖSSDORF, K.: Qualitätssicherung aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft. In: GAEBEL, W. (Hrsg.) 1995.

SELBMANN, H.K.: Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In GAEBEL, W. 1995.

SPIESSL, H.; KRISCHKER, S.; SPINDLER, P.; CORDING, C.; KLEIN, H.E.: Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. In: Krankenhauspsychiatrie 1 (1996) 1 – 5.

STIEGLITZ, R.-D.; HAUG, H.-J.: Therapiezielbestimmung und -evaluation als Mittel zur Qualitätssicherung. In: HAUG, H.-J.; STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.) 1995.

TAYLOR, D.T.: The Joint Commission Quality Assessment and Improvement Model. In: MATTSON, M.R. (Ed) s.d..

WILSON, G.F.: Defining and Measuring Quality. In: MATTSON, M.R. (Ed) s.d..

WOLFERSDORF, M.: Modellprojekt zur Qualitätssicherung der klinischen Depressionsbehandlung. Vortrag beim Symposium „Qualitätssicherung in der Psychiatrie“, Köln 17.11.1995.

WOLPERT, E.: Intervision – ein neuer Weg kollegialer Hilfen zwischen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. In: KRISOR, M. (Hrsg.): Gemeindepsychiatrisches Gespräch. Erlangen. perimed-fachbuch 1989.

**II. Leitfaden
zur
Qualitätsbeurteilung
in Psychiatrischen
Kliniken**

Anleitung zur Arbeit mit dem Leitfaden

Wozu dient der Leitfaden?

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 kritischen Reflexion ihrer Arbeit. Er soll dazu dienen, jeweils bestimmte Ausschnitte des eigenen Handelns anhand von definierten Qualitätsanforderungen zu überprüfen und eventuelle Schwachstellen zu identifizieren, um auf dieser Grundlage bei Bedarf Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu entwickeln.

Der Leitfaden richtet sich an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Kliniken, die bestrebt sind, ihr eigenes Handeln kontinuierlich zu überprüfen und zu optimieren. Das Ziel der Arbeit mit dem Leitfaden ist die Verbesserung der Behandlungsqualität bzw. die Erhaltung von bestehender guter Qualität. Dies kann nur erreicht werden, wenn sich alle über die Kriterien einer guten Behandlung im Klaren sind, und die Bereitschaft dazu vorhanden ist, die eigene Arbeit an diesen Kriterien zu messen.

Was beinhaltet der Leitfaden?

Die Qualitätsanforderungen

Grundlage für jede Qualitätsbeurteilung ist die Definition der anzustrebenden Qualitätsmerkmale. In dem vorliegenden Leitfaden wurde eine Liste von Qualitätsanforderungen zusammengestellt, die auf breiter Basis fachlichen Konsens fand. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder unumstößliche Gültigkeit, sie stellt lediglich den von der Arbeitsgruppe ermittelten derzeitigen Stand der Fachdiskussion über anzustrebende Ziele, Mittel und Rahmenbedingungen der psychiatrischen Behandlung dar.

Entsprechend ist die Liste geordnet³:

Behandlungsziele

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

Vorrangige Absichten

- D) Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten
- 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 Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung
- L) Mehrdimensionales Krankheitskonzept
- M) Methodisch-wissenschaftliche Orientierung
- N) Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multiprofessionelle Behandlung
- O) Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen
- P) Nachrangigkeit stationärer Hilfen
- Q) Angemessene Dokumentation
- R) Reflexion

Optimale Nutzung der Ressourcen

- S) Wirtschaftlichkeit
- T) Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen
- U) Aufgabengerechter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- V) Regelung der fachlichen Zuständigkeit
- W) Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln

³ Die bereits im Kapitel „Ergebnisse des Projekts“ dargestellte Aufstellung der Qualitätsanforderungen wird hier wiederholt, um sie auch Leserinnen und Lesern zugänglich zu machen, die gleich mit Teil II begonnen haben.

Diese Qualitätsanforderungen werden auf den Seiten 49ff jeweils in einem kurzen Text erläutert.

Die Bereiche

Um eine aussagekräftige Beurteilung der psychiatrischen Praxis im Hinblick auf deren Qualität zu erreichen, müssen das Behandlungsergebnis, der Behandlungsprozeß und seine Rahmenbedingungen konkret und differenziert betrachtet werden. Die psychiatrische Behandlung umfaßt eine Vielzahl von Tätigkeiten und Tätigkeitsfeldern, die sich in der Praxis auf einem ganz unterschiedlichen qualitativen Stand befinden können. So kann in einer Behandlungseinheit z.B. die Diagnostik anhand der o.g. Anforderungen beurteilt eine sehr gute Qualität aufweisen, während möglicherweise bei der Arbeit mit den Angehörigen oder den Entlassungsvorbereitungen deutliche Mängel bestehen.

Für eine differenzierte Beurteilung der Qualität und eine daraus folgende Qualitätsmanagementstrategie sind deshalb die Qualitätsanforderungen für jeden Teilbereich der Behandlung einzeln zu bewerten.

Als Bereiche, in denen die Qualitätserzeugung anhand der genannten Kriterien erfaßt werden sollte, um ein umfassendes Bild der Gesamtqualität zu ermöglichen, um Schwachstellen zu identifizieren und um Ansatzpunkte für qualitätsfördernde Strategien zu finden, schlägt die Projektgruppe die folgenden Teilbereiche psychiatrischer Behandlung und ihrer Rahmenbedingungen vor:

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
- 23) Personalmanagement (Motivation, Förderung, Arbeitsklima, Kooperation)

Institutionsbezogene Bereiche

- 24) Krankenhausgliederung und Leitung
- 25) Kooperation zwischen Krankenhausverwaltung und Behandlungsbereich
- 26) Öffentlichkeitsarbeit
- 27) Vertretung der Interessen von Patientinnen und Patienten
- 28) Erreichbarkeit

Die Bereiche sind ebenso wie die Anforderungen jeweils in einem kurzen Text erläutert.

Die Kontextmatrix

Aus den beiden oben dargestellten Listen – Qualitätsanforderungen und Bereiche – ergibt sich die auf den Seiten 44f dargestellte Kontextmatrix.

Die Felder der Matrix stellen die einzelnen „Prüfungspunkte“ dar, d.h. es kann jeweils ein Bereich in Bezug auf jede Anforderung hinterfragt werden, oder es kann eine Anforderung in jedem Bereich überprüft werden. In der Praxis wird wahrscheinlich eher das zuerst genannte Verfahren zum Einsatz kommen.

Die Fragen

Jedes einzelne Feld der Matrix stellt den inhaltlichen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Bereich und der Anforderung dar. Die Qualitätsbeurteilung, so wie sie mit dem Leitfaden angestrebt wird, besteht darin, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik auf der jeweils zuständigen Ebene – Behand-

Diese Seite ist absichtlich leer!

Bereiche Kontextmatrix Anforderungen		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		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	Materielle Grundversorgung
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										
J	Beziehungsorientierte Behandlung										
K	Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung										
L	Mehrdimensionales Krankheits-konzept										
M	Methodisch-wissenschaftliche Orientierung										
N	Integration der verschiedenen Thera-pieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung										
O	Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Ver-mittlung nichtpsychiatrischer Hilfen										
P	Nachrangigkeit stationärer Hilfen										
Q	Angemessene Dokumentation										
R	Reflexion										
S	Wirtschaftlichkeit										
T	Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen										
U	Aufgabengerechter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter										
V	Regelung der fachlichen Zuständigkeit										
W	Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln										

Diese Seite ist absichtlich leer!

Behandlungseinheit, Klinikleitung, usw. – gemeinsam klären, inwieweit und mit welchen Mitteln sie die jeweilige Anforderung in dem zu betrachtenden Bereich berücksichtigen. D.h., sie sollen sich für jedes Matrixfeld die Frage stellen: „Was tun wir dafür, daß diese Anforderung in diesem Bereich erfüllt wird?“

Als Hilfestellung sind in dem Leitfaden für jeden Bereich jeweils verschiedenen Anforderungen zugeordnete konkrete Beispielfragen formuliert. Diese Fragen sollen den inhaltlichen Zusammenhang zwischen dem Bereich und der Anforderung veranschaulichen und den Einstieg in die Diskussion erleichtern.

Die Qualitätsbeurteilung 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 gegebenenfalls ein Veränderungsbedarf besteht.

Die Beispielfragen wurden nicht alle mit allen Expertinnen und Experten des Projektes abgestimmt. Ein Anspruch auf Perfektion ist weder mit den Formulierungen noch mit der Tatsache verbunden, daß in einem Teil der Matrixfelder Fragen stehen, in anderen nicht. Es wurde bewußt darauf verzichtet, den Anschein von Vollständigkeit zu erwecken, um die Inhalte der Reflexionsgespräche möglichst offen zu halten.

Die Ebenen

Die Qualitätsbeurteilung kann auf verschiedenen Betrachtungsebenen vorgenommen werden. Es können beurteilt werden:

- mit Blick auf die einzelnen Patientinnen und Patienten
 - der jeweilige Behandlungsverlauf
 - das Behandlungsergebnis
- mit Blick auf die Behandlungseinheit das Behandlungskonzept und dessen praktische Umsetzung durch das multiprofessionelle Team
- mit Blick auf die Institution die stationsübergreifenden Konzepte, die Linie und „Philosophie“, die Struktur sowie die allgemeinen Rahmenbedingungen der Klinik.

Die Ebene des Einzelfalls

Die Aussage darüber, ob die Behandlung eines einzelnen Patienten als mehr oder weniger gut beurteilt wird, sagt sicher nichts über die Behandlungseinheit oder die Klinik insgesamt aus. Die Betrachtung des Einzelfalls kann jedoch sehr wichtige Hinweise auf grundlegende Probleme geben. Allgemeinere Erkenntnisse können erst durch die zusammenfassende Beurteilung einer größeren Anzahl von Patientinnen und Patienten unter konkret festgelegten Fragestellungen zu einem der Bereiche oder einer der Anforderungen gewonnen werden.

Um die Qualität der Behandlung im Einzelfall beurteilen zu können, ist es erforderlich, zwischen dem Behandlungsverlauf, d. h. den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen, und dem Ergebnis der Behandlung, d.h. dem erreichten Stand zu unterscheiden.

Der Behandlungsverlauf

Den Behandlungsverlauf im Rückblick zu betrachten, bedeutet, sich in dem ausgewählten Bereich für jede Anforderung zu überlegen:

- „Gab es in diesem Punkt bei dem Patienten bzw. der Patientin Handlungsbedarf, welches Behandlungsziel wurde angestrebt?“
- „Welche Behandlungsmaßnahmen wurden für diesen Zweck durchgeführt, waren diese geeignet und ausreichend?“

Eine Patientin bzw. ein Patient kann z.B. krankheitsbedingte Schwierigkeiten im Rahmen der Alltagsbewältigung (Zimmerreinigung, Essenzubereitung, Wäschepflege, usw.) haben. In dem Bereich 6: „Hilfen in Bezug auf Wohnen/Selbstversorgung“ unter der Norm C „Förderung der sozialen Integration“ müßten diese Probleme angesprochen werden. War das Ziel, die weitgehende Selbständigkeit in der Selbstversorgung, ist zu fragen, ob der oder dem Betreffenden ein Haushaltstraining o.ä. angeboten wurde. Wurde die Befähigung zur Selbstversorgung als unrealistisch angesehen, ist zu fragen, ob der Patient oder die Patientin darin unterstützt wurde, für geeignete kompensatorische Hilfen (Haushaltshilfe, Essen auf Räderno.ä.) zuzorgen.

de der vier Ebenen einzeln überprüft werden, inwieweit die Anforderung in dem Bereich erfüllt wird bzw. wurde.

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 Autoren die Zeit oder Phantasie fehlte, entsprechende Fragen zu finden. Dies bleibt der Kreativität der Nutzer des Leitfadens überlassen. Es wurde bereits weiter oben erklärt, daß die Fragentabellen keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern lediglich dazu dienen, den inhaltlichen Zusammenhang zwischen der Anforderung und dem Bereich zu verdeutlichen, und den Einstieg in die gemeinsame Reflexion zu erleichtern.

Wer arbeitet mit dem Leitfaden?

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 Besprechung von allgemeinen Rahmenbedingungen oder Kooperationsfragen,
- usw.

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. Das Ziel des Verfahrens muß sein, die Qualität der Behandlung kritisch zu betrachten und daraufhin möglichst zu verbessern, nicht sie zu bewerten oder gar zu benoten.

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.

Für eine zielgerichtete Diskussion, die konkrete praktische Schritte zur Qualitätsverbesserung zum Ergebnis haben soll, ist eine qualifizierte Moderation sinnvoll. Gegebenenfalls kann diese von einem nicht zum Team gehörigen Diskussionsleiter übernommen werden, der aber nicht in einer den anderen übergeordneten Position stehen sollte, um deren Offenheit nicht zu behindern.

Qualitätsanforderungen

Verminderung psychopathologischer Symptomatik

Unmittelbares Ziel psychiatrischer Klinikbehandlung ist die Vermeidung psychischer, psychosomatischer oder neuropsychiatrischer Beeinträchtigungen oder sozialer Verhaltensauffälligkeiten, denen eine psychische Erkrankung zugrunde liegt.

Da die auch in der Psychiatrie angestrebte Symptommfreiheit oft nicht zu erreichen ist, muß Hilfen zur Kompensation von fortbestehenden Krankheitsfolgen das gleiche Augenmerk gewidmet werden wie der Krankheits- und Symptombehandlung selbst.

Psychische Erkrankungen gehen nicht nur mit intrapsychischen und körperlichen Störungen einher. Sie wirken sich vor allem auf die soziale Orientierungsfähigkeit und das soziale Alltagsverhalten des erkrankten Menschen aus. Daher müssen Diagnostik und Therapie die unterschiedlichen, für das praktische Leben der betroffenen Person relevanten Handlungsfelder beachten. Die Unterstützung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, zur Arbeits- und Freizeitgestaltung, Beschäftigungsaktivitäten, Bewegung und Sport sind daher wichtige Behandlungskomponenten, die gemeinsam zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beitragen sollen. Die Diagnostik der psychopathologischen Symptomatik muß die subjektive Relevanz für die erkrankte Person sowie ihre Bedeutung für die Bezugspersonen einbeziehen. Es ist zu berücksichtigen, daß die Bedeutung von Krankheitssymptomen stets in einem gegebenen sozialen Kontext steht und zu verstehen ist.

Während in der Akutbehandlung, z.B. im Umgang mit der Problematik der Suizidalität, unmittelbare Entlastung und Verminderung seelischen Leidens im Vordergrund steht, rückt bei längerer Krankenhausbehandlung die mehrdimensionale rehabilitative Behandlung krankheitsbedingter Einbußen in den Vordergrund.

Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance

Psychiatrische Behandlung steht gerade wegen der zum Teil erheblichen sozialen Beeinträchtigung der Betroffenen einerseits und der mit der gesellschaftlichen Ordnungsfunktion der Psychiatrie verbundenen Möglichkeiten zur Mißachtung des Patientenwillens andererseits unter einer besonderen ethischen Verantwortung. Diese muß sich darin ausdrücken, daß die Selbstbestimmung des Patienten bzw. der Patientin in allen Bereichen der Behandlung („Behandlung muß verhandelt werden“) oberstes Gebot ist, es sei denn, diese sei durch Gerichtsbeschluß zeitweise suspendiert und auf andere übertragen.

Es liegt ganz entscheidend an den Therapeutinnen und Therapeuten, ob und inwieweit Patientinnen und Patienten lernen,

- ihre Erkrankung angemessen wahrzunehmen, realistisch einzuschätzen und in ihr Selbstbild zu integrieren
- die Wirkungen und Nebenwirkungen nicht nur der medikamentösen Behandlung sondern auch die Wirkungen und unerwünschten Effekte der anderen Behandlungen zu verstehen
- belastende und entlastende Situationen zu erkennen und zu steuern (inkl. Wahrnehmen und Umgehen mit persönlichen Frühwarnzeichen von Krankheitsrückfällen)
- verbliebene Fähigkeiten zu erhalten sowie kompensatorische Fähigkeiten zu entwickeln
- angemessene Hilfen rechtzeitig in Anspruch zu nehmen,

um so möglichst weitgehende Eigenverantwortung für die Krankheit und Behandlung zu übernehmen. Dies ist für die häufig nach der Entlassung weiter notwendige ambulante Behandlung sowie die Inanspruchnahme anderer Hilfen eine entscheidende Voraussetzung (Compliance).

Im Krankenhaus leben viele Personen eng zusammen. Dies erfordert Rücksichtnahme und ein Minimum an Regeln. Doch bringt dies die Gefahr mit sich, daß mehr „geordnet“ wird, als in der speziellen Situation unbedingt erforderlich wäre, mit der Folge, daß Patientinnen

und Patienten verunselbständigt werden (Hospitalismus). Deshalb sind alle Regelungen (z.B. geschriebene und „ungeschriebene“ Stationsregeln) von Zeit zu Zeit darauf zu überprüfen:

- Wer hat ein Bedürfnis für diese Regelung? Zu welchem Zweck?
- Welche Konsequenzen haben diese Regeln für die Förderung der Verantwortungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten?

Im Gegensatz zum Erwachsenenalter ist bei Kindern und Jugendlichen jedoch auch die erzieherische Verantwortlichkeit der sorgeberechtigten Eltern bzw. verantwortlichen Erziehungspersonen zu beachten, die während einer klinischen psychiatrischen Behandlung bestehen bleibt. Trotzdem stellt auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Zuwachs an sozialen Fähigkeiten mit dem Ziel der Übernahme von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung mit fortschreitendem Alter ein zentrales Behandlungsziel der klinischen psychiatrischen Intervention dar.

Die Verantwortungsfähigkeit, die sich sowohl auf das Problem- bzw. Krankheitsverständnis als auch auf die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln beziehen soll, nimmt mit zunehmenden Alter der Jugendlichen zu. Andererseits bleibt bis zum Erreichen der Volljährigkeitsgrenze die verantwortliche Mitwirkung der Sorgeberechtigten bzw. Erziehungsverantwortlichen bestehen.

Die langfristige Entwicklung eines psychisch erkrankten Kindes oder Jugendlichen hängt nicht nur von den Komplikationen der Krankheit und deren Bewältigung, sondern genauso davon ab, ob es ihm angesichts der oft großen Ängste und Unsicherheiten seiner Eltern und Angehörigen gelingt, die notwendige Lösung und Verselbständigung zum Erwachsenwerden trotz seiner Erkrankung zu verwirklichen. Oftmals muß die anstehende Absicherung der Lebens- und Berufsplanung eines psychisch erkrankten Kindes auf die Tatsache umgestellt bzw. eingestellt werden, daß die Familie und das Kind bis auf weiteres mit einer psychischen Krankheit und Behinderung leben werden, daß also bisher gültige Lebenskonzepte und Erwartungen auf die Realität der jeweiligen Belastbarkeit des Kindes ausgerichtet werden müssen.

Qualitätsanforderung C:

Förderung der sozialen Integration

Diagnostische und therapeutische Handlungsstrategien in der Erwachsenenpsychiatrie wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen nach fachlichem Konsens das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten von vornherein mit einbeziehen. Das ist in erster Linie die Familie. Sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie begründet die Ausrichtung auf den Lebensbereich des Kindes oder Erwachsenen das Erfordernis der familiennahen Versorgung.

Bei der klinischen Behandlung des psychisch kranken Menschen müssen Beziehungen zum sozialen Herkunftsbereich soweit wie möglich erhalten werden, z.B. durch die Benutzung von Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur, bei tagesklinischer Behandlung z.B. durch den Besuch der Herkunftsschule, des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes.

Durch psychische Erkrankungen oder krankheitsbedingte Störungen der psychischen und sozialen Funktionen droht den Betroffenen der Verlust an Fertigkeiten zu sozial integrativer Entwicklung. Die Behandlung psychischer Krankheit muß daher letztlich stets darauf ausgerichtet sein, die Fähigkeiten des erkrankten Menschen wiederherzustellen, zu verbessern oder zu sichern, am Leben der Sozialgemeinschaft teilzunehmen, soweit ihm dies nach seinen Möglichkeiten und Fertigkeiten gelingen kann.

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die betroffene Person nicht nur in ihrem Befinden, sondern auch ganz wesentlich in ihrer Handlungsfähigkeit und Belastbarkeit in lebenspraktischer und sozialer Hinsicht. Als Folge davon ergeben sich Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung, z.B. bei der Haushaltsführung, Ernährung, Körperhygiene u.ä. oder in der Übernahme sozialer Rollen in Beruf, Familie, Freundeskreis, usw. Psychiatrische Krankheits-symptomatik führt durch die mit ihr oft verbundenen Auffälligkeiten im zwischenmenschlichen Bereich und durch Beeinträchtigung der lebenspraktischen Fertigkeiten einerseits, andererseits aber auch wegen der Angst der Gesellschaft vor dem scheinbar „Unberechenbaren und Gefährlichen“ und we-

gen der daraus erfolgenden Stigmatisierung leicht zur sozialen Desintegration. Dabei korreliert das Ausmaß sozialer Zurückweisung oft mehr mit den Umfeldbedingungen und dem Defizit an geeigneten Hilfen als mit dem Schweregrad der Erkrankung selbst.

Die psychiatrische Behandlungsintervention muß auf eine Art und Weise erfolgen, die die noch vorhandene Lebenskontinuität der Patientinnen und Patienten so wenig wie möglich zusätzlich belastet. Die Klinikbehandlung umfaßt deshalb neben Tätigkeiten in der Klinik auch therapeutische Aktivitäten im privaten und beruflichen bzw. schulischen Lebensumfeld. Aufgabe der Krankenhausbehandlung ist unter diesem Aspekt die Förderung der Patientinnen und Patienten auf allen beeinträchtigten Handlungsebenen sowie, bei fortdauernden Einschränkungen, die Einleitung kompensatorischer Maßnahmen. Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und Defizite weitgehende Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Fremdhilfen in allen Lebensbereichen zu ermöglichen.

In vielen Fällen ist eine Heilung im Sinne einer vollständigen Wiederherstellung des Zustandes vor Krankheitsbeginn nicht zu erreichen. Das bedeutet jedoch nicht, daß eine soziale Wiedereingliederung nicht möglich wäre. Die Qualität des erreichten Behandlungsergebnisses der sozialen Integration bemißt sich nicht an der erreichten Höhe des sozialen „Status“, sondern vorrangig an der adäquaten Abstimmung zwischen den Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und den an sie gestellten Anforderungen.

Die Krankenhausbehandlung muß also die Patientinnen und Patienten in ihren sozialen und lebenspraktischen Kompetenzen fördern und sie auf der anderen Seite darin unterstützen, ihre Lebensbedingungen so zu gestalten, daß sie den daraus resultierenden Anforderungen auch bei fortbestehenden Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit gerecht werden können.

Unter diesem Aspekt sind die Bereiche Wohnen, Paarbeziehung, Selbstversorgung, Beruf, Beschäftigung und soziale Kontakte zu betrachten. Neben entsprechender Unterstützung und übenden Hilfen im Rahmen der Behandlung muß die Einbindung und Vernetzung der Klinik in das psychosoziale Hilfesystem der Region, für welches das Krankenhaus Zustän-

digkeit bzw. Behandlungsverpflichtung übernommen hat, gewährleistet sein.

Qualitätsanforderung D:

Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten

Humanität als Handlungsnorm bedarf im Grunde keiner besonderen Begründung. Das Grundgesetz definiert sie als Grundwert. Die Geschichte der deutschen Psychiatrie einerseits und die sich aus dem Spannungsfeld von Freiwilligkeit und Zwang in der Behandlung ergebenden Besonderheiten andererseits lassen es jedoch als sinnvoll erscheinen, die Forderung nach Humanität im Umgang mit psychisch Kranken explizit als Qualitätsnorm zu kennzeichnen.

Psychiatrie ist – wie aus ihrer Geschichte erkennbar – u.a. 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 Umgangs mit Zwangsmitteln (z.B. Fixierungen, Zwangsmedikation) bis zu herablassenden und verletzenden Umgangsformen.

Wenn eine Person sich im Krankenhaus aufhalten muß, weil sie anders nicht behandelt werden kann, so muß die Klinik auf religiöse, kulturelle und persönliche Besonderheiten Rücksicht nehmen (z.B. Ernährung, Kleidung, kulturelle und religiöse Gewohnheiten). Die Person der Patientin bzw. des Patienten in ihrer Besonderheit (Biographie, Wertorientierung, Lebensziele usw.) wie auch in der persönlichen Ausprägung ihrer Erkrankung wahrzunehmen, erfordert sowohl die Achtung der Würde der Patientin bzw. des Patienten wie auch die qualifizierte Behandlung.

Nutzerzufriedenheit

Psychiatrische Kliniken müssen sich als Dienstleistungsunternehmen verstehen. Die Auftraggeber zufriedenzustellen, ist daher eine selbstverständliche Anforderung. Doch zwischen den verschiedenen Auftraggebern besteht in Bezug auf Ziele und Anforderungen nicht immer Deckungsgleichheit. Auftraggeberinnen und -geber sind nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch ggf. Angehörige, Arbeitgeber, zuweisende und nachbehandelnde Institutionen, Kostenträger, gesundheitspolitische Instanzen und nicht zuletzt Betreuerinnen und Betreuer sowie Gerichte, die über Einweisungen entscheiden. Allseitige Zufriedenheit kann daher nicht immer erreicht werden. Nutzerzufriedenheit darf natürlich nicht dadurch angestrebt werden, daß man Forderungen und Wünschen nachgibt, die letztlich den Patientinnen oder Patienten schaden und bei denen fachliche Grundsätze und Standards verletzt werden. Als Qualitätsmerkmal kann deshalb hier nur gelten, inwieweit diese Zielnorm im Behandlungsprozeß reflektiert, berücksichtigt und angestrebt wird.

Die Beurteilung der Zufriedenheit wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie neben der Befragung der Patientinnen und Patienten immer auch die meist intensiv einbezogenen Eltern, Sorgeberechtigten oder verantwortlichen Bezugspersonen einschließen müssen.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, den Gesichtspunkt der Nutzerzufriedenheit auch im Binnenverhältnis der Klinik zwischen verschiedenen Einheiten, die in der Zusammenarbeit aufeinander angewiesen sind, Beachtung zu schenken (nicht nur therapeutische Einheiten untereinander wie z.B. „Station zu Ergotherapie“, sondern auch im Verhältnis zu Verwaltung, Wirtschaftsbetrieben, Pforte usw.). Dabei ist es hilfreich, auf wechselseitige Nutzerzufriedenheit zu achten und nicht das Augenmerk nur darauf zu richten, daß andere für die eigene Zufriedenheit zu sorgen haben: jede Einheit ist sowohl „Nutzerin“ wie „Lieferantin“ im Verhältnis zu anderen Einheiten in der Klinik.

Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz

Zunächst gilt in der Psychiatrie wie überall in der Medizin selbstverständlich das Grundprinzip, daß Patientinnen und Patienten durch die Art und die Umstände der Behandlung nicht mehr als unvermeidlich geschadet werden darf. Dazu gehört ggf. wie in der somatischen Medizin: Stabilisierung der Vitalfunktionen und Einleitung von Notfallmaßnahmen bei lebensbedrohlichen Krankheitszuständen (z.B. Delir, Intoxikation, Asthma-Anfall, Status epilepticus); sorgfältige allgemeinmedizinische Behandlung und Verordnung notwendiger fachärztlicher Behandlungen. Große Aufmerksamkeit erfordert der Schutz von suizidgefährdeten Patientinnen und Patienten.

In der Psychiatrie sind allerdings zusätzlich einige Besonderheiten zu beachten:

Schutz vor sozialen Schäden und Stigmatisierung

Psychiatrische Erkrankungen können mit Verhaltensauffälligkeiten verbunden sein, die bereits als solche zu sozialen Schäden führen können, z.B. unsinnige finanzielle Transaktionen im Rahmen manischer Erkrankungen, kriminelle Handlungen (Beschaffungskriminalität) infolge von Suchterkrankungen oder gar schwerwiegende krankheitsbedingte Straftaten. Derartige Erkrankungskonsequenzen im Interesse der Zukunft des Patienten bzw. der Patientin nach Möglichkeit zu verhindern, muß integraler Bestandteil aller Teile eines psychiatrischen Versorgungssystems, also auch der stationären Behandlung, sein.

Die mit psychiatrischen Erkrankungen verbundenen sozialen Auffälligkeiten können darüber hinaus im sozialen Umfeld negative Reaktionen zur Folge haben. Diese Reaktionen umfassen Beziehungsreaktionen (z.B. den Rückzug des unmittelbaren sozialen Umfelds von dem oder der Betroffenen), sozialrechtliche Konsequenzen (z.B. Kündigung des Arbeitsplatzes, Frühberentung statt Rehabilitation), wirtschaftliche Nachteile (z.B. durch die Kosten für Suchtmittel oder das Ausnutzen krankheitsbedingter Geschäftsunfähigkeit) und im Extremfall körperliche Beeinträchtigungen (z.B. durch aggressive Gegenreaktionen auf

krankheitsbedingte Distanzlosigkeit, wahnhaftes Äußerungen usw.).

Die aus dem krankheitsbedingt sozial inadäquaten Verhalten einer psychisch kranken Person folgenden sozialen Schäden können nicht nur vor der Behandlung entstehen, sondern ebenso während derselben. Bereits die Möglichkeit, z.B. an den Arbeitgeber auffällige Briefe zu schreiben oder Telefongespräche zu führen, kann dazu ausreichen. Bei Beurlaubungen tritt diese Gefahr noch verstärkt in Erscheinung. Daß diese Gefahr nicht unterschätzt werden darf, zeigen z.B. katamnestische Untersuchungen, nach denen viele Patientinnen und Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung nach der Behandlung ihren Wohnort wechseln, um sich der „sozialen Schande“ zu entziehen. Auch Suizide nach abgeschlossener psychiatrischer Behandlung haben hier eine ihrer Wurzeln.

Große Sorgfalt erfordert auch die Vermeidung von körperlicher Gewaltanwendung, psychischen und sozialen Schädigungen zwischen den Patientinnen und Patienten. Präventiv wirkt in diesem Zusammenhang sowohl ein gutes Stationsmilieu wie auch die gute Behandlung im Einzelfall. In zugespitzten Situationen ist qualifiziertes Handeln notwendig.

Nun ist es sicherlich nicht angezeigt, Patientinnen und Patienten wegen der genannten Gefahren allgemein in ihren Kommunikationsmöglichkeiten oder in ihrer persönlichen Freiheit zu beschränken, wenngleich auch dies in begründeten Einzelfällen und bei Vorliegen einer entsprechenden Rechtsgrundlage im Sinne einer Vermeidung „sozialer Selbstgefährdung“ erforderlich sein kann. Grundsätzlich kommt es jedoch eher darauf an, den Gesichtspunkt der „sozialen Selbstschädigung“ im Therapieprozeß systematisch zu berücksichtigen und die diesbezüglichen Gefahren mit dem Patienten ausführlich zu besprechen.

Datenschutz

Spielt der Schutz der persönlichen Daten schon im allgemein gesellschaftlichen Leben eine immer wichtigere Rolle, so gilt dies verstärkt für Daten, bei denen bereits das Bekanntwerden ihrer Existenz zu Diskriminierungen führen kann, wie z.B. bei psychiatrischer Behandlung. Schon der Tatbestand einer psychiatrischen Behandlung gilt gesellschaftlich oft noch als Indikator für Unzurechnungsfähigkeit, mangelnde Zuverlässigkeit,

mangelnde Belastbarkeit usw. Als in psychiatrischer Behandlung stehender Mensch „enttarnt“ zu werden, kann daher für Betroffene mannigfaltige soziale Nachteile mit sich bringen.

Datenschutz darf sich hier daher nicht nur auf Diagnosen oder andere Detaildaten beziehen, sondern muß bereits das Bekanntwerden der Behandlung als solcher für Unbefugte vermeiden. Hier spielt z.B. die „Auskunfts-bereitschaft“ von klinischen Telefonzentralen, erst recht aber jene von Stationen sowie Therapeutinnen und Therapeuten eine zentrale Rolle.

Ein effizienter Datenschutz erfordert zumindest die folgenden Maßnahmen:

- Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Verbindliche Handlungsanweisungen über den Umgang mit Patientendaten
- Organisatorische und technische Sicherung des Zugriffs auf Daten (Verschluß)

Allerdings birgt ein strenger Datenschutz selbst auch die Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen, z.B. hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu den Angehörigen. Insbesondere sehr schematisch gehandhabte Datenschutzregelungen können daher selbst zur verstärkten sozialen Isolation der Betroffenen beitragen.

Qualitätsanforderung G:

Rechtssicherheit

Nichts unterscheidet die Psychiatrie von anderen medizinischen Disziplinen so deutlich wie der Umstand, daß in der Psychiatrie auch Zwangsbehandlungen stattfinden. In dieser Hinsicht stellt die Psychiatrie neben einer therapeutischen Disziplin auch einen Teil der staatlich legitimierten Gewalt dar.

Psychiatrische Behandlung und Pflege findet teilweise auch an Menschen statt, die selbst nicht verantwortungsfähig sind, so daß deren Selbstbestimmungsrecht durch juristische Regelungen teilweise oder vollständig begrenzt und auf andere Personen übertragen werden muß. Dies betrifft im wesentlichen den Einsatz von Betreuerinnen und Betreuern nach dem Betreuungsgesetz und gerichtliche Unterbringungen nach den jeweiligen Landesunterbrin-

gungsgesetzen. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgen daraus in der Behandlung und Pflege dieser Patientinnen und Patienten besondere Anforderungen.

„Unvernünftiges“ oder (möglicherweise) selbstschädigendes Verhalten von Patientinnen und Patienten ist nicht automatisch der Beleg für ihre Unfähigkeit zur Selbstverantwortung. Die Fähigkeit zur Selbstverantwortung, ggf. nur für spezifische Handlungsbereiche, ist gesondert zu prüfen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß diese auch durch die von Therapeuten gestaltete Situation gefördert und beeinträchtigt wird.

Behandlung muß verhandelt werden und darf nicht mit z.B. durch Sanktionen gestützter Erziehung verwechselt werden. Behandlung gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten darf nur innerhalb des Behandlungsauftrages gemäß Gerichtsbeschuß nach dem Betreuungsgesetz bzw. dem Landesunterbringungsgesetz erfolgen.

Zwangsmaßnahmen sind, wenn immer möglich, zu vermeiden. Zwangsbehandlungen zur Abwehr unmittelbarer Gefahren (Selbst- und Fremdgefährdung) sind auf die zur Gefahrenabwehr erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu beschränken. Die richterliche Anordnung muß vorliegen, nur bei Gefahr im Verzug kann darauf verzichtet werden. Die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen sind unter dem Gesichtspunkt minimaler körperlicher, psychischer und sozialer Belastung für die betroffene Patientin bzw. den betroffenen Patienten zu wählen. Zwangsmaßnahmen sind zeitlich eng zu begrenzen und fortwährend auf die Notwendigkeit ihrer Aufrechterhaltung zu prüfen.

Als Zwangsmaßnahmen haben alle Maßnahmen zu gelten, welche die Freiheit und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten beeinträchtigen und denen diese nicht zugestimmt haben. Zwangsmaßnahmen in diesem Sinne sind insbesondere:

- Ausgangsbeschränkungen
- Besuchsbeschränkungen
- Zwangsmedikation
- Fixierungen, Unterbringung im geschlossenen Einzelzimmer.

Als Grundsatz hat dabei zu gelten, daß nicht nur diese Maßnahmen selbst möglichst zu vermeiden sind, sondern auch die *Drohung* damit. Rechtliche Grundlagen (Unterbringungsbeschlüsse, Beschlüsse nach dem Betreuungs-

gesetz), welche die Anwendung derartiger Maßnahmen ermöglichen, dürfen nur unter strenger Prüfung ihrer Erfordernis geschaffen werden und sind zu beseitigen, sobald diese Erfordernis nicht mehr besteht. Es ist der Versuch zu unternehmen, durch anschließende Begründung und Erläuterung für die betroffene Patientin ggf. deren nachträgliches Verständnis zu erreichen.

Zwangsmaßnahmen sind besonders sorgfältig zu dokumentieren und müssen regelmäßig selbstkritisch im Team erörtert werden. Für Fixierungen/geschlossenes Einzelzimmer muß – entweder vom Träger oder vom Krankenhaus selbst – eine Dienstanweisung vorliegen.

Qualitätsanforderung H:

Positive Wirkung nach außen

Nach der langen Tradition der psychiatrischen Behandlung hinter hohen Mauern und verschlossenen Türen ist es unbedingt erforderlich, die Psychiatrie zu öffnen – und zwar nicht nur für die Patientinnen und Patienten nach außen, sondern auch für die Öffentlichkeit nach innen. Das Bild der Psychiatrie wird im allgemeinen noch viel zu sehr geprägt von Mißständen, die Jahrzehnte zurückliegen: große Wachsäle, Dauerfixierungen, chronisch überfordertes und häufig zu gering qualifiziertes Personal, unzureichende Behandlungsangebote sowie insgesamt unmenschliche Lebensbedingungen. Die Psychiatrie hat diese Verhältnisse zwar in der Praxis überwunden, aber es ist noch nicht ausreichend gelungen, dies der allgemeinen Öffentlichkeit zu vermitteln.

Um die Berührungsängste und Ressentiments gegenüber der Psychiatrie zu verringern und statt dessen Vertrauen und fachliches Ansehen zu erlangen, müssen die Kliniken bemüht sein, die Bevölkerung auf breiter Ebene über psychiatrische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie insbesondere über die konkreten Behandlungsangebote und Rahmenbedingungen der Klinik zu informieren (s. Bereich 26: Öffentlichkeitsarbeit).

Neben einer guten Öffentlichkeitsarbeit wird das Ansehen der Klinik in erheblichem Maße beeinflußt durch die unmittelbaren Erfahrungen derjenigen, die mit ihr in Verbindung ste-

hen: Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige, Kooperationspartner, Besucher, usw. Insofern ist für die Außenwirkung auch die Nutzerzufriedenheit (s. Anforderung E) von maßgeblicher Bedeutung.

Eine positive Einstellung zur Psychiatrie ist in erster Linie deshalb anzustreben, weil dadurch die Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten der psychisch erkrankten Menschen verbessert werden können. Dies bedeutet z.B.:

- Psychisch kranke Menschen, die wissen, daß ihnen eine stationäre Behandlung bei der Überwindung bzw. Bewältigung ihrer Erkrankungen hilft, werden eher bereit sein, die Angebote des Krankenhauses frühzeitig zu nutzen, anstatt zu lange zu warten, Leid und Schädigungen in Kauf zu nehmen und eine Zwangseinweisung zu riskieren.
- Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die wissen, daß das Psychiatrische Krankenhaus um eine sorgfältige und verantwortungsbewußte Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf die berufliche Wiedereingliederung bemüht ist, werden eher bereit sein, diese Menschen einzustellen bzw. ein bestehendes Arbeitsverhältnis aufrecht zu erhalten. Sie werden sich gegebenenfalls auch vom Krankenhaus darin beraten lassen, wie sie die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützen können.
- Komplementäre und ambulante Dienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen treten nicht in Konkurrenz zur Psychiatrischen Klinik, wenn sie gewiß sein können, daß dort ein adäquates Behandlungsangebot besteht. Sie werden ihren Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten die Angst vor der stationären psychiatrischen Behandlung nehmen und mit dem Krankenhaus zusammenarbeiten.
- Eine aufgeklärte Bevölkerung, die eine psychische Störung nicht als trauriges Schicksal oder gar als gefährlichen Tatbestand, sondern als behandelbare Erkrankung ansieht, wird die Angst vor psychisch erkrankten Menschen eher abbauen und Toleranz, Verständnis und Hilfsbereitschaft entwickeln.

Qualitätsanforderung I:

Orientierung der Behandlung am Individuum

Die Behandlung muß an der individuellen Krankheitsgeschichte des Patienten bzw. der Patientin orientiert sein. Psychiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische 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 Einzelfalls ausgerichtet werden.

Behandlung in der psychiatrischen Klinik findet stets in einer Patientengruppe im institutionellen Rahmen einer Station statt (abgesehen von der Institutsambulanz). Regeln und Abläufe müssen an den sozialen und emotionalen Bedürfnissen der dort zusammenlebenden Menschen orientiert sein. Diese bedürfen wegen ihrer psychischen Beeinträchtigung der besonderen Rücksichtnahme. Die Rahmenbedingungen des Behandlungsablaufes müssen flexibel sein, um den individuellen Gesundheits- und Hilfeprozeß zu unterstützen. Die Abläufe in der Behandlungseinheit und die institutionellen Vorgaben der Klinik müssen diesen Erfordernissen entsprechen.

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 mit trägt.

Besonderes Gewicht ist auf die weitmögliche Mitwirkung der Patientinnen und Patienten an der Behandlung zu legen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist darüber hinaus die Abstimmung mit den Eltern und Sorgeberechtigten unverzichtbar, nicht nur, weil diese auch bei einer klinischen psychiatrischen Behandlung die Verantwortung für die Entwicklung ihres Kindes behalten, sondern vor allem, weil kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie grundsätzlich den familiären Lebenskontext eines seelisch erkrankten Kindes von Anfang an einbeziehen müssen. Die Mitwirkung der Angehörigen, die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten vorausgesetzt, ist allerdings auch bei der Behandlung erwachse-

ner Patientinnen und Patienten 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.

Qualitätsanforderung J:

Beziehungsorientierte Behandlung

Psychiatrische Erkrankungen sind ohne systematische Berücksichtigung ihrer Beziehungsseite nicht zu diagnostizieren und zu behandeln. Dies muß im Behandlungskonzept durch Bezugspersonensysteme bereits organisatorisch Ausdruck finden.

Psychiatrische Behandlung und Pflege basieren wesentlich auf der aktiven therapeutischen Beziehungsgestaltung zur Patientin bzw. zum Patienten. 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 Personen mit ein.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie muß der Beziehungsgestaltung im Umgang mit den Sorgeberechtigten (in der Regel den Eltern) der Minderjährigen besondere Aufmerksamkeit zukommen. Eltern und sonstige Sorgeberechtigte müssen sich ernst genommen und in ihrer Verantwortung akzeptiert erleben, um die in aller Regel notwendige Kooperation zum Gelingen der Behandlung ihres Kindes leisten zu können.

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“.

Die therapeutische Interaktion mit Patientinnen und Patienten muß sich auf diese als individuelle Personen beziehen.

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 sollte daher die Zuordnung der Bezugspersonen auch über mehrere Behandlungsepisoden hinweg erhalten bleiben. Die Aufgaben der Pflegepersonen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Betreuerinnen und Betreuer des Pflege- und Erziehungsdienstes, sind verbindlich festzulegen und von allgemeinen pflegerischen Aufgaben zu unterscheiden. Art und Umfang der Mitwirkung von Bezugspersonen des Pflege- und Erziehungsdienstes sind für die Patientinnen und Patienten deutlich zu machen.

Qualitätsanforderung K:

Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung

Eine wichtige Anforderung an psychiatrische Behandlung und Pflege ist die Durchschaubarkeit, die Nachvollziehbarkeit und damit auch die Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit für die beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten, die Patientin und den Patienten sowie für von der Patientin oder dem Patienten gewünschte externe Bezugspersonen.

Im Rahmen des ärztlich verantworteten Behandlungsplanes benötigen alle Patientinnen und Patienten in unterschiedlichem Umfang mehrdimensionale diagnostische und therapeutische Angebote: ärztliche Diagnostik und Therapie, Krankenpflege, Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie und Physiotherapie.

Die Beschreibung der jeweils geplanten Maßnahmen, ihre Erörterung in der multiprofessionellen Teamkonferenz sowie deren Dokumentation durch die einzelnen Berufsgruppen schafft Transparenz nach innen und außen.

Sie ist außerdem ein Orientierungsrahmen für die Kooperation und dient andererseits der Abgrenzung.

Qualitätsanforderung L:

Mehrdimensionales Krankheitskonzept

Psychiatrische Diagnostik und Therapie gehen von einem mehrdimensionalen („ganzheitlichen“) Krankheitskonzept aus, das körperliche, biologische, psychische, biographische und soziale Gesichtspunkte für die Entstehung, den Verlauf, die Behandlung und die Prognose der Erkrankung jeweils einzeln und in ihrer Interaktion berücksichtigt.

Ohne ein mehrdimensionales Krankheitskonzept ist das psychiatrische Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen im Team inzwischen undenkbar.

Qualitätsanforderung M:

Methodisch-wissenschaftliche Orientierung

Wie jeder andere Bereich der Medizin, so hat auch die Psychiatrie ihr Handeln an gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten. Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation können in allen Teilbereichen der Psychiatrie inzwischen auf umfangreiche gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen.

Die Psychopathologie und vergleichende Diagnostik (ICD und DSM), somatische, psychiatrisch-psychotherapeutische und soziotherapeutische Behandlungsverfahren sind jeweils einzeln und in ihrem Zusammenwirken weitgehend standardisierbar und überprüfbar. Dies gilt auch für z.B. psychoanalytisch orientierte und verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren.

Im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankungen (inklusive psychischer Erkrankungen) erarbeitet worden. Damit lassen sich auch die Folgen einer psychischen Erkrankung auf der personalen Ebene (Fähigkeitsstörung) sowie auf der sozialen Ebene (Beeinträchtigungen) systematisieren (MATTHESIUUS u.a.).

Wo wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis noch nicht durchgängig vorhanden sind, muß ersatzweise der fachliche Konsens gesucht werden und als Orientierung dienen.

Diesem Ziel muß auch die ständige Fortbildung – und möglichst auch Weiterbildung – aller Berufsgruppen dienen. Eine zentrale Voraussetzung für die Behandlung gemäß dem Stand des Fachwissens ist ein ausreichender Anteil von Fachärztinnen und Fachärzten, so daß alle Behandlungen nach „Facharztstandard“ erfolgen.

Qualitätsanforderung N:

Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multiprofessionelle Behandlung

Im praktischen therapeutischen Handeln eines psychiatrischen Krankenhauses müssen verschiedene Berufsgruppen mit jeweils besonderer Fachkompetenz zusammenwirken. Die Psychiatrie-Personalverordnung sieht das Zusammenwirken mindestens der folgenden Berufsgruppen vor (§§ 5 und 9):

- Ärzte
- Krankenpflegepersonal, Erziehungsdienst⁴
- Diplompsychologen
- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen⁵
- Sprachheiltherapeuten⁶, Logopäden⁷

In den von der Personalverordnung für jede Berufsgruppe formulierten Regelaufgaben sind Erwartungen und Anforderungen an die verschiedenen Berufsgruppen definiert. Damit die jeweils besondere Fachkompetenz der verschiedenen zum Einsatz kommenden Berufsgruppen für die individuellen Therapieerfordernisse adäquat genutzt werden kann, müssen die unterschiedlichen beruflichen Blickwinkel in die Prozesse von Planung und Bewertung qualifiziert Eingang finden.

⁴ Nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

⁵ nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

⁶ nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

⁷ nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Behandlungsteam muß nicht nur multiprofessionell zusammengesetzt sein, sondern auch tatsächlich im Alltag multiprofessionell zusammenarbeiten. Die Professionalität jeder Berufsgruppe und die konkrete ärztliche Verantwortung schließen sich nicht gegenseitig aus. Dabei wird der fachspezifische Ansatz von jeder Berufsgruppe eigenständig verantwortet. Zur Formulierung und Weiterentwicklung verschiedener Therapieverfahren und fachspezifischer Ansätze ist der fachliche Austausch in der jeweiligen Berufsgruppe unerlässlich.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören Erzieher und Pädagoginnen mit ihren jeweiligen Fachkenntnissen zu jedem Behandlungsteam im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Krankenhausschule und Krankenhausbehandlung müssen zusammenwirken und in ihren jeweiligen Zielsetzungen sowie in ihrer Praxis eng aufeinander abgestimmt sein.

Qualitätsanforderung O:

Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen

Psychiatrische Kliniken haben sich mit ihren Behandlungseinheiten als Teil eines komplexen Versorgungssystems zu verstehen, das für den psychisch beeinträchtigten und erkrankten Menschen Leistungen mit dem Ziel seiner möglichst weitgehenden sozialen Integration einbringt.

Zu den außerstationären Angeboten gehören im wesentlichen die Bereiche der medizinischen, der allgemeinen sozialen und gemeindepsychiatrischen Hilfen. Die Vernetzung (koordinierte Kooperation) aller im medizinischen und sozialen Bereich Tätigen in einer Region ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal psychiatrischer Versorgung.

Die Klinik/Fachabteilung/Behandlungseinheit ist als Teil eines psychosozialen Versorgungsbundes zur Kooperation mit anderen Diensten verpflichtet und auf sie angewiesen. Eine psychiatrische Klinik arbeitet mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, psychosozialen Diensten und Einrichtungen, Beratungsstellen, Institutionen des Bildungswesens, der

Arbeitsverwaltung und Sozialhilfe sowie mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten zusammen.

Bei der notwendigen Kooperation mit Diensten zur Entwicklung, Förderung, Erziehung und Beratung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Beziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Fachdisziplin der Jugendhilfe von besonderer Bedeutung. Ihr Auftrag, familienbezogene Unterstützung zur Entwicklung einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit und zur sozialen Integration von Jugendlichen zu leisten, ist nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz ausdrücklich auf den Personenkreis der psychisch Behinderten ausgeweitet worden.

Koordinierte Kooperation und gute persönliche Zusammenarbeit aller Betroffenen sowie Helferinnen und Helfer führen dazu, daß Menschen in seelischen Notlagen weitgehend in ihrer Gemeinde integriert bleiben können, und dienen damit dem Grundsatz der Gleichstellung mit körperlich Erkrankten.

Die Kooperation muß im Interesse der einzelnen Patientinnen und Patienten auf der Ebene der Behandlungseinheit erbracht werden, da die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Dienste des psychosozialen Versorgungssystems erhebliche Auswirkungen auf Umfang und Dauer der klinischen Intervention beim einzelnen psychisch Kranken haben. Die psychiatrische Klinik soll an der Entwicklung der notwendigen komplementären Einrichtungen zur Versorgung der von ihr behandelten Patientinnen und Patienten konzeptionell mitwirken.

Wenn psychiatrische Klinikbehandlung neben der Therapie der Krankheitssymptomatik die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der sozialen Integration der Patientinnen und Patienten als wesentliches Ziel ansieht, muß während der Behandlung der Zugang zum allgemeinen gesellschaftlichen Leben möglichst erhalten und die aktive Teilnahme daran systematisch gefördert werden. Die Problematik des Verlustes gesellschaftlicher Bezüge entsteht vor allem im stationären Behandlungsrahmen. Soziale Isolierung kann jedoch auch außerhalb stationärer Einrichtungen durch krankheitsbedingten sozialen Rückzug, durch Antriebsstörungen u.ä. auftreten.

Erforderlich sind ein ausreichendes Angebot an Freizeitaktivitäten sowie Möglichkeiten zur Durchführung von therapeutischen Maßnah-

men außerhalb des Krankenhauses. Zum Therapiekonzept muß die Möglichkeit der ein- und mehrtägigen Beurlaubung z.B. über das Wochenende, bei Kindern und Jugendlichen in deren Herkunftsfamilie oder in die Herkunftseinrichtung, gehören. Die Beziehungen zu sozialen Herkunftsbereichen müssen soweit wie möglich erhalten werden, z.B. durch den Besuch der Herkunftsschule (KJP) oder durch die Benutzung von Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur.

Die Motivation zur Teilnahme am Leben „draußen“ muß gezielt gefördert werden, wenn sie krankheitsbedingt beeinträchtigt ist. Mit Patientinnen und Patienten im Außenbereich der Klinik zu arbeiten, ist erheblich aufwendiger, als sich in der Behandlung auf die Möglichkeiten innerhalb der Klinik zu beschränken. Dies betrifft sowohl den erforderlichen personellen und organisatorischen Aufwand als auch die benötigten finanziellen Mittel wie Fahrzeuge und Geld. Ob Außenorientierung als wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Konzeption ernst gemeint ist, läßt sich auch daran ablesen, wer die Entscheidung über Außenaktivitäten trifft und inwieweit die dafür erforderlichen Mittel verfügbar sind.

Das Krankenhaus kann bei zu erwartenden längerfristigen Beeinträchtigungen die erforderlichen Hilfen im Rahmen von teilstationärer und ambulanter Behandlung selbst anbieten, sollte aber soweit wie möglich die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten und deren Ablösung vom Krankenhaus fördern. Das heißt nicht, daß es grundsätzlich günstiger ist, vom Krankenhaus unabhängige Angebote zu empfehlen, sondern daß in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden muß, welches Angebot für die oder den Betroffenen momentan angemessen ist, und daß bei Bedarf die Überleitung an andere Stellen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses begleitet werden muß.

den ambulanten Therapie, die Erwachsenen wie Kindern und Jugendlichen in ihrem Lebensumfeld, vor allem innerhalb ihrer Familien, dabei helfen will, eine psychische Störung oder Krankheit zu beheben, zu lindern oder mit ihr zu leben.

Die Entscheidung zur stationären oder teilstationären Behandlung ist in aller Regel in der Überzeugung begründet, daß die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zumindest zeitweilig nur innerhalb des klinischen Schutzraumes gelingen kann. Sie birgt jedoch große Gefahren für die soziale Integration und ist die teuerste Form. Daher darf die stationäre Behandlung auch aufgrund von § 39 SGB V nur als letzte Möglichkeit Anwendung finden und ist so kurz wie möglich zu halten.

Um dem Prinzip gerecht werden zu können, daß Diagnostik und Therapie „so ambulant wie möglich“ zu erfolgen haben, muß jede psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Klinik oder Abteilung über eine personell ausreichend ausgestattete Ambulanz verfügen. Die Institutsambulanz ist ein integrativer Bestandteil im Behandlungskonzept einer psychiatrischen Klinik. Sie gewährleistet Behandlungskontinuität in der Kette von stationärer, teilstationärer und ambulanter Betreuung bei möglichst geringem Informationsverlust. In ihrer personellen Ausgestaltung hat sie dem mehrdimensionalen Krankheitskonzept mittels Multiprofessionalität zu folgen.

Tagesklinische Behandlungsplätze – ein Angebot, das entwicklungsbedingten Besonderheiten psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, aber auch Phasen längerfristiger klinischer Behandlungsbedürftigkeit bei Erwachsenen besonders angemessen ist – müssen verkehrstechnisch gut erreichbar sein. Die Möglichkeit zu integrierter ambulanter und tagesklinischer Behandlung in den stationären Behandlungseinheiten sollte außerdem gegeben sein, wenn die Beziehungskontinuität für den Erfolg der Behandlung wichtig ist.

Qualitätsanforderung P:

Nachrangigkeit stationärer Hilfen

Oft ist die klinische Behandlungsepisode nur Teil einer sehr viel längeren, evtl. bereits zuvor begonnenen, häufiger einer sich anschließen-

Qualitätsanforderung Q:

Angemessene Dokumentation

Die Dokumentation erhobener Befunde und erbrachter Leistungen von Behandlung und

Pflege ist wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Sie hat alle für die Diagnostik, die Behandlung und Pflege sowie deren Effizienzprüfung erforderlichen Daten der Person und ihrer Vorgeschichte zu erfassen und sollte Aussagen zur Prognose sowie zur Weiterbehandlung und Maßnahmenplanung enthalten, falls diese zur Sicherung der sozialen Integration des Patienten bzw. der Patientin erforderlich erscheinen.

Die Dokumentation soll die aktuelle Behandlung weitgehend unterstützen und zu ihrer inhaltlichen Ausrichtung beitragen (planungs- und zielorientierte Dokumentation), zum anderen soll sie es ermöglichen, den Behandlungs- und Leistungsverlauf für andere Personen und für eine spätere Beurteilung nachvollziehbar zu machen, z.B. für den MDK. Diese betrifft auch die jeweilige Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV bei den Stichtagserhebungen.

Die Dokumentation muß die relevanten Angaben über die erhobenen Befunde und deren diagnostische Zuordnung erfassen.

Qualitätsanforderung R:

Reflexion

Psychiatrische Behandlung und Pflege als ein qualifizierter und geplanter Prozeß erfordert kontinuierliche Reflexion auf verschiedenen Ebenen:

- Reflexion der theoretischen Grundlagen der eigenen Arbeit. Dies meint in erster Linie die Qualität und Quantität der allgemeinen fachlichen Fort- und Weiterbildung, also des Angebots und der Nutzung von Fortbildungsmöglichkeiten auf den verschiedenen Ebenen.
- Reflexion des eigenen fachlichen Handelns, vor allem die Rückbesinnung vom Ergebnis des Handelns her. Hier geht es in erster Linie darum, daß Therapieverläufe nachbesprochen werden und daß aus Erfahrungen gelernt wird.
- Reflexion beim Eintreten etwaiger besonderer Ereignisse, seien sie negativer (z.B. Suizidversuche, aggressive Übergriffe, Fixierung)

gen) oder positiver Art (z.B. „unerklärliche“ Besserungen).

- Reflexion der eigenen Person in der Interaktion zum Patienten bzw. zur Patientin, z.B. durch eine auf die Beziehungsgestaltung zum Patienten bzw. zur Patientin bezogene Supervision.
- Reflexion der eigenen Person in der Interaktion im Team, z.B. durch Supervision der Kooperationsmuster im therapeutischen Team.

Eine wichtige Voraussetzung für Reflexionsbereitschaft ist ein Klima von Offenheit und Vertrauen mit dem gemeinsam getragenen Ziel, Fehler nicht zu „vertuschen“, sondern als Ausgangspunkt zur weiteren Verbesserung der eigenen Arbeit zu nutzen. Hier sind insbesondere die jeweiligen Dienstvorgesetzten gefordert, ein solches Klima zu ermöglichen.

Qualitätsanforderung S:

Wirtschaftlichkeit

Unter Wirtschaftlichkeit wird allgemein verstanden, die vorhandenen Mittel rational einzusetzen, d.h. mit dem geringstmöglichen Aufwand ein bestimmtes Ergebnis zu erzielen oder mit den verfügbaren Mitteln ein höchstmögliches Ergebnis zu erreichen. Beides zusammen beschreibt das Wirtschaftlichkeitsprinzip („Ökonomisches Prinzip“). Wirtschaftlichkeit bedeutet nicht absolute Sparsamkeit mit absolut niedrigen Kosten, sondern vielmehr relativ niedrige Kosten bezogen auf die jeweils angestrebte Leistung.

In der Krankenhausgesetzgebung ist die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips vorgeschrieben und steht damit neben den primären medizinischen Zielen der Patientenversorgung. Dies bedeutet, daß das „Ökonomische Prinzip“ auch im Krankenhaus ein Auswahlprinzip dafür sein muß, auf welchem Weg ein medizinisch vorgegebenes Ziel zu erreichen ist oder aber welche medizinischen Ziele mit den vorhandenen Ressourcen erreicht werden können.

Daraus ergibt sich, daß alle Krankenhausaktivitäten entsprechend den ärztlich-pflegerisch bestimmten Zielvorgaben darauf ausgerichtet sein müssen, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten mit den betriebswirtschaftlichen

Notwendigkeiten des Krankenhauses als gleichrangigem Erfordernis in Einklang zu bringen.

Qualitätsanforderung T:

Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen

Aus dem Beziehungscharakter stationärer beruflicher Arbeit leiten sich im Interesse einer qualitativ hochwertigen Arbeit zum einen Ansprüche an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst ab, zum anderen aber auch an den Stil der Personalführung, mit welcher gute Fachkräfte gewonnen, betrieblich integriert, entwickelt und auf unterschiedlichen Ebenen zu auch langfristig engagierter Arbeit motiviert werden können.

Die innere Struktur und Arbeitsorganisation einer stationären Einrichtung sollte es erlauben, die Motivation des Personals zu erkennen und zu fördern, insbesondere auch die größtmögliche Verantwortungsübernahme entsprechend der jeweiligen beruflichen Kompetenz auf den unterschiedlichen Hierarchieebenen. Diesen gestiegenen Ansprüchen an die ausgeübten Berufsinhalte trägt insbesondere auch die Psych-PV Rechnung, welche bei konsequenter Umsetzung über die den Minutenwerten zugrundeliegenden Regelaufgaben/Tätigkeitsprofile zu einer erheblichen Bereicherung und Aufwertung der einzelnen Stellen führt.

Die Zuordnung und Verantwortung und die Aufgabenverteilung müssen in der Teamarbeit so gestaltet sein, daß für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl Über- als auch Unterforderungssituationen vermieden werden. Jeder Handlungsablauf soll so strukturiert sein, daß die Fähigkeiten und Ressourcen der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adäquat berücksichtigt und womöglich gefördert werden.

Im Interesse einer bestmöglichen Nutzung und Betriebsbindung von guten, qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollten auch die materiellen Arbeitsbedingungen so gestaltet sein, daß sie wichtige, in die Arbeits(un)zufriedenheit eingehende Kriterien berücksichtigen (z.B. auch die Arbeitszeitgestaltung).

Qualitätsanforderung U:

Aufgabengerechter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Qualität stationärer psychiatrischer Behandlung ist wesentlich bestimmt durch die Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In § 1 und § 6 der Psych-PV ist dafür der rechtliche Standard vorgegeben. Gemäß der amtlichen Begründung zu § 6 Abs. 2 „wird davon ausgegangen, daß zur Erfüllung der therapeutischen und pflegerischen Aufgaben ausgebildete Fachkräfte eingesetzt werden“. Abgesehen von der Regelung für die Anrechnung Auszubildender gibt es als Ausnahme von diesem Standard die Möglichkeit, daß in den Grenzen des der Verordnung zugrundeliegenden therapeutischen Konzepts die in ihr genannten Berufsgruppen untereinander und durch andere ausgetauscht werden. Damit ist der Qualitätsstandard für die Fachkompetenz des therapeutisch tätigen Personals rechtlich vorgegeben.

Eine bestmögliche Kompetenz erfordert für jede in der stationären Psychiatrie therapeutisch tätige Berufsgruppe eine über die professionelle Grundausbildung hinausgehende fachspezifische Fort- und/oder Weiterbildung. Die Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen den Anforderungen der jeweiligen Einrichtung entsprechen. Letztendlich ist anzustreben, daß jede Tätigkeit nur von solchem Personal ausgeübt wird, das für diese Aufgaben ausreichend qualifiziert ist. Die Qualität der Behandlung hängt jedoch nicht nur davon ab, wie weit es der Klinik gelingt, diesen Standard zu erfüllen.

Der quantitative Anteil der jeweiligen Berufsgruppen an der Personalausstattung richtet sich gemäß Psych-PV nach der Patientenstruktur des ganzen Krankenhauses. „Über den Einsatz des Personals und die Besetzung der Stationen entscheidet die Einrichtung im Rahmen der therapeutischen Notwendigkeiten selbstständig“ (Amtliche Begründung zu § 6 Abs. 1). Die Leistung der Klinik besteht also nicht nur darin, ausreichendes Fachpersonal zu gewinnen bzw. auszubilden, sondern auch darin, dieses bedarfsgerecht einzusetzen. Nur selten sind Stationen bezüglich des Behandlungsbedarfs ihrer Patientinnen und Patienten homogen zusammengesetzt (wie z.B. eine Station mit Pati-

entinnen und Patienten des Behandlungsreichs A 3). In der Regel ist die Belegung gemischt nach „Behandlungsbereichen“ und vereint unterschiedliche Schwerpunkte. Bedarfsgerecht ist die Personalausstattung der jeweiligen Station dann, wenn sie sich nach der Zusammensetzung der behandelten Patientinnen und Patienten richtet und zwar möglichst kontinuierlich.

In allen Behandlungsbereichen kommt den berufsgruppenspezifischen Kompetenzen eine besondere Bedeutung zu. Daß diese in den jeweiligen Behandlungseinheiten im notwendigen Umfang auch vorgehalten werden, ist eine wichtige Qualitätsnorm.

Qualitätsanforderung V:

Regelung der fachlichen Zuständigkeit

Die fachliche Zuständigkeit der Klinik/Fachabteilung/Behandlungseinheit muß hinreichend geklärt und für die wegen einer Behandlung Anfragenden verständlich definiert sein. Dies gilt nicht nur im Außen-, sondern auch im Binnenverhältnis.

Die Problematik von Effektivität und damit Qualität einer klinisch-psychiatrischen Intervention beginnt bei der Aufnahme bzw. der Behandlungsanfrage an die Klinik. Der Umgang mit Behandlungswünschen hängt wesentlich von einer klaren Definition der Zuständigkeit der Klinik und ihrer Behandlungseinheiten ab. Inhalt und Umfang der Versorgungsverpflichtung beeinflussen das Inanspruchnahmeverhalten genauso wie eine genaue Leistungsbeschreibung der Klinik bzw. ihrer Behandlungseinheiten, die für die Hilfesuchenden verständlich sein muß.

Fehlerhafte Orientierung an der Leistungsfähigkeit der angesprochenen Einrichtung trifft nicht selten auf die ebenso fehlerhafte Vorgehensweise eines externen Dienstes, das eigene Leistungsspektrum zur Anwendung zu bringen, ohne primär die Frage der Leistungszuständigkeit hinreichend geprüft zu haben. Ein angebotsorientiertes Vorgehen trägt nicht nur die Wahrscheinlichkeit der Ineffizienz in sich, es birgt vielmehr auch die Gefahr, die für die Pa-

tientinnen und Patienten tatsächlich notwendige Hilfe zu vereiteln.

Da sich die Aufträge verschiedener Fachdisziplinen überschneiden, die Aufgaben der Versorgung, Beratung, Förderung und Erziehung leisten, entsteht ein von Seiten der Ratsuchenden nachvollziehbarer Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Hilfesystemen.

Die definierte Beteiligung an einer Versorgungsverpflichtung aller in einer Region psychiatrisch tätigen Personen und Einrichtungen ist die Voraussetzung für eine zeitgemäße Psychiatrie ohne Ausgrenzung.

Von diesem Grundsatz geht auch die Psychiatrie-Personalverordnung aus. Deren volle Ausschöpfung bezieht sich ausdrücklich nur auf solche Krankenhäuser, die eine Versorgungsverpflichtung für Patientinnen und Patienten wahrnehmen, die einer stationären oder teilstationären Behandlung bedürfen. Die Definition der Verpflichtung, freiwillig kommende Patientinnen sowie Patienten mit gesetzlich begründeter oder ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung aufzunehmen, impliziert die Definition eines konkreten Versorgungsgebietes, das überschaubar sein und die Nähe der Klinik zum Wohnort der Patientinnen und Patienten berücksichtigen soll.

Pflichtversorgung schließt eine Abweisung von Patientinnen und Patienten wegen des Schweregrads ihrer Erkrankung oder der Schwierigkeit, sie zu behandeln, ebenso aus wie wegen der sozialen und weltanschaulichen Herkunft. Pflichtversorgung kann allerdings in vertraglich geregelter Absprache gemeinsam mit den Partnern in der Region organisiert werden. Eine psychiatrische Einrichtung, z.B. ein Krankenhaus oder eine Abteilung, ist nicht allein verantwortlich für die volle psychiatrische Versorgung (wozu mehr gehört als Krankenhausbehandlung) einer Region.

Qualitätsanforderung W:

Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln

Im Krankenhausbetriebsprozeß bestehen unmittelbare Zusammenhänge zwischen Kapazitätsvorhaltung (Personal- und Sachgüteraus-

stattung), Kosten (immaterieller Potentialfaktor) und Qualität.

Bestandteil der Kapazitätsvorhaltung eines Krankenhauses sind Sachmittel. Darunter werden bewegliche Anlagegüter verstanden, z.B. medizinisch-technische Geräte, Maschinen und Möbel.

Die dauerhafte Erfüllung des Versorgungsauftrags und die Qualität der Krankenhausleistungen hängen davon ab, ob und inwieweit Art und Umfang der Sachmittel den Anforderungen entsprechen, die sich aus der therapeutischen Zielsetzung ergeben.

Allgemeingültige Vorstellungen über Art und Umfang der notwendigen Ausstattung mit Sachmitteln wurden bisher nicht entwickelt.

In der psychiatrischen Diagnostik und Therapie dominieren Gespräche und persönliche Beziehungen. Dennoch spielen Sachmittel eine wichtige Rolle. So sind Räume mit entsprechender Ausstattung und Gestaltung für störungsfreie Gespräche mit Patientinnen, Patienten, Angehörigen und für Teamgespräche notwendig. Für das therapeutische Milieu ist die Art der Stationsausstattung mit Möbeln und anderen Einrichtungsgegenständen eine elementare Rahmenbedingung. Zu nennen sind außerdem z.B. die Ausstattungen der Arbeits- und Beschäftigungstherapien, aber auch pflegerische Dokumentationssysteme, Fahrzeuge für extramurale Aktivitäten und EDV-Ausstattungen für Verwaltungsaufgaben und die Unterstützung der Therapie.

Hinzu kommen die für die körperliche Untersuchung benötigten Geräte wie z.B. Untersuchungsbesteck (Reflexhammer, Stethoskop, Augenspiegel, Stimmgabel und dgl.).

Großgeräte wie EEG und CT müssen vorhanden oder leicht zugänglich sein (ohne unangemessene Wartezeiten).

Wenn die Balance zwischen Ressourcen und bestmöglicher Therapie gelingen soll, sind außerdem laufende, gut aufbereitete Informationen über die internen Budgets und deren aktuellen Stand erforderlich.

Bereiche

Hinweis zu den verwendeten Sprachformen

Im Interesse der Lesbarkeit wurde bei den Fragen, die sich jedem Bereich anschließen, der Einfachheit halber alternierend vorgegangen: Alle ungeraden Bereiche (1, 3, usw.) wurden durchgängig in männlicher, alle geraden (2, 4, usw.) in weiblicher Form formuliert (vgl. auch *Redaktionelle Vorbemerkungen*)

Bereich I:

Aufnahmeverfahren

Begriffsbestimmung

Unter dem Begriff „Aufnahmeverfahren“ ist der gesamte Aufnahmeprozeß in die Klinik zu verstehen. Der Begriff umfaßt demnach den Ablauf vom Erstkontakt eines Patienten (oder gegebenenfalls der Angehörigen) mit der Klinik bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Aufnahmegespräch und die Aufnahmediagnostik durchgeführt wurde, der Betreffende verwaltungsmäßig aufgenommen ist und in der für die Behandlung zuständigen Behandlungseinheit sein Zimmer bezogen hat.

Indikation

Es dürfen nur solche Patientinnen und Patienten in die Klinik/Fachabteilung/Behandlungseinheit aufgenommen werden, für die eine vollstationäre oder teilstationäre Behandlung unter Berücksichtigung der ambulanten Therapiemöglichkeiten unbedingt erforderlich ist, und für deren Behandlung seitens der Einrichtung ein effizientes Behandlungsangebot gemacht werden kann.

Die Vorbereitung einer teilstationären oder stationären Behandlung soll soweit wie möglich aufgrund ambulanter Diagnostik und Indikationsstellung erfolgen. Die Klinik muß prinzipiell jederzeit rasch und qualifiziert die differentialdiagnostische Abklärung leisten können, die zur Indikationsstellung für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung akut psychisch auffälliger Kinder, Jugendlicher und Erwachsener erforderlich ist. Das bisweilen zu beobachtende Vorgehen, Behandlungen nur unscharf an der vorgetragenen Anforderung zu orientieren und dieses nach einer nur unvollständig oder überhaupt nicht vorgenommenen Abklärung einzuleiten, stellt ein nicht zu unterschätzendes Problem der Qualität dar.

Zur Indikationsabklärung gehört nicht nur die Frage, ob die Problematik ursächlich durch eine Erkrankung bedingt ist, sondern auch welche Wechselwirkungen zwischen der erkrankten Person und ihrem sozialen Bezugsfeld bestehen und welche Hilferessourcen dort vor-

handen sind und zur Vermeidung einer Aufnahme genutzt werden könnten. Eine nicht hinreichend problemorientierte Behandlungsentscheidung muß als gravierender Verstoß gegen die stationäre bzw. teilstationäre Behandlungsverantwortung und damit gegen eine wichtige Qualitätsanforderung an eine klinische psychiatrische Behandlung gewertet werden.

Vorabinformation

Patient, Angehörige und andere wegen einer Aufnahme anfragende Personen benötigen hinreichend verständliche und eindeutige Informationen über das Leistungsspektrum der Klinik, um an einer eigenverantwortlichen Behandlungsentscheidung mitwirken zu können.

Die erteilten Informationen müssen nicht nur fachlich zutreffend sein, sondern auch so vermittelt werden, daß sie von Ratsuchenden verstanden werden und ihnen als Grundlage weiterer Handlungsentscheidungen dienen können.

Einbeziehung der Betroffenen

Die Klärung der Aufnahmeindikation muß unter Einbeziehung des Patienten und ggf. seines Betreuers und seiner Sorgeberechtigten (KJP) bzw. in seinem Einvernehmen mit den Angehörigen und den vorbehandelnden Therapeuten erfolgen. Hierzu sind die notwendigen Informationen einzuholen, die zur Abklärung der Frage, ob Therapie überhaupt notwendig ist, und ob sie ambulant, teilstationär oder vollstationär durchgeführt werden muß, erforderlich sind. Eine verantwortliche Entscheidung setzt voraus, daß die erforderlichen Gespräche unter möglichst großer wechselseitiger Akzeptanz und Wertschätzung geführt werden.

Die psychiatrische stationäre oder teilstationäre Behandlung geschieht, soweit möglich auf der Basis von Freiwilligkeit und Mitarbeit des Patienten und ggf. seines Betreuers und seiner Sorgeberechtigten (KJP) bzw. der mit seinem Einvernehmen einbezogenen Angehörigen. Dies gilt besonders auch für den Umgang mit Notaufnahmen zur Krisenintervention.

Die Pflicht der klinischen Psychiatrie, eine Behandlung auch bei nicht vorhandener Einwilligung des Kranken und seiner Angehörigen einzuleiten, falls diese nach den Landesgesetzen (Unterbringungsgesetz) wegen unmittelba-

rer Selbst- und Fremdgefährdung unabdingbar notwendig ist, bleibt davon unberührt.

Nachdem die Aufnahmeindikation in einem gemeinsamen Prozeß geklärt worden ist und die Klinik die Überzeugung gewonnen hat, daß sie ein angemessenes Behandlungsangebot machen kann, erfolgt die Aufnahmeentscheidung durch den Patienten bzw. ggf. seinen Betreuer und seine Sorgeberechtigten (KJP) und die in seinem Einvernehmen einbezogenen Angehörigen. Dies gilt auch für den Umgang mit Notaufnahmen zur Krisenintervention.

Gestaltung des Aufnahmeprozesses

Die Aufnahme ist so durchzuführen, daß der Patient und seine Bezugspersonen in der für sie äußerst belastenden Situation Akzeptanz erfahren und sich in dieser für sie besonderen Lebenssituation verstanden fühlen. Einführendes Verhalten und Wertschätzung wirken sich auf die Motivation von Patienten und Angehörigen aus und tragen damit wesentlich zum Erfolg der geplanten Intervention bei bzw. machen ihn unter Umständen überhaupt erst möglich.

Anforderung A: Verminderung psycho-pathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • 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? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird das Aufnahmeverfahren im Konzept der Behandlungseinheit als Teil der Behandlung angesehen? • Wird zwischen dringlichen Problemen und solchen, die Zeit haben, angemessen unterschieden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen zur Durchführung des Aufnahmeverfahrens geeignete, hinreichend vom allgemeinen Betrieb abgeschirmte Räumlichkeiten zur Verfügung?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Bestand zwischen den an der Aufnahme Beteiligten Einigkeit über die Aufnahmeentscheidung und die vereinbarten Behandlungsziele? Verlauf im Einzelfall • Wurden der Patient und die Sorgeberechtigten (KJP) soweit wie möglich an der Aufnahmeentscheidung beteiligt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird bei Notaufnahmen (Fremd- und Selbstgefährdung) so rasch wie möglich das reguläre Gespräch über die Aufnahmeindikation mit dem Patienten und seinen Sorgeberechtigten (KJP) sowie Angehörigen nachgeholt? • Haben Patienten und Angehörige die Möglichkeit, die für eine Aufnahme ins Auge gefaßte Behandlungseinheit vorab zu besichtigen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es eine eindeutige und verständliche Information für Patienten und deren Angehörige über das Leistungsspektrum und die Arbeitsweise der Klinik?

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden die Angehörigen (bei Zustimmung des Patienten) an der Aufnahmeentscheidung beteiligt? • Wurde bei der Aufnahme neben medizinisch-psychiatrischen Behandlungszielen auch die Sicherung und Verbesserung der sozialen Integration als grundsätzliches Interventionsziel definiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden begleitende Angehörige bei Einverständnis des Patienten am Aufnahmeverfahren beteiligt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist der Ruf der Klinik in der Öffentlichkeit so gut, daß Patienten und Angehörige um ihren eigenen Ruf nicht bangen müssen?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • Erlebte sich der Patient bei der Klinikaufnahme in seinen Bedürfnissen, Gefühlen und Wünschen verstanden und geachtet? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Patient in seinen persönlichen Bereich (Zimmer, Bett, Schrank, usw.) eingeführt? • Wurde der Patient durch die Mitarbeiter in die Gruppe der Mitpatienten eingeführt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es Besprechungen und Supervision, in welchen die Umgangsformen zwischen Personal und Patienten regelmäßig reflektiert werden, die die Würde der Patienten beeinträchtigen könnten? • Findet das Aufnahmeverfahren grundsätzlich unter Ausschluß der Stationsöffentlichkeit statt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung E: Nutzerzufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War der Patient mit dem Ablauf des Aufnahmeverfahrens zufrieden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Bestehen in der Klinik Regelungen zur Patientenverteilung, die den Wunsch von Patienten nach Behandlung in einer bestimmten Behandlungseinheit nach Möglichkeit berücksichtigen?

Anforderung F: Schadens- vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hatte die Aufnahmeentscheidung für den Patienten negative soziale Folgen? • Hatte der Ablauf des Aufnahmeverfahrens für den Patienten negative Folgen (z.B. verstärkte Symptomatik)? Verlauf im Einzelfall • Wurden mit dem Patienten, den Sorgeberechtigten (KJP) und ggf. den Angehörigen mögliche negative, auch soziale Folgen der beabsichtigten Behandlung erörtert? • Wurden dringende medizinische und psychosoziale Probleme unverzüglich geklärt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Besteht ein geplanter Standard für den Aufnahmeablauf, der darauf abzielt, unnötige emotionale Belastungen durch die Aufnahme zu vermeiden? • Wird jederzeit auf eine mögliche Vitalbedrohung geachtet, z.B. Intoxikation, Suizidgefahr, usw.? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist sichergestellt, daß bereits bei der Aufnahme jede Kontaktaufnahme zu externen Stellen (inkl. Angehörige) nur mit Einverständnis des Patienten erfolgt?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • Liegen alle notwendigen Einverständniserklärungen vor? Verlauf im Einzelfall • Wurden der Patient, die Sorgeberechtigten und ggf. die Angehörigen hinreichend über die rechtlichen Aspekte der Behandlung informiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind allen Mitarbeitern der Behandlungseinheit die möglichen Rechtsgrundlagen stationärer Aufnahme und die daraus jeweils resultierenden Handlungsmöglichkeiten und -grenzen bekannt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ...?

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • Waren die Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen des Patienten mit dem Ablauf der Aufnahme zufrieden? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Können Aufnahmeanfragen direkt an die in Aussicht genommene Behandlungseinheit gerichtet und von dort kompetent beantwortet werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist geregelt, daß den wegen einer Aufnahme anfragenden Personen jederzeit ein kompetenter Gesprächspartner zur Verfügung steht?
Anforderung I: * Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • Entsprach der Aufnahmetermin und die Auswahl der Behandlungseinheit dem Bedarf des Patienten? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Termin der Aufnahme und die Wahl der aufnehmenden Behandlungseinheit mit dem Patienten erörtert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Kann ein anfragender Patient in der Behandlungseinheit prinzipiell zu jeder Zeit aufgenommen werden (auch nachts, am Wochenende, usw.), oder muß sich die Aufnahme an Terminvorgaben halten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Findet die Zuweisung von Patienten zu den Behandlungseinheiten nach Indikation statt, oder herrschen organisatorische Gesichtspunkte (z.B. innere Sektorisierung, aktuelle Belegung, usw.) vor? • Erfolgt die Erhebung von objektiven Daten (z.B. Stammdaten, Verwaltungsdaten) möglichst unbürokratisch?
Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • Hatte der Patient spätestens am Tag nach der Aufnahme Kontakt zu seinen festen Bezugspersonen (Therapeut und Bezugspflege)? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist sichergestellt, daß dem Patienten bei Abschluß des Aufnahmeverfahrens ein Therapeut sowie eine Bezugspflegeperson zugeordnet ist? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden Patienten im Regelfall durch Mitarbeiter (ärztlicher und Pflegedienst) derjenigen Behandlungseinheit aufgenommen, die auch die weitere Behandlung durchführt?

Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Sind die möglichen Behandlungsziele und -angebote dem Patienten und seinen Sorgeberechtigten (KJP) verständlich dargestellt worden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Bemüht sich die Behandlungseinheit hinreichend darum, daß erklärt wird, was angesichts einer festgestellten Problematik aus fachlicher Erfahrung erreichbare Behandlungsziele und was unrealistische Erwartungen sind? • Existiert eine Hausordnung, die den Patienten, den Sorgeberechtigten (KJP) und ggf. den Angehörigen bereits bei der Aufnahme vorgelegt und mit diesen erörtert wird? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden im Aufnahmeverfahren alle Informationen und Befunde erhoben, um die Aufnahmeentscheidung im Sinne eines mehrdimensionalen Krankheitsverständnisses (als Folge psychischer, somatischer und sozialer Beeinträchtigung) treffen zu können? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist neben der psychopathologischen und somatischen Befunderhebung auch die Ermittlung sozialer und lebenspraktischer Fähigkeiten und Defizite Bestandteil der Aufnahmeuntersuchung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Richtet sich die Indikationsstellung für die Aufnahme nach wissenschaftlich bzw. empirisch gesicherten Erkenntnissen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Existieren klinikweit geltende feste fachliche Regeln für die Aufnahmeindikation? • Ist die Indikationsstellung für stationäre Behandlung systematischer Bestandteil der klinikinternen Weiterbildung?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Welche Mitarbeiter des Behandlungsteams waren am Aufnahmeverfahren beteiligt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind am Aufnahmeverfahren und der Aufnahmeentscheidung neben dem Arzt auch andere Berufsgruppen beteiligt? • Werden in jedem Einzelfall die notwendigen Vorabinformationen zur Indikationsstellung für die Klinikaufnahme von anderen Diensten eingeholt? Gibt es dafür ein Standardverfahren? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung O: Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde bei der Aufnahmeentscheidung berücksichtigt, welche medizinischen und/oder sozialen Institutionen zuvor (mit welchem Ergebnis) mit der Behandlung bzw. Betreuung des Patienten befaßt waren? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird bereits im Aufnahmeverfahren die Kooperation mit anderen ärztlichen und komplementären Diensten aufgenommen, falls die Notwendigkeit dazu erkennbar ist? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Erfolgt die Klinikaufnahme nach dem Prinzip der regionalen Sektorsierung?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Warum wäre bei dem Patienten eine ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht ausreichend gewesen? Verlauf im Einzelfall • Wie wurde geprüft, ob eine ambulante oder teilstationäre Behandlung ausreichend sein könnte? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden bereits bei der Aufnahme für alle Beteiligten verständliche Kriterien vereinbart, von denen die Beendigung der stationären Behandlung abhängig gemacht wird? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie häufig werden Aufnahmeersuchen abgelehnt, weil stationäre Behandlung nicht erforderlich ist? • Gibt es eine klar strukturierte Form für ambulante Vorgespräche? • Gibt es eine Vorschaltambulanz?

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Ist die Indikation zur stationären Aufnahme aus der Dokumentation nachvollziehbar? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist gewährleistet, daß die im Aufnahmeverfahren gewonnenen Erkenntnisse der Behandlungseinheit zur weiteren Planung der Behandlung zur Verfügung stehen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es standardisierte Formblätter für die Aufnahmedokumentation? • Eignet sich die Aufnahmedokumentation zur Fehleranalyse im Falle einer später deutlich werdenden Fehllindikation zur Klinikaufnahme?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • Welche Auswirkungen hatte die Bewertung des Aufnahmeverfahrens durch den Patienten und seine Angehörigen? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Meinung des Patienten und der beteiligten Angehörigen zur Gestaltung des Aufnahmeverfahrens erfragt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Gestaltung des Aufnahmeverfahrens durch die Behandlungseinheit regelmäßig reflektiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden in zentralen Konferenzen der Klinik Probleme bei Aufnahmeanfragen und beim Aufnahmeverfahren regelmäßig besprochen?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Behandlungseinheit durch detaillierte Mitteilungen zur Kostenverursachung (interne Budgetierung) in ihrem Bemühen um Wirtschaftlichkeit unterstützt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie werden im Rahmen der verwaltungsmäßigen Aufnahme Doppelarbeiten (z.B. Mehrfacherfassung von Daten, u.ä.) vermieden? • Wird das administrative Aufnahmeverfahren durch eine leistungsfähige EDV unterstützt? • Kann die EDV Auskunft geben über freie Betten und Therapieplätze?

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung U: Aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War an der Aufnahme des Patienten außer dem Arzt auch eine examinierte Krankenpflegekraft beteiligt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist durch die Personaleinsatzplanung oder die interne Prioritätensetzung gewährleistet, daß die zur Durchführung einer Aufnahme erforderlichen Personen bei Bedarf verfügbar sind? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen zur Durchführung des Aufnahmeverfahrens hinreichend qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung? • Ist an der Aufnahmeentscheidung immer ein Facharzt beteiligt? Ist ein rund um die Uhr erreichbarer Hintergrunddienst organisiert?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Führt das Aufnahmeverfahren den Patienten direkt zu der Behandlungseinheit, die ihn auch (bis zur Entlassung) behandelte? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es eindeutige Konzepte, aus denen hervorgeht, für welche Aufgaben die Klinik ein geeignetes Angebot machen kann und für welche nicht? • Ist die fachliche Zuständigkeit jeder Behandlungseinheit nach klaren Binnenkriterien der Klinik festgelegt? • Wie häufig werden Aufnahmeersuchen abgelehnt, weil die erforderliche Behandlung durch andere Einrichtungen besser möglich ist?

Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ?
	Verlauf im Einzelfall • ... ?
	Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Stehen der Behandlungseinheit Räumlichkeiten zur Verfügung, in denen das Aufnahmeverfahren so durchgeführt werden kann, daß dabei die für den Patienten besondere Belastung durch die Aufnahmesituation Berücksichtigung findet?
	Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen der Klinik die für eine ausreichende Aufnahmediagnostik erforderlichen technischen Mittel zur Verfügung? • Ist für den aufnehmenden Therapeuten der rasche Zugriff auf die Daten von Vorbehandlungen in der eigenen Klinik möglich?

Bereich 2:

Diagnostik

Diagnostik ist Grundlage von Planung und Durchführung der Behandlung sowie der Überprüfung ihrer (Zwischen-) Ergebnisse.

Mehrdimensionales Konzept

Die Anforderungen an die Diagnostik in der stationären und teilstationären Psychiatrie leiten sich im Erwachsenenalter wie bei Kindern und Jugendlichen aus einem in hoher fachlicher Übereinstimmung getragenen Krankheitskonzept ab, das von einem mehrdimensionalen Bedingungsgefüge psychischer Erkrankungen ausgeht.

Blickfelder der Diagnostik

Das diagnostische Vorgehen ist wesentlich bestimmt durch Untersuchung und Bewertung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren sowie durch die Beurteilung ihrer Wechselwirkung für die individuelle Problematik.

Bei der Diagnostik und Therapie von seelischen Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen müssen Besonderheiten beachtet werden, die durch entwicklungspsychologische Prozesse in Lebensphasen von Kindern und Jugendlichen bedingt sind.

In die Diagnostik aller Patientinnen und Patienten muß das psychosoziale Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten, wenn auch orientiert an der individuellen Problematik in unterschiedlicher Intensität, mit einbezogen werden.

Anamnestiche Informationen und Vorbefunde müssen gezielt erfragt, gesammelt und aufgearbeitet werden. Daten und Unterlagen früherer Befunde und die Kenntnisse früherer Behandlungsverfahren und Behandlungsergebnisse gehören unmittelbar zur aktuellen Diagnostik.

Die psychiatrische Klinik hat diagnostische Mittel anzuwenden, die zur differentialdiagnostischen Abklärung im Einzelfall erforderlich sind. Dazu gehören die genaue und vollständige Befunderhebung sowie die fachliche Bewertung der psychischen und körperlichen Funktionen einschließlich der ggf. erforderlichen la-

borchemischen und apparativen Untersuchungen.

Die Diagnostik soll auch dazu beitragen, daß die Patientinnen und Patienten die eigene Erkrankung besser erkennen und verstehen, Krankheitssymptome, Nebenwirkungen der Behandlung von anderen Befindlichkeitsstörungen unterscheiden und darüber sprechen lernen.

Multiprofessionalität

Die fachliche Bewertung der zusammengetragenen Informationen gehört unabdingbar zur jeweiligen Diagnosestellung. Die verschiedenen am Behandlungsprozeß beteiligten Berufsgruppen wirken am diagnostischen Prozeß mit, kommen gemeinsam zur therapeutischen Einschätzung und zu einheitlichen Zielsetzungen der Behandlung.

Wissenschaftliche Grundlegung

Art und Ergebnis der Diagnosestellung beruhen auf fachlich anerkannten Konzepten. Sie entsprechen dem allgemeinen wissenschaftlichen Standard.

Prozeßcharakter der Diagnostik

Diagnostik und Therapie sind in der Psychiatrie prozeßhaft zu verstehen. Sie sind während des gesamten stationären Aufenthaltes regelmäßigen Überprüfungen, Veränderungen und Fortschreibungen unterworfen.

Zur Orientierung und Vergleichbarkeit sind dennoch Festlegungen auf klare Einschätzungen und Diagnosen nach anerkannten Kriterien Voraussetzung qualifizierten therapeutischen Handelns.

Anforderung A: Verminderung psycho- pathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Diagnostik als den Behandlungsverlauf begleitender Prozeß verstanden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung B: Förderung von Verant- wortungs- fähigkeit, Krankheits- verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Haben die Diagnostik und die Vermittlung der Ergebnisse zu besserem Krankheitsverständnis und Compliance beigetragen? Verlauf im Einzelfall • War die Patientin fortlaufend und ausreichend über diagnostische Erkenntnisse informiert? • Wurden diese Erkenntnisse mit ihr besprochen und erörtert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • In welchem Rahmen werden diagnostische Ergebnisse und differential-diagnostische Überlegungen mit der Patientin besprochen? • Wird darauf geachtet, daß die Information für die Patientin verständlich ist? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es für Patientinnen und Angehörige verständliche Informationsveranstaltungen und Informationsmaterialien über psychiatrische Krankheitsbilder (Infoblätter, Literaturhinweise)? • Sind diese Materialien für jede Patientin und die Angehörigen problemlos zugänglich?
Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Aufklärung der Angehörigen über das Krankheitsbild deren Akzeptanz für die Patientin erhöht? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die sozialen Auswirkungen der Krankheitssymptomatik stets auch Gegenstand der Diagnostik? • Werden die Angehörigen in verständlicher Form über die Krankheitsdiagnose aufgeklärt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden alle an der Diagnostik beteiligten Personen (auch z.B. Ex- amenskandidatinnen, Studentinnen, Praktikantinnen, usw.) der Patientin vorgestellt? • Hat sie jeweils zugestimmt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist gewährleistet, daß die Patientinnen bei der Verwendung von Frage- bögen, testpsychologischen Verfahren, anderen diagnostischen Verfahren — nicht überfordert werden, — die Mitwirkung verweigern dürfen, — vorher zugestimmt haben? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wer ist in der Institution an diagnostischen Verfahren beteiligt? • Werden die Mitarbeiterinnen zum diskreten, verantwortungsvollen Umgang mit Diagnosedaten angehalten?
Anforderung E: Nutzer- zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Ist die Patientin mit der Art und dem Umfang der Aufklärung über ih- re Erkrankung zufrieden? • Empfindet die Patientin die Diagnostik als angemessen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Patientinnen belastende diagnostische Verfahren nur nach strenger Indikation angewandt bzw. wird darauf nach Möglichkeit verzichtet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie erfährt die Klinikleitung die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Nutzerinnen?

Anforderung F: Schadens- vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin die Diagnose verstanden und verkraftet, ohne daß eine Sekundärsymptomatik aufgetreten ist? • Ist es bei der Aufklärung der Angehörigen über die Diagnose gelungen, eine hierdurch möglicherweise entstehende Abwendung von der Patientin zu verhindern? Verlauf im Einzelfall • Stand die Belastung und ggf. Gefährdung der Patientin in angemessenem Verhältnis zum wahrscheinlichen Nutzen des diagnostischen Verfahrens? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wodurch ist gewährleistet, daß Fehldiagnosen vermieden werden (oberärztliche Kontrolle, fachärztliche Konsile ...)? • Wird bei der Vermittlung der Diagnose darauf abgezielt, daß für die Patientin hierdurch keine zusätzlichen Probleme entstehen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird die Schweigepflicht grundsätzlich eingehalten, auch bei Kooperation mit komplementären Diensten? • Wodurch ist sichergestellt, daß die Krankenakten nicht für Unbefugte zugänglich sind?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin allen diagnostischen Eingriffen und der Anwendung diagnostischer Testverfahren (ggf. schriftlich) zugestimmt? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden alle erforderlichen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt? • Wurde auf unnötige diagnostische Maßnahmen verzichtet? • Welche subjektiven Erfahrungen hat die Patientin bisher mit diagnostischen Maßnahmen gemacht? Wurden diese berücksichtigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird auch bei standardisierten diagnostischen Verfahren der individuelle Bedarf jeder Patientin ausreichend berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist gewährleistet, daß individuell notwendige Untersuchungen auch dann durchgeführt werden können, wenn sie zeit- und kostenaufwendig sind?
Anforderung J: Beziehungsorientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Beziehungsgestaltung von Seiten der Patientinnen auch diagnostisch berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • Resultieren die Behandlungs- und Pflegemaßnahmen für die Patientin nachvollziehbar aus den diagnostischen Erkenntnissen? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Patientin über die Indikationen für die verschiedenen diagnostischen Maßnahmen hinreichend aufgeklärt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • In welcher Form können Patientinnen und Angehörige sich über diagnosespezifische Behandlungskonzepte der Klinik informieren?

Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • Beinhaltet der zusammenfassende Befund neben der psychiatrischen Diagnose auch vorhandene Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen in den verschiedenen Lebensbereichen sowie daraus resultierende soziale Probleme? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist gewährleistet, daß bei Behandlungsbeginn eine umfangreiche somatische, psychiatrische, psychologische und soziale Anamnese und Befunderhebung erfolgt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Besteht die Möglichkeit, zur näheren diagnostischen Abklärung z.B. Hausbesuche durchzuführen?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist in der Behandlungseinheit gewährleistet, daß die Diagnostik zu Beginn und im Behandlungsverlauf bei jeder einzelnen Patientin überprüft, fortgeschrieben und standardisiert dokumentiert wird? • Wie ist die fachliche Bewertung aller zusammengetragenen Informationen bei der Diagnostik sichergestellt? • Werden psychologische Testverfahren angewendet? Von wem werden diese ausgewertet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Welches diagnostische Inventar wird in der Klinik angewendet? (ICD 9? ICD 10? DSM III?) • Ist sichergestellt, daß Diagnosen nur auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse gestellt werden?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird in der Behandlungseinheit die Mehrdimensionalität psychiatrischer Diagnostik realisiert? • Gibt es z.B. diagnostische Fallkonferenzen unter Teilnahme aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie ist sichergestellt, daß diagnostische Erkenntnisse, die in zentralen Therapieeinheiten gewonnen werden (z.B. Arbeitstherapie), in die Diagnostik einfließen?
Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde geklärt, welche Hilfen (medizinische, soziale, komplementäre) die Patientin in Anspruch genommen hat und mit welchem Ergebnis? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig überprüft, ob Berichte von vorbehandelnden Diensten angefordert werden sollten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Pfl egt die Klinik eine Adressenkartei aller kooperierenden Ärztinnen, Kliniken, Dienste, Einrichtungen, Kostenträger usw.?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Kann auf die diagnostischen Möglichkeiten der Klinik zugegriffen werden, ohne daß die Patientin stationär aufgenommen werden muß? • Gibt es eine Vorschaltambulanz? • Gibt es eine Institutsambulanz?

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Ist zum Ende der Behandlung eine abschließende Diagnostik erstellt und umfassend mit Differentialdiagnostik dokumentiert worden? Verlauf im Einzelfall • Wurden im Behandlungsverlauf regelmäßig diagnostische Gesichtspunkte nachvollziehbar dokumentiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist gewährleistet, daß diagnostische Gesichtspunkte systematisch dokumentiert werden? • Wie werden differentialdiagnostisch relevante Angaben der verschiedenen Berufsgruppen und der Fallkonferenzen dokumentiert? Gibt es dafür Standards? • Werden möglicherweise Diagnoserelevante Verhaltensbeobachtungen systematisch dokumentiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es Richtlinien für die Dokumentation der Diagnostik und der Differentialdiagnostik? • Welches Dokumentationsverfahren wird angewandt? • Welche Diagnose-Schemata, standardisierte Fragebögen, diagnostische Verfahren (z.B. AMDP) werden verwendet, und wie wird dies in der Krankengeschichte festgehalten?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wird die Diagnostik im Behandlungsverlauf kontinuierlich überprüft? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Welche Rolle spielen diagnostische und differentialdiagnostische Überlegungen bei der Reflexion der Tätigkeit einer Behandlungseinheit? • Ist gewährleistet, daß die Diagnose regelmäßig überprüft wird? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die diagnostische Praxis der Klinik umgesetzt? • Wird eine Diagnosenstatistik geführt? Wie wird diese ausgewertet? Werden die Ergebnisse insbesondere im Längsschnitt reflektiert?

Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es ein Budget für diagnostische Leistungen, sind den Mitarbeiterinnen der Behandlungseinheit die Kosten für die einzelnen Leistungen bekannt? • Werden bei der Anordnung kostenaufwendiger diagnostischer Verfahren wirtschaftliche Aspekte berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es einen eindeutigen und strengen Indikationskatalog für die Anwendung kostenaufwendiger diagnostischer Verfahren (MR, CT, Langzeit-EEG...)? Werden nach Möglichkeit zunächst Vorbefunde (ggf. externe) eingeholt? • Gibt es einen auch wirtschaftliche Kriterien berücksichtigenden Standard für Routine-Laboruntersuchungen? Werden zunächst Vorbefunde (ggf. externe) berücksichtigt?
Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung U: Aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist bei der umfassenden mehrdimensionalen Diagnostik die fachliche Kompetenz der jeweiligen Mitarbeiterinnen gewährleistet? Wer überprüft dies? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie sichert die Institution die fachliche Kompetenz in der Anwendung diagnostischer Verfahren bei den verschiedenen Berufsgruppen, insbesondere auch bei vielfältigen psychologischen Verfahren?

Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wer klärt die fachliche Zuständigkeit für die Behandlung? • Wer stellt die entsprechende Diagnose: — Aufnahmeärztin? — Bereitschaftsdienst? — Oberärztin? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie ist die Einbeziehung nichtpsychiatrischer Fachdisziplinen in die Diagnostik geregelt (z.B. innere Medizin, Neurologie usw.)?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit über alle erforderlichen diagnostischen Sachmittel? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist die Institution ausreichend mit allen diagnostischen Sachmitteln ausgestattet? • Wo und wie erfolgt die erforderliche somatische und neurologische Diagnostik? • Besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Eigenleistungen und Fremdleistungen in der Diagnostik?

Bereich 3:

Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren

Medikamentöse Behandlung

Allgemeines

Psychopharmaka sind in der psychiatrischen Behandlung unverzichtbar. Patientinnen und Patienten, Angehörige und die allgemeine Öffentlichkeit bewerten die Verordnung von Psychopharmaka in der Psychiatrie vielfach kritisch. Ihre Anwendung bedarf jeweils der verantwortlichen Indikation und Überprüfung.

Die wissenschaftlichen Standards sind bei der Verordnung von Psychopharmaka einzuhalten (*lege artis*). Dies gilt insbesondere für Medikamente mit Suchtpotential (z.B. Benzodiazepine, Barbiturate etc.) oder besonderem Risikopotential (z.B. Clozapin). Dies gilt auch für die Langzeitprophylaxe.

Ein wesentliches Aufgabengebiet ist auch die korrekte medizinische Behandlung somatisch verursachter psychischer Erkrankungen.

Standardpräparate

Grundvoraussetzung einer soliden Psychopharmaka-Therapie ist die Beschränkung auf wenige ausgewählte Standardpräparate. Es ist in der Regel besser, wenn sich eine Klinik, eine Abteilung, eine Ärztin oder ein Arzt auf wenige Medikamente beschränkt, diese aber nach hohem fachlichen Standard einsetzt.

Der fachgerechte Umgang mit Psychopharmaka erfordert pharmakologisches Grundwissen, umfangreiche Erfahrung, gezielten Einsatz, sorgfältige Abwägung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses und eine am Individuum ausgerichtete therapeutische Verfahrensweise.

Individuelle Dosierung

Die Auswahl und Dosierung der Medikamente ist individuell unter Berücksichtigung von Wirkung, Nebenwirkung und Vorerfahrung des Patienten abzustimmen und zu erproben. Ausreichende Information und Aufklärung sind Voraussetzung für die Bereitschaft des Patienten zur kontinuierlichen Mitarbeit

und Einhaltung der mit ihm vereinbarten Medikation (Compliance). Information, Aufklärung, Verständnis über Wirkung und Nebenwirkung sowie Berücksichtigung der Vorerfahrungen gehören zum Standard medikamentöser Behandlung. „Verhandeln der Behandlung“ gehört zum angemessenen Vorgehen außer in Notfallsituationen.

Multiprofessionelle Entscheidungsfindung

Die Behandlung mit Psychopharmaka ist ein Bestandteil der psychiatrischen Gesamtbehandlung. Sie kann erhebliche Auswirkungen auf andere Teile der Behandlung haben. Deshalb sind bei Festsetzung und Veränderung der Medikation die Beobachtungen und Erfahrungen der an der Behandlung Beteiligten jeweils zu berücksichtigen. Auch wenn Ärztinnen und Ärzten die Entscheidung zur Auswahl der Medikamente und deren Dosierung vorbehalten ist, so sind Beobachtungen und Erfahrungen aller anderen am Behandlungsprozeß beteiligten Berufsgruppen bei der Entscheidungsfindung unerlässlich.

Umgang mit Nebenwirkungen

Der angemessene und offene Umgang mit Nebenwirkungen psychopharmakologischer Behandlung ist Voraussetzung für Compliance und erfolgreiche Langzeitbehandlung.

Selbstverantwortung im Umgang mit Medikamenten

Sofern eine Behandlung mit Psychopharmaka erforderlich ist, endet diese Notwendigkeit in aller Regel nicht mit dem Abschluß der stationären oder teilstationären Behandlung. Wie zahlreiche katamnestiche Untersuchungen belegen, ist das Absetzen oder die irreguläre Weitereinnahme der Medikamente einer der Hauptgründe für die Notwendigkeit stationärer Wiederaufnahmen. Daher kann sich die Behandlung mit Psychopharmaka nicht darauf beschränken, im kontrollierten stationären oder teilstationären Rahmen eine adäquate Medikamenteneinnahme sicherzustellen und dies für eine hinreichende Behandlung zu halten. Im Sinne der sozialen Wiedereingliederung des Patienten ist es viel wichtiger, diesen zu motivieren und zu befähigen, die verordnete Medikation eigenverantwortlich und selbständig einzunehmen, auch über das Ende der sta-

tionären oder teilstationären Behandlung hinaus. Dazu ist es erforderlich, daß

- der Patient bzw. die Patientin in die Planung der medikamentösen Behandlung so einbezogen wird, daß er/sie diese als Hilfe statt als Zwang erleben kann
- hinreichende Krankheitseinsicht oder zumindest Compliance beim Patienten bzw. bei der Patientin erzeugt wird
- der Patient bzw. die Patientin über die Medikation, deren Wirkungen und notwendige Kontrollen informiert ist
- der Patient bzw. die Patientin über mögliche Nebenwirkungen der Medikation und adäquate Reaktionsmöglichkeiten auf diese Nebenwirkungen informiert ist
- der Patient bzw. die Patientin die selbständige Einnahme unter kontrollierten Bedingungen praktisch geübt hat.

Medikamentöse Behandlung in der Psychiatrie ist daher ebenso sehr eine pädagogische wie eine medizinische Aufgabe.

Angehörige

Neben der Einsicht und Compliance des Patienten selbst spielt auch jene seiner Angehörigen eine wesentliche Rolle. Von den sozialen Auswirkungen von Nebenwirkungen und sonstigen mit der medikamentösen Behandlung einhergehenden Einschränkungen sind auch diese mitbetroffen. Gut informierte und kooperative Angehörige können darüber hinaus zur Durchführung der medikamentösen Behandlung wie zu deren Sicherung nach der Entlassung wesentlich beitragen. Wann immer möglich sollte daher die medikamentöse Behandlung auch mit den Angehörigen systematisch besprochen werden.

Andere somatische Behandlungsverfahren

Elektrokrampftherapie (EKT)

Bei der Elektrokrampfbehandlung handelt es sich um die elektrische Auslösung eines generalisierten Krampfanfalls zu therapeutischen Zwecken. Die Wirkungsmechanismen der Elektrokrampftherapie sind nicht vollständig geklärt.

Vorbehalte der Öffentlichkeit erfordern eine besonders sorgfältige und nachvollziehbare Aufklärung über die Indikation und die Durchführung.

Die Indikationen zur Elektrokrampftherapie richten sich nach den jeweiligen aktuellen wissenschaftlichen Standards und bedürfen im Einzelfall jeweils der Zustimmung der Patientin/des Patienten oder notfalls des für das Betreuungsrecht zuständigen Familiengerichts.

Schlafentzugs- bzw. Wachtherapie

Bei phasisch verlaufenden depressiven Erkrankungen mit deutlichen Tagesschwankungen gehört die Wachtherapie inzwischen zum Standard psychiatrischer Krankenhausbehandlung. Die Wachtherapie ist *lege artis* auszuführen.

Die sogenannte „Lichttherapie“

Die Lichttherapie gehört in vielen psychiatrischen Kliniken zum Standard der Behandlung von saisonalen (in der lichtarmen Jahreszeit auftretenden) Depressionen. Die Standards der Lichttherapie sind einzuhalten.

Anforderung A: Verminderung psycho- pathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Hat die medikamentöse Behandlung zur Verminderung der psychopathologischen Symptomatik geführt? Verlauf im Einzelfall • Welche Medikamente und/oder anderen somatischen Behandlungsmittel wurden zu welchem Zweck eingesetzt? • Wurde die Wirkung der Medikamente regelmäßig überprüft? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Medikamente gezielt nur zur Verminderung der psychopathologischen Symptomatik oder auch aus anderen Gründen (z.B. zur Verhaltenskontrolle) eingesetzt? • Werden vor Behandlungsbeginn systematisch Informationen über früher beobachtete Wirkungen eingeholt? • Finden bei längeren Behandlungen planmäßig Absetzversuche statt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Beeinflussung bestimmter Symptome regelmäßig Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung?
--	---

Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Versteht der Patient die Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen der bei ihm eingesetzten Medikamente? • Ist der Patient in der Lage, seine Medikamente eigenverantwortlich zu verwalten und einzunehmen? • Ist der Patient mit der verordneten Medikation einverstanden und wird er diese voraussichtlich draußen weiter einnehmen? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Medikation und deren Änderung mit dem Patienten vorab besprochen? • Hat der Patient an einem systematischen Training im Umgang mit verordneten Medikamenten, deren Wirkungen und Nebenwirkungen teilgenommen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die beabsichtigte Medikation bzw. deren Änderung mit dem Patienten vorab besprochen? • Werden dem Patienten die verordneten Medikamente hinsichtlich Wirkungen und Nebenwirkungen vorab erklärt? • Hat der Patient Einfluß auf die Auswahl, die Menge und die Applikationsform der Medikamente? • Können Patienten, die dazu körperlich und hinsichtlich ihrer Einsicht in der Lage sind, ihre Medikamente auf Station selbst verwalten? • Besteht ein systematisches Therapieprogramm zum Training im Umgang mit verordneten Medikamenten, deren Wirkungen und Nebenwirkungen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es Informationsveranstaltungen und Informationsmaterial für Patienten und Angehörige in der Klinik?
Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Angehörigen der Patienten (bei deren Zustimmung) systematisch über die Bedeutung der Medikation, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt? • Werden bei der Beurteilung von Nebenwirkungen deren soziale Auswirkungen (Auffälligkeit, lebenspraktische Beeinträchtigungen) systematisch berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 3: Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren

Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird die Würde im Zusammenhang mit (auch zwangsweiser) medikamentöser Behandlung gewahrt? • Wird dem Patienten auch bei notwendiger Zwangsmedikation noch die Möglichkeit zur Einflußnahme auf deren Verabreichungsumstände (wie, wo) eingeräumt? • Werden intramuskuläre Injektionen ohne "Publikum" durchgeführt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen jeder Behandlungseinheit für die Durchführung schamverletzender Therapiemaßnahmen (z.B. i.m.-Injektionen) geeignete Behandlungsräume zur Verfügung?
Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Ist im Urteil des Patienten (und ggf. der für ihn wichtigen Bezugspersonen) der Nutzen der medikamentösen Behandlung größer als die Belastung durch die Nebenwirkungen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die Medikamentenausgabezeiten so flexibel, daß auf Patientenwünsche Rücksicht genommen werden kann? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung F: Schadens- vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Sind vermeidbare Nebenwirkungen aufgetreten? • Verfügt der Patient über geeignete Strategien zum Umgang mit Nebenwirkungen? Verlauf im Einzelfall • Wurden Nebenwirkungen, die bei früheren Behandlungen aufgetreten sind, bei der aktuellen Behandlungsplanung berücksichtigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird gewährleistet, daß die jeweils am wenigsten belastende Behandlungsmethode vorrangig gewählt wird? • Werden vor Behandlungsbeginn Informationen über Unverträglichkeiten und früher aufgetretene Nebenwirkungen eingeholt? • Wird vorab erwogen, auf die Gabe von Psychopharmaka ganz zu verzichten? Wie oft wird tatsächlich so entschieden? • Werden mit den Patienten geeignete (medikamentöse und medikamentenfreie) Strategien für den Umgang mit Nebenwirkungen besprochen und ggf. während der stationären oder teilstationären Behandlung ausprobiert? • Wie wird gewährleistet, daß nur die Medikamente eingesetzt werden, die bei den Patienten die geringsten Nebenwirkungen verursachen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es chefärztlich festgelegte Dosierungsobergrenzen? • Wird darauf geachtet, daß Medikamente mit Suchtpotential nicht oder zumindest nicht über längere Zeit verordnet werden?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • Hat der Patient jeder medikamentösen Behandlung vorab zugestimmt? • Falls Zwangsmedikation stattfand: Auf welcher Rechtsgrundlage? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Patient darauf hingewiesen, daß er die medikamentöse Behandlung auch verweigern kann? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird Zwangsmedikation nur bei Vorliegen einer entsprechenden Rechtsgrundlage oder zur Abwehr von Gefahren eingesetzt? • Werden beim Einsatz von Medikamenten mit Anwendungsbeschränkungen jeweils vorab die rechtlichen Aspekte geklärt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie werden Zwangsmedikationen kontrolliert? • Gibt es zentrale Richtlinien für den Einsatz von Medikamenten mit rechtlichen oder sonstigen Anwendungsbeschränkungen (z.B. Betäubungsmittel, Clozapin)?

Fragen zum Bereich 3: Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden allgemeine Informationen über die Behandlung mit Psychopharmaka angeboten?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden die Vorerfahrungen des Patienten vor der Wahl der Behandlungsmittel erfragt und berücksichtigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Vorerfahrungen der Patienten vor der Wahl eines Behandlungsmittels systematisch erfragt und berücksichtigt? • Richtet sich die Applikationsform von Medikamenten jeweils nach den individuellen Bedingungen, oder gibt es eine Standardvorgehensweise? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung J: Beziehungsorientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Nebenwirkungen der Medikamente vorrangig durch Reduktion und Umstellung bekämpft, oder wird auf Zusatzmedikation (z.B. Anticholinergika) zurückgegriffen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 3: Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren

Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall - Ist der Patient über die ihm verordnete Medikation, deren Wirkungen und Nebenwirkungen hinreichend informiert? Verlauf im Einzelfall - Wurden dem Patienten die verordneten Medikamente hinsichtlich Wirkungen und Nebenwirkungen vorab erklärt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit - Werden den Patienten die verordneten Medikamente hinsichtlich Wirkungen und Nebenwirkungen vorab erklärt? - Ist für Patienten jederzeit erkennbar, aus welchen Gründen und nach welchen Kriterien die medikamentöse Behandlung erfolgt? - Stehen den Patienten die Beipackzettel ihrer Medikamente auf Wunsch zur Information zur Verfügung? Institutioneller Rahmen der Behandlung - Können Patienten auf Wunsch ihre Kurve (Medikamentenblatt) einsehen?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheitsverständnis	Ergebnis im Einzelfall - Leidet der Patient durch die Art und/oder Dosierung der Medikamente an Beeinträchtigungen seiner sozialen Fertigkeiten? Verlauf im Einzelfall - Hat die Art und/oder Dosierung der Medikamente während der Behandlung zu Beeinträchtigungen der sozialen Fertigkeiten geführt? Wie wurde damit umgegangen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit - Wie ist die Behandlung mit Psychopharmaka in den Gesamtbehandlungsplan integriert? - Wird bei der Festlegung der Medikation (z.B. Dosierung und Verteilung über den Tag, Umstellungen, Absetzversuche) deren Wirkung auf andere Therapieformen (z.B. Arbeitstherapie) berücksichtigt? - Werden die Mitarbeiter, die außerhalb der Behandlungseinheit mit dem Patienten zu tun haben (z.B. AT), über größere Änderungen der Medikation und daraus möglicherweise folgende Auswirkungen auf dessen Verhalten unterrichtet? - Wie wird mit Klagen von Patienten über Beeinträchtigungen der sozialen Fertigkeiten durch die Medikation (z.B. Impotenz, Kommunikationsstörungen, o.ä.) umgegangen? Institutioneller Rahmen der Behandlung ... ?

Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die wissenschaftlichen Standards zur Verordnung von Psychopharmaka hinsichtlich Dosierung und Dauer sowie bei Kombinationen eingehalten? • Finden die bei medikamentöser Behandlung jeweils erforderlichen Untersuchungen statt? Wird der Patient über deren Zweck und Ergebnisse informiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es eine chefärztlich verantwortete Standardauswahl für den Einsatz von Psychopharmaka? • Gibt es einen Standard für Routineuntersuchungen bei Behandlung mit Psychopharmaka? Entspricht dieser aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen?
Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die nichtärztlichen Mitglieder des Behandlungsteams über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka so gut informiert, daß sie deren Auswirkungen auf andere Behandlungsteile einschätzen können? • Wird die medikamentöse Therapie im Team besprochen oder allein ärztlich festgelegt? • Hat die Bezugspflegeperson des Patienten ein Mitspracherecht bei der Festlegung von somatischen Behandlungsmitteln, einschließlich der Medikation? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es regelmäßige Fortbildungsangebote zur medikamentösen Behandlung für nichtärztliche Therapeuten (inkl. Pflegedienst)? • Ist in allen Behandlungseinheiten für Nichtmediziner verständliche Fachliteratur über Psychopharmaka verfügbar?

Fragen zum Bereich 3: Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren

Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Sind die nachsorgenden Dienste über die medikamentöse Behandlung und die daraus ggf. resultierenden Folgen unterrichtet (bei Zustimmung des Patienten)? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden nachbehandelnde Ärzte und psychosoziale Dienste in die Entscheidung über die Art einer evtl. Langzeitmedikation (z.B. Depotinjektionen) einbezogen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie oft werden Patienten kurz vor dem Termin einer Depotinjektion entlassen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Existiert über die medikamentöse Behandlung des Patienten eine schriftliche Therapieplanung mit Problemdefinition, Zielen, Maßnahmen, Erfolgskontrollen, usw.? • Gibt es schriftliche Aufzeichnungen über auf die Medikation bezogene Vereinbarungen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird für die medikamentöse Behandlung eine schriftliche Therapieplanung mit Problemdefinition, Zielen, Maßnahmen, Erfolgskontrollen, usw. geführt? • Werden Vereinbarungen mit dem Patienten über Art, Dosierung und Applikationsform der Medikamente schriftlich festgehalten? Von wem? • Werden Nebenwirkungen systematisch und im nachvollziehbaren Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung dokumentiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Existieren zentrale Regelungen für die Art der Dokumentation medikamentöser Behandlung?

Fragen zum Bereich 3: Medikamentöse und andere somatische Behandlungsverfahren

Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die medikamentöse Behandlung der einzelnen Patienten regelmäßig in Fallbesprechungen, Visiten, usw. überprüft? • Wird der generelle Umgang mit der Medikation in der Behandlungseinheit in Besprechungen des Gesamtteams regelmäßig erörtert? • Wird Kritik von Patienten bzw. deren Angehörigen bezüglich der medikamentösen Behandlung im Team erörtert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird die Entwicklung des Verbrauchs an Psychopharmaka pro Patient und Behandlungseinheit klinikweit überwacht und ggf. problematisiert?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die Preise der einzelnen Medikamente in der Behandlungseinheit bekannt? • Gibt es eine Statistik über die Entwicklung der Medikamentenkosten pro Patient? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Beachtet die Klinik bei der Festlegung ihrer Standardmedikamente auch deren Kosten? • Gibt es eine Statistik über die Entwicklung der Medikamentenkosten pro Patient?
Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist bei notwendigen Zwangsmedikationen gewährleistet, daß die damit verbundenen Belastungen nicht nur auf dem Pflegedienst liegen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

**Fragen zum Bereich 3: Medikamentöse und andere
somatische Behandlungsverfahren**

Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist eine fachärztliche Unterstützung und Kontrolle bei der Verordnung von Medikamenten gewährleistet? • Wird der Zeitpunkt von Absetzversuchen vorab mit der personellen Besetzung der Station abgeglichen? (z.B. nicht vor dem Wochenende) Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist sichergestellt, daß die Gabe von Medikamenten nur auf ärztliche Anordnung erfolgt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Konnte ein benötigtes Medikament nicht kurzfristig zur Verfügung gestellt werden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit selbst über alle für Routineuntersuchungen benötigten Sachmittel bzw. kann sie auf diese problemlos zugreifen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen allen Behandlungseinheiten auch selten benötigte Medikamente und Untersuchungsmittel kurzfristig zur Verfügung?

Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche

Gespräche

Gespräche, sowohl in strukturierter Form als auch in 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.

Freie Gespräche

Zu den freien Gesprächen gehört der alltägliche Umgang zwischen Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten, z.B. bei der Besprechung des Alltags, bei den Mahlzeiten, beim Wecken, bei der Aufforderung zur Nachtruhe, bei der Motivation verstummter, verängstigter und in sich zurückgezogener Patientinnen und Patienten sowie bei der verbalen Beruhigung expansiven Verhaltens. Zu den freien Gesprächen gehören auch die ungeplanten ad-hoc-Gespräche zwischen Patientinnen/Patienten und Angehörigen anderer therapeutischer Berufsgruppen. Gespräche und Kontakte bestimmen den Umgang mit Besucherinnen und Besuchern.

Zu den freien Gesprächen gehören ebenso die begleitenden Gespräche bei den verschiedenen beschäftigungs- und soziotherapeutischen Therapieverfahren, bei der Bewegungstherapie und bei unterschiedlichen Stationsaktivitäten.

Die Art und Weise, wie freie Gespräche verlaufen, bestimmt wesentlich das Klima einer Behandlungseinheit, den Umgang miteinander, die Atmosphäre und das Gefühl von Verständnis, Respekt und Achtung.

Von daher bedürfen die freien Gespräche besonderer Beachtung und müssen Gegenstand der Reflexion und von Fortbildung sein.

Strukturierte Gespräche

Strukturierte Gespräche gehören ebenfalls zum Alltag jeder psychiatrischen Behandlungseinheit. Ganz besonders prägen Sie die Visiten, die Gespräche mit Angehörigen, die sogenannten Morgenrunden zwischen Patientinnen-/Patienten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Gesprächsrunden zu aktuellen Themen, Stationsversammlungen etc.

Strukturierte Gespräche bedürfen klarer und eindeutiger Moderation. Das Setting sollte jeweils so sein, daß alle Beteiligten im Kreis oder um einen Tisch herum sitzen. Stehend auf dem Flur oder sitzend/stehend am Bett sind keine angemessenen Rahmenbedingungen für strukturierte Gespräche.

Allgemeine und spezielle Psychotherapie

Das Behandlungskonzept der Psychiatrie-Personalverordnung sieht die Psychotherapie als festen Bestandteil psychiatrischer Behandlung in allen Behandlungsbereichen vor.

Dabei kommt der therapeutischen Beziehung eine hervorragende Bedeutung zu. Sie gehört zu den am besten bestätigten therapeutischen Wirkfaktoren.

Die wichtigsten Wirkfaktoren der Psychotherapie (nach GRAWE et al. 1994) sind im einzelnen:

Aktive Hilfe zur Problembewältigung.

Damit ist gemeint, daß die Therapeuten die Patientin direkt dazu anleiten und in geeignetem Rahmen aktiv darin unterstützen, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Dieses Wirkprinzip kommt in sehr vielen, ganz verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen zum Zuge.

Motivationale Klärung.

Bei der motivationalen Klärung geht es darum, daß die Therapeuten der Patientin dabei helfen, sich über die Bedeutung ihres Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf ihre bewußten und unbewußten Ziele und Werte klarer zu werden.

Problemaktualisierung oder Prinzip der realen Erfahrung.

Probleme können am besten in einem Setting behandelt werden, in dem eben diese Probleme real erfahren werden: generalisierte zwi-

schenmenschliche Schwierigkeiten in einer Gruppentherapie, Paarprobleme unter Einbeziehung beider Partner, Probleme, an denen Familienangehörige beteiligt sind, unter Einbeziehung der relevanten Familienangehörigen usw. Wirksame Psychotherapie ist die Veränderung erlebter Bedeutungen.

Ressourcen-Aktivierung.

Man kann Patientinnen und Patienten besonders gut helfen, indem man an ihre positiven Möglichkeiten anknüpft, indem man die Art der Hilfe so gestaltet, daß die Patientin sich auch in ihren Stärken und positiven Seiten erfahren kann. Wichtigste Ressource dabei ist eine gute Therapiebeziehung.

In der stationären psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sind bei den Gesprächen und der allgemeinen Psychotherapie psychotherapeutische Basiskompetenzen erforderlich. Je nach Situation des Einzelfalles finden allgemeine oder spezielle Psychotherapieverfahren einzeln, in Gruppen, mit Familien, Partnern usw. statt.

Fort- und Weiterbildungen müssen darauf ausgerichtet sein, die psychotherapeutischen Wirkfaktoren in der stationären psychiatrischen Arbeit kompetent anwenden zu können.

Für die Anwendung spezieller Psychotherapieverfahren ist eine patientenorientierte Indikation Voraussetzung, die die klinische Symptomatik und das Bedingungsgefüge, die Persönlichkeitsstruktur und die psychosoziale Situation der Patientin bzw. des Patienten, sowie die individuell erreichbare Zielsetzung berücksichtigt. Gegenüber der patientenorientierten Indikation treten rein theorie- und methodenbezogene Überlegungen soweit wie möglich zurück.

Psychotherapie in der Psychiatrie benötigt eine Vielzahl von Methoden, um wirksam helfen zu können; die Einengung auf einzelne psychotherapeutische Schulen ist dabei eher hinderlich. Vielmehr geht es um eine patientenorientierte Auswahl für den konkreten Einzelfall. Unterschiedliche – wissenschaftlich anerkannte – Psychotherapieverfahren müssen je nach Zielsetzung bei einer Patientin bzw. einem Patienten (ggf. kombiniert) angewendet werden können.

Anforderung A: Verminderung psycho-pathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Ist die gezielt mittels Psychotherapie und Gesprächen behandelte Symptomatik gleich geblieben, gebessert oder verschlechtert? Verlauf im Einzelfall • Fanden spezielle psychotherapeutische Verfahren zur Verminderung der Symptomatik Anwendung? • Wurden Gespräche gezielt als Mittel zur Beeinflussung der Symptomatik eingesetzt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Finden bei entsprechender Symptomatik spezielle psychotherapeutische Verfahren Anwendung? • Gibt es für den Einsatz von Psychotherapie im Stationskonzept klare Regelungen? • Werden freie und/oder strukturierte Gespräche planmäßig zur Beeinflussung der Symptomatik eingesetzt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird bereits der erste Gesprächskontakt bei der Aufnahme einer Patientin so gestaltet, daß dies auf die Symptomatik positiven Einfluß hat? • Stehen in der Klinik für die spezifische Behandlung psychogener Störungen (z.B. Neurosen) geeignete Möglichkeiten zur Verfügung?
---	--

Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Sind Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance der Patientin durch die Gespräche während der Behandlung gestiegen? • Kann die Patientin ihre Probleme selbst bewältigen oder zumindest selbständig Hilfe in Anspruch nehmen? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Patientin in Gesprächen über die Krankheit, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf informiert? • Hat die Patientin alle mit ihr besprochenen Inhalte verstehen können? • War die aktive und selbständige Problembewältigung als Therapieziel definiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird in freien Gesprächen, Versammlungen und therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen Krankheitsverständnis, Verantwortungsfähigkeit und Compliance der Patientin gefördert? • Wird ausreichend Wert darauf gelegt, daß Patientinnen in Gesprächen über ihre Krankheit und deren Verlauf informiert sind? • Wie ist sichergestellt, daß die therapeutischen Mitarbeiterinnen in Gesprächen „die Sprache der Patientin“ sprechen? (statt Fachsprache, Fremdwörter, etc.) • Wird die aktive und selbständige Problembewältigung als Therapieziel definiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden Patientinnen, die trotz fehlender Indikation mit dem Wunsch nach Psychotherapie zur Aufnahme kommen, entweder zu einer adäquaten Therapie motiviert oder abgewiesen?
--	---

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Konnte die soziale Integration der Patientin durch die Gespräche (auch Angehörigengespräche) erhalten bzw. verbessert werden? Verlauf im Einzelfall • Fanden Gespräche über die soziale Situation der Patientin statt? • Fanden Angehörigengespräche statt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Findet Psychotherapie unter Einbeziehung der realen Problemsituation (im Feld) statt? • Ist die soziale Situation der Patientin regelmäßig Gegenstand von Gesprächen? • Finden systematisch Angehörigengespräche statt? • Ist „soziale Integration“ bei psychotherapeutischem Vorgehen als Therapieziel definiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Besteht die Möglichkeit zu Psychotherapie im realen Feld? • Besteht für alle Mitarbeiterinnen eines Behandlungsteams (alle Berufsgruppen) die Möglichkeit zu Hausbesuchen, um mit Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen der Patientin sprechen zu können?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • Beurteilt die Patientin die mit ihr geführten Gespräche hinsichtlich Inhalt und Umgangsformen als würdeverletzend? Verlauf im Einzelfall • Haben einzelne Mitarbeiterinnen in Gesprächen gegenüber der Patientin würdeverletzendes Verhalten an den Tag gelegt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie ist sichergestellt, daß z.B. schamverletzende Gesprächsinhalte nicht zu würdeverletzendem Verhalten gegenüber der Patientin führen? • Wie wird verhindert, daß Mitarbeiterinnen im Gespräch mit Patientinnen beleidigendes, entwertendes oder in anderer Weise entwürdigendes Verhalten an den Tag legen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Ist die Patientin mit dem Ausmaß, der Art und den Inhalten der mit ihr geführten Gespräche zufrieden? Verlauf im Einzelfall • Fand die Patientin, wann immer es gewünscht war, eine Gesprächspartnerin? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es Zeiten des sog. „eisernen Vorhangs“, zu denen keine Mitarbeiterin für Patientinnen zu sprechen ist (z.B. während Übergabezeiten, Teambesprechungen, o.ä.)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Können Psychotherapiepatientinnen ihre Therapeutinnen wählen?
Anforderung F: Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hatte die Psychotherapie negative Auswirkungen auf die Patientin? Verlauf im Einzelfall • War hinsichtlich der Inhalte therapeutischer Gespräche die Vertraulichkeit gewährleistet? • Fanden psychotherapeutische Verfahren Anwendung, obwohl diese nicht indiziert waren? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist gewährleistet, daß nur solche psychotherapeutischen Verfahren angewandt werden, die die Patientin in ihrer Situation nicht überfordern? • Wie ist sichergestellt, daß vertrauliche Informationen aus Gesprächen nur denjenigen Personen bekannt werden, bezüglich derer die Patientin ihr Einverständnis dazu erklärt hat? • Wie ist sichergestellt, daß nur solche Personen psychotherapeutisch behandelt werden, bei denen eine solche Behandlung auch indiziert ist? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 4: Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche

Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Fanden Gespräche (z.B. mit Angehörigen, psychosozialen Diensten, usw.) über die Patientin hinter deren Rücken statt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie ist sichergestellt, daß die Patientin über den Tatbestand und die Inhalte von Gesprächen, die mit Dritten über sie geführt werden, Kenntnis erhält? • Werden nur mit solchen Personen und Institutionen Gespräche über die Patientin geführt, bzgl. derer diese dem vorab zugestimmt hat? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die von der Klinik angebotenen Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung in der Region hinlänglich bekannt? Wie werden sie genutzt? Läßt dies auf hinreichende Akzeptanz schließen?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War eine Psychotherapie indiziert? Fand diese statt? • Fanden mit der Patientin Einzelgespräche statt? Mit wem, wie oft? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist sichergestellt, daß alle Personen psychotherapeutisch behandelt werden, bei denen eine solche Behandlung indiziert ist? • Richtet sich die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren nach der Indikation oder nach den jeweils verfügbaren Therapeutinnen? • Finden mit allen Patientinnen regelmäßige Einzelgespräche statt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • Erlebte die Patientin die Therapeutinnen als unterstützend, aufbauend, in ihrem Selbstwert positiv verstärkend? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Patientin in der Bewältigung ihrer Probleme aktiv unterstützt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird in der Psychotherapie und allgemein in Gesprächen mit den "gesunden Anteilen" der Patientin systematisch gearbeitet? • Unterstützen die therapeutischen Mitarbeiterinnen die Patientinnen aktiv und geplant in der Bewältigung ihrer Probleme? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird in der Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Psychologinnen auf die Bedeutung von "Alltagsthemen" für die Beziehungsgestaltung zu und die Ressourcenaktivierung bei Patientinnen speziell eingegangen?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • Ist der Patientin der Sinn und Zweck der erfolgten Psychotherapie klar? (Indikation, Ziele, Mittel, Ergebnis) • Liegt die Zustimmung der Patientin zur Psychotherapie vor? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Einsatz psychotherapeutischer Verfahren vorab mit der Patientin vereinbart? • Sind Gesprächstermine und Gesprächsinhalte Bestandteil der schriftlichen Behandlungs- und Pflegeplanung? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie werden freie und strukturierte Gespräche in der Behandlungs- und Pflegeplanung berücksichtigt? • Sieht die Behandlungs- und Pflegeplanung auch z.B. gemeinsame Tee- oder Kaffeestunden, gemeinsame Spaziergänge oder ähnliche Mittel vor? • Werden die Ziele und Mittel sowie die Dauer psychotherapeutischer Verfahren vorab mit der Patientin vereinbart (ggf. schriftlich)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 4: Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche

Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • Besteht ein verschiedene Therapieverfahren integrierendes Konzept für die externe Weiterbehandlung? Verlauf im Einzelfall • Waren an der Indikationsstellung zur Psychotherapie alle therapeutischen Berufsgruppen beteiligt? • Wie war die Psychotherapie in das allgemeine Behandlungskonzept eingebunden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind an der Indikationsstellung zur Psychotherapie alle therapeutischen Berufsgruppen beteiligt? • Wie ist die spezielle Psychotherapie in das allgemeine Behandlungskonzept eingebunden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Fanden wissenschaftlich nicht abgesicherte Psychotherapieverfahren Anwendung? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird in Einzel- und Gruppengesprächen der motivationalen Klärung ein hinreichendes Gewicht beigemessen? • Gibt es für den Einsatz von Psychotherapie im Stationskonzept klare Regelungen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind wissenschaftliche Ergebnisse bzgl. Psychotherapieverfahren Gegenstand der Fort- und Weiterbildung? • Wer kontrolliert verantwortlich den Einsatz und den Verlauf spezieller Psychotherapie?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin Kontakt zu den verschiedenen weiterbehandelnden Stellen? Verlauf im Einzelfall • Welche Berufsgruppen waren an der Planung und Durchführung der Psychotherapie und systematischer Gesprächsarbeit beteiligt? • Haben sich die verschiedenen Therapiemaßnahmen gegenseitig ergänzt oder behindert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Welche Berufsgruppen sind an der Planung und Durchführung von Psychotherapie und systematischer Gesprächsarbeit beteiligt? • Sind alle therapeutischen Berufsgruppen an Visitengesprächen beteiligt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind etwaige spezielle Psychotherapiestationen in die allgemeine Behandlungsinfrastruktur der Klinik (z.B. AT/BT) eingebunden, oder spielen diese eine Sonderrolle? • Finden die therapeutischen Gespräche aller Berufsgruppen gleichwertigen Eingang in die Behandlungsdokumentation?
Anforderung O: Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Kennt die Patientin die für ihr Problem infrage kommenden Selbsthilfegruppen in der Region? • Hat sie während der Behandlung zu diesen Kontakt aufgenommen? Verlauf im Einzelfall • Waren externe Dienste an der Indikationsstellung und Zielplanung für Psychotherapie beteiligt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden mit der Patientin befaßte externe psychosoziale Dienste an der Indikationsstellung und Zielplanung von Psychotherapie beteiligt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gilt in der Klinik auch für schwergpunktmäßig psychotherapeutisch zu behandelnde Patientinnen (Psychotherapiestation) das Prinzip der regionalen Sektorisierung?

Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Ist eine nahtlose ambulante oder teilstationäre Weiterbehandlung gesichert? • Ist eine eventuelle stationäre Psychotherapie zum frühestmöglichen Zeitpunkt beendet worden? Verlauf im Einzelfall • Wie wurde vor Therapiebeginn geprüft, ob eine ambulante Psychotherapie ausreicht? • Wurde bereits zu Beginn der stationären Behandlung Kontakt zu extern weiterbehandelnden Stellen aufgenommen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Besteht eine Zusammenarbeit mit ambulanten Psychotherapeutinnen? Wie ist diese organisiert? • Wird im Regelfall bereits zu Beginn der stationären Behandlung Kontakt zu extern weiterbehandelnden Stellen aufgenommen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Verfügt die Klinik über eine Institutsambulanz mit psychotherapeutischer Kompetenz? • Bestehen institutionalisierte Kontakte zu ambulant arbeitenden Psychotherapeutinnen?
Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Ist die Indikation und der Verlauf einer eventuellen Psychotherapie der schriftlichen Dokumentation für andere nachvollziehbar zu entnehmen? • Sind die wesentlichen Inhalte geführter Gespräche sowie deren Verlauf der schriftlichen Dokumentation für andere nachvollziehbar zu entnehmen? Verlauf im Einzelfall • Sind die Gesprächsinhalte (auch freier Gespräche) dokumentiert? • Sind die Ziele und ist die Indikation eingesetzter psychotherapeutischer Verfahren dokumentiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie werden Gesprächsinhalte (auch freier Gespräche) dokumentiert? • Werden die Ziele und wird die Indikation eingesetzter psychotherapeutischer Verfahren dokumentiert? • Wird dokumentiert, welche psychotherapeutischen Hilfen erforderlich gewesen wären, aber nicht geleistet werden konnten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Bestehen für die Dokumentation spezieller Psychotherapieverfahren allgemeine Leitlinien bzw. Standards?

Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • Sind die Inhalte, der Verlauf und die Ergebnisse therapeutischer Gespräche und psychotherapeutischer Verfahren mit der Patientin nachbesprochen worden? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Patientin um Rückmeldungen bzgl. des Ablaufs von Therapiesgesprächen gebeten? • Wie wurden diese Rückmeldungen im weiteren Verlauf der Therapie berücksichtigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie werden Gesprächsverläufe reflektiert? • Werden Tonbandprotokolle oder Videoaufzeichnungen von Gesprächen gemacht und zur Reflexion genutzt? • Werden Rückmeldungen der Patientinnen zum Ablauf von Gesprächen eingeholt und besprochen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Finden über Techniken der Gesprächsführung, psychotherapeutische Verfahren, etc. berufsgruppenübergreifende, zentrale Fortbildungen statt? • Werden Tonbandprotokolle oder Videoaufzeichnungen von Gesprächen zur Fortbildung genutzt? • Ist Gesprächsführung ein regelmäßiger Bestandteil in der Weiterbildung von Assistenzärztinnen?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ...? Verlauf im Einzelfall • ...? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ...? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind seitens der Klinikleitung die verschiedenen Formen freier Gespräche (gemeinsames Kaffeetrinken, Spaziergänge, usw.) als Teil der therapeutischen Arbeit akzeptiert, oder gelten diese als „überflüssiger Luxus“?

Fragen zum Bereich 4: Allgemeine und spezielle Psychotherapie, Gespräche

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Können Mitarbeiterinnen von Belastungen aus Gesprächen mit Patientinnen in geeigneter Weise (z.B. durch Supervision) Entlastung erfahren? Besteht auch die Möglichkeit zu Krisensupervisionen? • Wie viele Mitarbeiterinnen der Behandlungseinheit sind in psychotherapeutischen Verfahren ausgebildet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Besteht für interessierte Mitarbeiterinnen (aller therapeutischen Berufsgruppen) die Möglichkeit zu berufsbegleitender Weiterbildung in Gesprächstechniken und psychotherapeutischen Verfahren?
Anforderung U: Aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Durch wen wurden psychotherapeutische Verfahren durchgeführt? • Fand die Patientin bei Bedarf immer einen Ansprechpartner? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie ist sichergestellt, daß psychotherapeutische Verfahren nur von solchen Personen angewandt werden, die dazu hinreichend qualifiziert sind? • Wird in der Dienstplangestaltung der Personalbedarf für Gespräche mit Patientinnen berücksichtigt, oder richtet sich die Schichtbesetzung nur nach den verschiedenen funktionellen Aufgaben? • Stehen auch an Wochenenden den Patientinnen und deren Angehörigen nichtpflegerische Therapeutinnen als Gesprächspartnerinnen zur Verfügung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es auf spezielle Psychotherapie spezialisierte Behandlungseinheiten (z.B. Psychotherapiestation)? • Wird bei der internen Personalverteilung auf die Behandlungseinheiten dem Bedarf an Gesprächen die gleiche Bedeutung eingeräumt wie Aufgaben, die Handlung verlangen?

Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • War die Patientin über die Qualifikation und die fachliche Zuständigkeit ihrer Gesprächspartnerin im Bilde? War sie mit dieser einverstanden? Verlauf im Einzelfall • Wurden therapeutische Gespräche von denjenigen Personen geführt, die dazu jeweils fachlich qualifiziert waren? • Mitglieder welcher therapeutischen Berufsgruppen führten mit der Patientin therapeutische Gespräche? Waren dies jeweils die richtigen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist sichergestellt, daß Patientinnen, bei denen während der Behandlung erkannt wird, daß spezielle Psychotherapie erforderlich ist, diese auch dann erhalten, wenn die Behandlungseinheit sie selbst nicht anbieten kann? • Wie ist gewährleistet, daß Mitarbeiterinnen im Gespräch ihre eigene Kompetenz überschreitende Probleme erkennen und die Patientin den jeweils fachlich zuständigen Personen zuweisen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist sichergestellt, daß Patientinnen, deren Behandlung spezielle Psychotherapie erfordert, nur dann aufgenommen werden, wenn diese seitens der Klinik auch qualifiziert geleistet werden kann? • Verfügen alle Behandlungseinheiten der Klinik über bzgl. psychotherapeutischer Fragestellungen hinreichend qualifiziertes Fachpersonal (Psychologinnen, Psychotherapeutinnen)?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • Mußte die Patientin zur Durchführung indizierter therapeutischer Maßnahmen eigene Finanzmittel (z.B. für Fahrtkosten) aufwenden? Verlauf im Einzelfall • Scheiterte die Durchführung psychotherapeutischer Verfahren an mangelnden Sachmitteln oder Finanzen? • Konnten alle Therapiegespräche in störungsfreien Räumen durchgeführt werden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit über die zur Durchführung psychotherapeutischer Verfahren ggf. erforderlichen Sachmittel? • Stehen für Gespräche (auch des Pflegedienstes) störungsfreie Räumlichkeiten zur Verfügung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen für die Durchführung aktiver Problembewältigung im Feld die benötigten Fahrtmöglichkeiten und Finanzmittel zur Verfügung? • Stehen in zentralen Therapien (z.B. AT) für Gespräche bei Bedarf störungsfreie Räumlichkeiten zur Verfügung?

Bereich 5:

Ergotherapie, Bewegungstherapie usw.

Im Rahmen des von dem Behandlungsteam erarbeiteten Behandlungsplans benötigen Patientinnen und Patienten ergotherapeutische und bewegungstherapeutische Angebote in unterschiedlicher Art und Intensität. Das Behandlungskonzept der therapeutischen Angebote orientiert sich am Bedarf der zu versorgenden Patientengruppe, es wird dementsprechend fortlaufend überprüft und fortgeschrieben. Zusätzlich zu Ergo- und Bewegungstherapie können auch andere Formen kreativer Beschäftigung zum Behandlungsangebot gehören wie z.B. Musik-, Kunst- und Maltherapie. Die Behandlung ist an der individuellen Problematik der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Sie wird im multiprofessionellen Team der jeweiligen Behandlungseinheit geplant und regelmäßig überprüft. Die erbrachten Leistungen und der Behandlungsverlauf fließen in die individuelle Behandlungsdokumentation ein.

Ergotherapie

Die Ergotherapie gehört zu den handlungsorientierten Therapieangeboten. Ihre Aufgabe besteht darin, bei der Diagnose krankheitsbedingt eingeschränkter psychischer, sensorischer und motorischer Funktionen und Fähigkeiten mitzuwirken und zur Wiederherstellung, Verbesserung, Verhinderung der Verschlechterung oder Kompensation dieser Funktionen und Fähigkeiten beizutragen.

Die Ergotherapie bedient sich hierzu aktivierender und handlungsorientierter Verfahren unter Einsatz handwerklicher und gestalterischer Techniken sowie lebenspraktischer Übungen. Zu den ergotherapeutischen Aufgaben gehört es auch, das aktuelle Tun, den Handlungsteil, in Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten zu reflektieren.

Die ergotherapeutische Arbeit orientiert sich an den Alltagsproblemen der Patientinnen und Patienten, sie berücksichtigt deren individuelle Lebensgewohnheiten und knüpft an den vorhandenen Fähigkeiten an. Insbesondere ist bei

der Auswahl von Materialien und Techniken darauf zu achten, daß diese der realen Lebenswelt der Patientinnen und Patienten angepaßt sind, d.h. auch, daß die Patientin bzw. der Patient diese nach abschließender Behandlung weiter durchführen und finanzieren kann.

Lebenspraktische Aktivitäten dienen der Vorbereitung eines eigenständigen Lebens außerhalb des stationären Rahmens. Sie berücksichtigen das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten und werden möglichst in diesem durchgeführt, z. B. Kochtraining in der eigenen häuslichen Umgebung, Freizeitgestaltung im Wohnviertel etc. Beim lebenspraktischen Training geht es um die Einübung und/oder Wiedererlangung von Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags nach der klinischen Behandlung.

Ergotherapeutinnen und -therapeuten unterstützen die Patientinnen und Patienten durch vielfältige Maßnahmen bei der Integration in das Arbeitsleben bzw. bei der Suche nach Möglichkeiten sinnvoller, tagesstrukturierender Maßnahmen für die Zeit nach dem stationären Klinikaufenthalt (siehe Bereich 7: Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule). Um die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten in ihr soziales Umfeld zu erleichtern, können die ergotherapeutischen Angebote von Patientinnen und Patienten auch teilstationär und ambulant genutzt werden.

Bewegungstherapie, Krankengymnastik, Physiotherapie

Die Bewegungstherapie in der Psychiatrie umfaßt die Bereiche Sport und Spiel, Krankengymnastik, physikalische Therapie.

Bei der Bewegungsarbeit wird der therapeutische Zugang zu den Patientinnen und Patienten über das Körpererleben gewonnen.

Je nach Persönlichkeit und Symptomatik der Patientinnen und Patienten werden folgende Ziele verfolgt:

- Entspannung, Beruhigung, Lockerung;
- Aktivierung, Mobilisierung;
- Belastbarkeit, Leistungssteigerung;
- Abbau von Ängsten, Abreagieren von aufgestauten Energien;
- Körperwahrnehmung, Körperorientierung;
- Konzentration, Geduld, Ausdauer;
- Entwicklungsförderung bei Kindern (KJP);
- usw.

Im Sinne einer Gesundheitserziehung werden die Patientinnen und Patienten während der Behandlung mit einfachen Übungen vertraut gemacht, die sie nach Beendigung der stationären Behandlung selbständig durchführen können.

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. zur Reduktion psychopathologischer Symptome beigetragen? Verlauf im Einzelfall • Hat der Patient an ergotherapeutischen/bewegungstherapeutischen Angeboten während der Behandlung teilgenommen? Welche Ziele wurden dabei verfolgt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden ergotherapeutische, bewegungstherapeutische, etc. Maßnahmen gezielt zur Reduktion psychopathologischer Symptomatik verordnet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind im Krankenhaus allen Mitarbeitern die Möglichkeiten von Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. bei der Verminderung psychopathologischer Symptomatik bekannt?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Wurde dem Patienten durch die Ergo-/Bewegungstherapie eine realistische Einschätzung seiner sozialen Kompetenzen und seiner Selbstwahrnehmung vermittelt? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die Patienten in die Entscheidung, ob sie an ergo- und/oder bewegungstherapeutischen Maßnahmen teilnehmen, einbezogen? • Können sie sich auch dagegen entscheiden? • Werden die Patienten in die Behandlungsplanung in der Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. einbezogen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stellt die Klinik die strukturellen und materiellen Voraussetzungen dafür zur Verfügung, daß Patienten im Rahmen z.B. lebenspraktischer Trainingsmaßnahmen mehr Selbstverantwortung übernehmen?

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Inwieweit konnten die lebenspraktischen Fertigkeiten usw. des Patienten verbessert werden? Verlauf im Einzelfall • An welchen ergotherapeutischen / bewegungstherapeutischen Angeboten hat der Patient mit welcher Indikation teilgenommen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Welche ergotherapeutischen, bewegungstherapeutischen, etc. Behandlungsangebote zur Förderung der sozialen Integration stehen den Patienten der Behandlungseinheit zur Verfügung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die ergotherapeutischen Behandlungskonzepte primär rehabilitativ ausgerichtet, z.B. im Hinblick auf die Verbesserung und/ oder Erhaltung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird darauf geachtet, daß die Patienten angemessene und nichtkränkende Rückmeldungen (auch von den Mitpatienten) zu ihren Produkten erhalten? • Werden in der Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. kulturelle und religiöse Besonderheiten berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird bei öffentlichen Ausstellungen oder Darstellungen auf Wunsch die Anonymität der Patienten gewahrt? • Haben die Patienten ein Verfügungsrecht über ihre in der Ergotherapie entstandenen Produkte?
Anforderung E: Nutzerzufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • War der Patient mit dem ergo-/ bewegungstherapeutischen Angebot zufrieden? Verlauf im Einzelfall • Wurde während der Behandlung mit dem Patienten über seine Zufriedenheit mit dem ergo-/ bewegungstherapeutischen Angebot gesprochen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird bei der konzeptionellen Weiterentwicklung von therapeutischen Angeboten in der Klinik die Nutzerzufriedenheit berücksichtigt?

Anforderung F: Schadens- vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hat sich die Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. negativ auf den Patienten ausgewirkt? Verlauf im Einzelfall • Wurde bei der ergotherapeutischen/ bewegungstherapeutischen etc. Behandlung darauf geachtet, daß die Maßnahme nicht zur Entstehung eines falschen Selbstbildes beitrug? • Wurden ggf. schwere funktionelle Beeinträchtigungen mit dem Patienten therapeutisch bearbeitet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird bei der Behandlungsplanung der Ergotherapie etc. darauf geachtet, daß Patienten durch Über- oder Unterforderungen Schaden nehmen können? • Werden grundsätzlich bei Kontaktaufnahme und Kooperation mit externen Stellen die Schweigepflicht und der Datenschutz gewahrt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden die Mitarbeiter regelmäßig zur strikten Einhaltung der Schweigepflicht und Wahrung des Datenschutzes angehalten? • Wer kontrolliert die Einhaltung von Schweigepflicht und Datenschutz? • Werden Arbeitsschutzmaßnahmen (Unfallvermeidung, Umgang mit Gefahrstoffen) beachtet?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie ist gewährleistet, daß alle Patienten an ergo-/ bewegungstherapeutischen Maßnahmen teilnehmen können, auch diejenigen, die mit richtigerlicher Einweisung behandelt werden? • Werden die Ergotherapeuten, die Bewegungstherapeuten etc. über die Rechtsgrundlage der Behandlung der Patienten informiert? • Werden evtl. Selbst- oder Fremdgefährdung mitgeteilt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden industrielle Auftragsarbeiten in der Arbeitstherapie in der Regel zur Zufriedenheit der Auftraggeber ausgeführt? • Wird bei eventueller extramuraler Arbeitstherapie darauf geachtet, daß die vermittelten Patienten den Anforderungen des Arbeitsplatzes gerecht werden können? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden die ergotherapeutischen Produkte zur Öffentlichkeitsarbeit genutzt (z.B. durch Verkaufsräume, Ausstellungen, Basare usw.)?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • Kann der Patient die (Lern-) Effekte der Ergotherapie in sein Alltagsleben übertragen? Verlauf im Einzelfall • Entsprach die ergotherapeutische Behandlung dem individuellen Bedarf der Patienten oder einem Standardprogramm? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird für jeden Patienten in der Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. gemeinsam mit diesem ein individueller Behandlungsplan erstellt? • Besteht die Möglichkeit zur Einzeltherapie? • Können Einsatzzeit und -dauer flexibel an den Bedarf des Patienten angepaßt werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Erlauben die institutionellen Voraussetzungen (Personal, Räumlichkeiten, Sachmittel) ein breitgefächertes Angebot ergo-/ bewegungstherapeutischer etc. Maßnahmen, welches dem individuellen Bedarf entsprechend genutzt werden kann?

Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wieviel Patienten werden von einem Ergotherapeuten/ einem Bewegungstherapeuten betreut? • Steht den Patienten während der Ergotherapie eine feste Bezugsperson zur Verfügung? • Werden neue Patienten von ihrer Bezugsperson in der Behandlungseinheit beim ersten Kontakt in die stationsübergreifende Therapie begleitet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Patient über Indikation, Inhalt und Rahmenbedingungen der ergotherapeutischen, bewegungstherapeutischen, etc. Maßnahmen informiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Patienten über alle ergotherapeutischen, bewegungstherapeutischen etc. Angebote der Behandlungseinheit informiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es allgemein verständliches und zugängliches Informationsmaterial über Ziele und Arbeitsweisen der Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. in der Klinik?

Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • Kann der Patient die in der Ergotherapie neu erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten in seinem sozialen Umfeld außerhalb der Klinik sinnvoll anwenden? Verlauf im Einzelfall • Wurden z.B. bei der Auswahl der Materialien und der vermittelten Techniken die finanziellen Möglichkeiten und der reale Lebenshintergrund der Patienten berücksichtigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Stehen den Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten alle relevanten Informationen über die Patienten zur Verfügung (Zugriff auf die Krankenakte, Pflegedokumentation)? • Wie werden körperliche, psychische, biographische und soziale Gesichtspunkte im ergo-/ bewegungstherapeutischen etc. Behandlungsplan berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. integrale Bestandteile des Behandlungskonzeptes im Krankenhaus?
--	--

Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es am Störungsbild orientierte Behandlungsprogramme der Gruppen- und Einzeltherapie (z.B. Projektgruppen)? • Gibt es ergotherapeutische Behandlungsstandards für bestimmte Störungsbilder? • Findet die Zuweisung der Patienten zu den ergotherapeutischen / bewegungstherapeutischen Angeboten nach Indikation und Zielorientierung statt? • Gibt es eine systematische und standardisiert durchgeführte Eingangsdiagnostik für die Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc.? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es ein übergreifendes Konzept für die verschiedenen therapeutischen Angebote? — Wird dieses Konzept fortlaufend überprüft und fortgeschrieben? — Nach welchen Gesichtspunkten ist die Ergotherapie aufgebaut: — Trennung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie — diagnosespezifische Ergotherapie — stationsübergreifende Ergotherapieabteilungen — stationsintegrierte Ergotherapie — usw.? • Inwieweit orientieren sich die therapeutischen Angebote im Bereich Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. am Bedarf der zu versorgenden Patientengruppen?
--	---

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Kollidierten vereinbarte ergotherapeutische Termine mit anderen Behandlungsterminen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Nehmen Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, etc. an den Besprechungen der Behandlungseinheit teil? • Wenn dies nicht möglich ist, werden die Zeitpläne für die Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. systematisch mit den anderen therapeutischen Behandlungsangeboten abgeglichen? • Sind Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. Bestandteil der individuellen Behandlungs- und Pflegeplanung? • Wie ist die Zusammenarbeit zwischen den Bezugspersonen in der Behandlungseinheit und Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. geregelt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist der fachliche Austausch innerhalb der Berufsgruppe und berufsgruppenübergreifend gewährleistet? Welche strukturellen Voraussetzungen gibt es dafür? • Finden ergotherapeutische Themen in die berufsgruppenübergreifende Fortbildung Eingang? • Gibt es für jede Behandlungseinheit definierte Ansprechpartner in der stationsübergreifenden Therapie? • Gibt es ein geregeltes An- und Abmeldeverfahren für die stationsübergreifenden Therapien? • Sind allen Mitarbeitern der einzelnen Behandlungseinheiten die stationsübergreifenden Therapien aus eigener Anschauung bekannt? • Sind Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, etc. an der Erstellung von Stationskonzepten beteiligt?
--	--

Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind den Mitarbeitern der Ergo- bzw. Bewegungstherapie die ambulanten und komplementären Einrichtungen und Dienste in der Region bekannt? • Welche Kooperationsformen gibt es? • Finden die ergotherapeutischen, bewegungstherapeutischen, etc. Maßnahmen ausschließlich innerhalb der Klinik statt, oder können sie auch außerhalb durchgeführt werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es die Möglichkeit ambulanter oder teilstationärer Ergotherapie in der Klinik? • Ist die Ergotherapie in die Kooperation mit externen Diensten einbezogen? • Ist gewährleistet, daß die Mitarbeiter der Ergotherapie die ambulanten und komplementären Dienste aus eigener Anschauung kennen?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Kann die Ergotherapie ambulant oder teilstationär durchgeführt werden?

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Ist aus der Behandlungsdokumentation die Indikation, der Verlauf und das Ergebnis der Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. ersichtlich? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird für die Ergo- bzw. Bewegungstherapie eine schriftliche Therapieplanung (Problemdefinition, Ziele, Maßnahmen, Erfolgskontrolle usw.) erstellt? Wie ist diese in die Gesamtdokumentation integriert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden die erbrachten Leistungen im Bereich Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. zentral erfaßt?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es regelmäßig ergo-/ bewegungstherapeutische Fallkonferenzen? • Finden Nachbesprechungen über den Therapieverlauf in der Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. statt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, etc. an Fallsupervisionen beteiligt? • Gibt es hausinterne, fachbezogene Fortbildungen für die Mitarbeiter der stationsübergreifenden Therapien? • Gibt es die Möglichkeit für Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, etc. Teamklausuren durchzuführen? • Gibt es für alle stationsübergreifenden Therapieabteilungen eigenständige Konzepte? Wie oft werden diese fortgeschrieben?

Fragen zum Bereich 5: Ergotherapie, Bewegungstherapie, usw.

Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Bezahlen die Patienten das Material in der Ergotherapie, wenn sie die Produkte mit nach Hause nehmen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es ein festgelegtes Budget für die Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc.? • Wie ist sichergestellt, daß die Anschaffungsentscheidungen fachlich sinnvoll sind?
Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die Unfallverhütungsvorschriften bekannt, und werden diese eingehalten?
Anforderung U: Aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Besteht die Möglichkeit, daß Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. auch abends und am Wochenende angeboten wird? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Welche berufliche Qualifikation haben die Mitarbeiter der Ergo-/ Bewegungstherapie? • Wird Weiter-/ Fortbildung ermöglicht (intern/extern)? • Werden Ergo-/ Bewegungstherapeuten entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt?

Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die Aufgaben stationsintegrierter Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. im Stationskonzept eindeutig geregelt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist sichergestellt, daß bei der Indikationsstellung und Therapieplanung zur Ergotherapie, Bewegungstherapie, etc. ergotherapeutisch/ bewegungstherapeutisch qualifizierte Mitarbeiter verantwortlich beteiligt sind?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Station über eine Grundausrüstung an Sachmitteln für die Ergotherapie? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen die zweckmäßigen Sachmittel für die Ergotherapie in ausreichender Menge zur Verfügung? • Behindert die Sachausstattung die Ergotherapie?

Bereich 6:

Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Die eigene Wohnung ist für die meisten Menschen von entscheidender Bedeutung für ihre personale Identität und ihre psychische Stabilität. Sie vermittelt das Gefühl „hier bin ich zu Hause“, indem die Bewohnerin bzw. der Bewohner (oder mehrere gemeinschaftlich) die Wohnung nach eigenen Vorlieben gestalten und entsprechend darin leben. Von diesem sicheren Hafen aus können die Bewohnerinnen und Bewohner selbstbestimmt nach „draußen“ gehen – zur Arbeit, zu anderen Personen usw. – und zurückkehren.

Psychische Krankheit beeinträchtigt oft die Fähigkeit, in der eigenen Wohnung und ihrer Nachbarschaft zurechtzukommen und sich wohl zu fühlen. Paranoide Bedrohungen, depressive Stimmung, Antriebsminderung usw. – die verschiedenen Krankheitssymptome werden von den erkrankten Menschen nicht abstrakt, sondern in den persönlichen Lebenssituationen konkret erlebt. Daher ist zur Diagnostik, zum Krankheitsverständnis für die erkrankte Person und für den Erfolg der Therapie von zentraler Bedeutung, die Krankheit und Behandlung auch im konkreten Kontext der realen Lebenssituation: Wohnung, Nachbarschaft, Alltagsbewältigung ... zu sehen und dies therapeutisch einzubeziehen. Die Alltagsbewältigung und die Befindlichkeit in der Wohnung sind entscheidende diagnostische Bereiche, therapeutische Handlungsfelder sowie Kriterien für den Behandlungsfortschritt, die für die erkrankte Person von unmittelbarer praktischer Bedeutung sind.

Wohnen, Selbstversorgung, Freizeit – das Leben in der Station/Tagesklinik – hat therapeutische Relevanz in Bezug auf die individuelle reale Lebenssituation der Patientinnen und Patienten außerhalb. Die Station sollte immer in dem Bewußtsein handeln, daß der eigentliche Lebensmittelpunkt der erkrankten Person außerhalb der Station liegt. Das Alltagsleben auf Station sollte deshalb so normal wie möglich sein, d.h. auch soviel Individualität und persönliche Lebensstile zulassen, wie

die Rücksichtnahme auf zufällig gleichzeitig anwesende andere Mitpatientinnen und -patienten dies erlaubt. Mitarbeit von Patientinnen und Patienten bei Versorgungsaufgaben, in Wirtschaftsbetrieben der Klinik usw. muß immer primär einen therapeutischen Sinn haben und nicht denjenigen, Arbeitskräfte für die Klinik zu sparen.

Ein wichtiges Ziel von Krankenhausbehandlung ist es, die psychisch erkrankte Person zu befähigen, in der eigenen Wohnung weiter leben zu können. Und wenn die Krankheit nicht vollständig abklingt, so geht es darum, geeignete Hilfen zur Stabilisierung in der eigenen Wohnung gezielt einzuleiten.

Wenn die erkrankte Person durch die Krankenhausbehandlung nicht wieder befähigt werden kann, in der eigenen Wohnung mit geeigneten Hilfen zurechtzukommen, so muß eine den individuellen Bedürfnissen der behinderten Person möglichst nahekommende Wohnform im Rahmen einer Einrichtung gefunden werden, die in Bezug auf den Ort und die Lebensverhältnisse weitgehende Selbstbestimmung ermöglicht.

Es gibt immer noch Patientinnen und Patienten, die seit Jahren und Jahrzehnten auf Stationen in Psychiatrischen Krankenhäusern leben, weil sie keine eigene Wohnung außerhalb haben. Die Funktion ihres Aufenthaltes ist also nicht mehr Krankenhausbehandlung. Das Eingliederungsziel ist dann: Umsiedlung in möglichst normale Wohnverhältnisse mit geeigneten Hilfen zur Alltagsbewältigung und Tagesgestaltung: zurück zum früheren Wohnort, sofern ausreichende Bezüge dorthin aktivierbar sind; sofern der Ort des Krankenhauses zum Lebensmittelpunkt geworden ist, dann eben Umsiedlung ohne Ortswechsel. Aber das sogenannte „Heimatrecht“ von Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten ist kein Rechtfertigungsgrund dafür, daß sie weiter unabsehbar unter Stationsbedingungen leben müssen.

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall - Ist die Symptomatik, die Wohnen/Selbstversorgung beeinträchtigte, gebessert (vollständig, teilweise, gar nicht)? Verlauf im Einzelfall ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit - Wird die Krankheitssymptomatik regelmäßig auch im Kontext von Wohnen und Selbstversorgung gesehen? Institutioneller Rahmen der Behandlung ...?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall - Wurde die Fähigkeit zur Selbstversorgung verbessert? - Entspricht das Ausmaß der Selbst-/Fremdversorgung im häuslichen Umfeld den Fähigkeiten und Wünschen der Patientin? Verlauf im Einzelfall - Falls die Patientin die Wohnung verloren hatte, wurde ihr Gelegenheit und Unterstützung gegeben, sich eine neue Wohnung bzw. einen Platz in einer Wohneinrichtung zu suchen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit - Können die Patientinnen sich auf der Station ihren Möglichkeiten entsprechend selbst versorgen (Wäschepflege, Zubereitung von Mahlzeiten, usw.)? - Gibt es Standardprogramme zum Training lebenspraktischer Fähigkeiten? Institutioneller Rahmen der Behandlung - Stellt das Krankenhaus Nahrungsmittel oder einen Geldbetrag zur Verfügung für Patientinnen, die ihre Mahlzeiten selbst zubereiten wollen? - Gibt es einen Bankschalter auf dem Krankenhausgelände oder in der Nähe?

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Kann die Patientin Kontakte zu Nachbarinnen/Mitbewohnerinnen adäquat gestalten? Wenn nicht, sind Bewältigungsstrategien und Hilfen eingeleitet? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Wohnsituation mit der Patientin im Hinblick auf ihre Erkrankung reflektiert: mögliche krankheitsbedingte Probleme nach der stationären Behandlung; in der Wohnsituation begründete Rückfallrisiken? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig geprüft, ob Krankheitsfolgen das Verhältnis zu Nachbarinnen, Vermieterinnen usw. belasten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird die Durchführung z.B. von Hausbesuchen während der Behandlung unterstützt, um die krankheitsbedingten Probleme im realen Umfeld der Patientinnen besser einschätzen zu können?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • Kann die Patientin unbefangen und selbstbewußt wieder in ihre Wohnung zurückkehren, auch wenn sie im Rahmen der akuten Erkrankung sozial auffällig geworden war? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Erlaubt die Versorgung auf Station auch die Selbstversorgung nach persönlichen Gewohnheiten (religiösen, ethnischen usw.)? • Wird darauf geachtet, daß Patientinnen schonend und verständnisvoll auf evtl. krankheitsbedingte Auffälligkeiten, z.B. mangelnde Körperhygiene, extreme Kleidungsgeohnheiten, ungewöhnliches Eßverhalten usw. aufmerksam gemacht werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung E: Nutzerzufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin den Eindruck, daß die Behandlung für die künftige Alltagsbewältigung hilfreich war? Verlauf im Einzelfall • Hat sich die Patientin dazu geäußert, ob sie mit der Therapieplanung und -durchführung bzgl. der Selbstversorgung und der Wohnsituation zufrieden war? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung F: Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Drohte der Verlust der Wohnung infolge krankheitsbedingten Fehlverhaltens? Konnte dies abgewendet werden? Verlauf im Einzelfall • Wurde auf Fortsetzung der Mietzahlung geachtet? • Wurde krankheitsbedingtes Fehlverhalten mit den Nachbarn, dem Vermieter usw. bearbeitet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig zu Beginn der Behandlung nachgefragt, ob es unmittelbaren Handlungsbedarf bzgl. des Wohnbereichs gibt (Mietrückstand, Kündigungsdrohung, unversorgte Haustiere o.ä.)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird das Problem der Hospitalismusschäden in der hausinternen Fort- und Weiterbildung berücksichtigt?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • Weiß die Patientin, ob und wie sie bei Bedarf z.B. eine Haushaltshilfe oder Essen auf Rädern beantragen kann? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Patientin ggf. über Mieterschutzrechte adäquat informiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind im therapeutischen Team Adressen bekannt, wo geeignete Auskünfte bei schwierigen Wohnungsproblemen eingeholt werden können? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • Sieht die Familie, die Nachbarschaft, usw. die krankheitsbedingten Wohnungs- und Selbstversorgungsprobleme als gelöst oder zumindest ausreichend kompensiert an? Verlauf im Einzelfall • Fühlten sich die Nachbarinnen, Vermieterinnen, usw. in ihren eigenen Problemen im Umgang mit der Patientin ernst genommen? Waren sie kooperationsbereit? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden (potentielle) Kooperationspartner zu Informationsveranstaltungen, Fortbildungen, Erfahrungsaustausch usw. eingeladen? Werden diese Angebote wahrgenommen?

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • Kann die vorhandene oder angestrebte Wohnform die psychische Stabilisierung und Gesundung der Patientin fördern? Verlauf im Einzelfall • Hat sich das Verhältnis von Selbst- und Fremdversorgung im Laufe der Behandlung verändert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Können selbständige Patientinnen sich ihre Mahlzeiten selbst zubereiten, ihre Wäsche pflegen usw., während andere voll versorgt werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Unterstützt die Klinikleitung die persönliche Gestaltung des Wohnbereichs und die Selbstversorgung der Patientinnen?
Anforderung J: Beziehungsorientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die Bezugspflegepersonen /-therapeutinnen über das häusliche Umfeld ihrer Patientinnen umfassend informiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • Konnte die Patientin Aufgaben im Bereich der Selbstversorgung wie z.B. Küchendienst oder Reinigungsarbeiten auf der Station als therapeutische Maßnahme verstehen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden bestimmte Aufgaben in der Stationsversorgung regelmäßig an Patientinnen delegiert? Wird die Übertragung solcher Aufgaben vorrangig im Rahmen der individuellen Therapieplanung begründet oder mit der Notwendigkeit, den Stationsalltag zu organisieren? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheitsverständnis	Ergebnis im Einzelfall • Kennt die Patientin ihre individuellen (Rückfall-) Risikofaktoren im häuslichen Umfeld? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Störungen, die sich im Bereich Wohnen und Selbstversorgung auswirken – z.B. Verwahrlosungstendenzen, nachbarschaftliche Konflikte usw. – nicht nur als Teil der Krankheitssymptomatik, sondern auch unter dem Aspekt des Rückfallrisikos betrachtet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird in der Fortbildung die Interaktion von Krankheit und Wohnbereich thematisiert?
Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapie-verfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Welche Mitarbeiterinnen haben mit der Patientin die Probleme im Bereich Wohnen und Selbstversorgung bearbeitet? • Wie war die diesbezügliche Kooperation organisiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin die empfohlenen Hilfsangebote akzeptiert? • Wurden die entsprechenden Kontakte bereits während der stationären Behandlung ggf. mit Unterstützung vom Behandlungsteam angebahnt? Verlauf im Einzelfall • Welche Hilfsangebote im Bereich Wohnen und Selbstversorgung wurden der Patientin empfohlen, z.B. Wohneinrichtung, Betreutes Wohnen, Haushaltshilfe, Essen auf Rädern, Schuldnerberatung, usw.? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind den Mitarbeiterinnen der Behandlungseinheit die Wohneinrichtungen, betreuten Wohngemeinschaften, usw. in der Region aus eigener Anschauung bekannt? • Wird darauf geachtet, daß so weit wie möglich auch nichtpsychiatrische Hilfen vermittelt werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es für alle Mitarbeiterinnen zugängliche Informationsmaterialien über Angebote im Bereich Wohnen und Selbstversorgung in der Region mit Adressen, Kurzbeschreibung und Ansprechpartnerinnen?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Entlassung in eine Einrichtung nur nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Stabilisierung in der eigenen Wohnung (mit geeigneten Hilfen) eingeleitet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Enthält die Dokumentation Angaben über Probleme im Bereich Wohnen/ Selbstversorgung, Therapieziele, Maßnahmen und Erfolgskontrollen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird der Bereich Wohnen und Selbstversorgung systematisch in der Verlaufsdokumentation berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig geprüft, wieviele Entlassungen — wohnortnah / wohnortfern sowie in geeignete / ungeeignete Einrichtungen erfolgen? — ob Entlassungen in Einrichtungen durch Hilfen zur Stabilisierung im eigenen Umfeld gesenkt werden könnten? — ob die Fremd-/ Selbstversorgung den Beeinträchtigungen und Wünschen der Patientinnen entspricht? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird im Krankenhaus eine Statistik darüber geführt: — wieviele Patientinnen in Wohneinrichtungen entlassen werden, — ob diese Einrichtungen in der Herkunftsregion der Betroffenen liegen, — wie lange auf einen Wohnplatz gewartet werden muß?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • Wurde der stationäre Aufenthalt (ggf. mit Wechsel des Kostenträgers) durch die Wartezeit auf einen Platz in einer Wohneinrichtung unnötig verlängert? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Setzen die Patientinnen auch eigene Mittel zur Selbstversorgung ein? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 6: Hilfen in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung

Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird im Dienstplan der Krankenpflegekräfte z.B. die Durchführung von Haushaltstraining, Hausbesuchen usw. berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Bietet die Ergotherapie zentrale Trainingsgruppen zur Förderung der lebenspraktischen Fähigkeiten an?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wer ist vorrangig für die Bearbeitung von Problemen im Bereich Wohnen und Selbstversorgung zuständig? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Läßt die Ausstattung der Station eine persönliche Nutzung des Bettenzimmers zu? • Ist die Station für die Selbstversorgung in Bezug auf die persönliche Wäsche, Essen und Trinken eingerichtet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden die Therapieziele in Bezug auf Wohnen und Selbstversorgung durch die Bereitstellung von ausreichenden Sachmitteln unterstützt? • Kann dabei flexibel auf individuelle Erfordernisse reagiert werden?

Bereich 7:

Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule

Die Bedeutung der Arbeit für die psychische Gesundheit

Die Teilhabe des Menschen an der gesellschaftlich nützlichen Arbeit macht einen wesentlichen Teil seines sozialen Wesens aus. Obwohl in den letzten Jahren eine deutliche Einstellungsveränderung gegenüber der Arbeit festzustellen ist und die Freizeitgestaltung größere Bedeutung gewonnen hat, bleibt die Arbeit doch der zentrale Bereich des täglichen Lebens. Erwerbsarbeit dient nicht nur der materiellen Existenzsicherung, auf ihr baut sich auch im wesentlichen die soziale Identität des Menschen auf, durch Arbeit erlangt er soziale Anerkennung, Erfolg und persönliche Sicherheit, auch wird ein großer Teil der sozialen Kontakte im und über das Arbeitsleben geknüpft. Durch Krankheit oder soziale Umstände erzwungene Abkoppelung von der gesellschaftlichen Arbeit führt zur Vereinzelung, zu Sinnkrisen, allgemein zu psychischen Störungen.

So fanden sich z.B. in Untersuchungen über die psychischen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit schwerwiegende Störungen wie Depressionen, Verlust der Lebensperspektive, Antriebsarmut, Orientierungsschwierigkeiten und Verwahrlosungstendenzen, wie sie sonst vorwiegend bei chronisch psychisch Kranken zu beobachten sind.

Arbeit – nicht nur im Sinn von Erwerbstätigkeit, sondern verstanden als kontinuierliche, zielgerichtete und im weitesten Sinn produktive Tätigkeit – führt hingegen zu einer allgemeinen Besserung des Befindens. In einer Untersuchung aus England, in der chronisch schizophrene Patientinnen und Patienten aus mehreren Krankenhäusern acht Jahre lang beobachtet wurden, zeigte sich z.B., daß der wichtigste Faktor für die Reduktion der Krankheitssymptome in der Verringerung untätig verbrachter Zeit bestand. Aus diesen Erkenntnissen läßt sich ableiten, daß die Symptomatik

von chronischen psychischen Erkrankungen durch dauerhaftes Untätigsein verstärkt wird.

Arbeit bzw. regelmäßige sinnvolle Beschäftigung hat daher bei psychisch Kranken wegen ihrer unmittelbar therapeutischen Wirkung einerseits und der durch sie gegebenen Einbindung in soziale Strukturen andererseits eine wesentliche Bedeutung sowohl als Behandlung selbst wie auch für die Sicherung des Erfolgs anderer Therapien.

Rehabilitative Ausrichtung der Behandlung

Im Rahmen der Krankenhausbehandlung muß infolgedessen für eine angemessene Beschäftigung der Patientinnen und Patienten gesorgt werden, um nicht durch erzwungene Passivität den Krankheitsverlauf negativ zu beeinflussen. Grundsätzlich sollten die Arbeits- und Beschäftigungsangebote so weit wie möglich an der Lebensrealität der Patientinnen und Patienten orientiert sein, um den Übergang aus der Krankenhausbehandlung in das Alltagsleben zu erleichtern. Dies ist sowohl dadurch zu gewährleisten, daß innerhalb des Krankenhauses entsprechend differenzierte und realitätsnahe ergotherapeutische Angebote bestehen, wie auch durch die Eröffnung von Trainingsmöglichkeiten außerhalb des Krankenhauses, z.B. durch externe Arbeitstherapie oder lebenspraktisches Training im häuslichen Umfeld.

Gesellschaftlich nützliche Arbeit tritt heute vor allem in zwei Formen auf, als Erwerbsarbeit und als Familien- bzw. Hausarbeit.

Erwerbsarbeit

Hier lassen sich folgende drei Gruppen von Patientinnen und Patienten unterscheiden, für die jeweils unterschiedliche Behandlungsziele definiert werden können:

- Für diejenigen, die aktiv im Arbeitsleben stehen, sind gegebenenfalls Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes erforderlich.
- Für diejenigen, die nach längerer (krankheitsbedingter) Erwerbslosigkeit in das Arbeitsleben zurückkehren wollen, muß im Rahmen der Krankenhausbehandlung die Rehabilitationsabklärung sowie eine möglichst berufszielorientierte Vorbereitung auf die Wiedereingliederung erfolgen.
- Für diejenigen, die voraussichtlich (noch) nicht wieder in das Arbeitsleben zu integrieren sind, ist abzuklären, welche Art von Ta-

gesstrukturierung im Alltagsleben angemessen wäre.

Zur Förderung von Patientinnen und Patienten, die einen Arbeitsplatz haben bzw. eine berufliche Rehabilitation anstreben, ist eine differenzierte Arbeitstherapie erforderlich, die beruflich-diagnostische Komponenten sowie sozialpädagogische und gegebenenfalls psychotherapeutisch orientierte Trainingsmaßnahmen beinhaltet. Zur Entlassungsvorbereitung gehören in diesem Rahmen aktive Hilfen bei der Vermittlung von Arbeitsstellen, Rehamaßnahmen und begleitenden Hilfen im Arbeitsleben.

Die Art der Beschäftigung in der Arbeitstherapie sollte so weit wie möglich der angestrebten beruflichen Arbeit entsprechen. Eine ausschließlich aus industriellen Aufträgen bestehende Arbeitstherapie, die sich in der Regel auf die Montage und Verpackung von Kleinteilen beschränkt, reicht dafür nicht aus. Es müssen individuelle Arbeitstrainingsmöglichkeiten in unterschiedlichen Berufsfeldern vorhanden sein, z.B. in den Regiebetrieben und anderen Abteilungen des Krankenhauses und/oder in Form von externer Arbeitstherapie bei Arbeitgebern in der Region.

Denjenigen Patientinnen und Patienten, die arbeitslos oder nicht voll arbeitsfähig sind, sollten nach der voll- oder teilstationären Behandlung zumindest Angebote zur Tagesstrukturierung wie z.B. Tagesstätte, Werkstatt für Behinderte, teilstationäre Arbeitstherapie o.ä. zur Verfügung stehen. Zur Vorbereitung darauf kann, je nach der individuellen Perspektive der Patientinnen und Patienten, sowohl Arbeitstherapie wie auch Beschäftigungstherapie oder aktivierende Pflege auf der Station sinnvoll sein.

Familien- bzw. Hausarbeit

Ein unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Rehabilitation häufig vernachlässigter Personenkreis sind die nicht erwerbstätigen Hausfrauen und -männer, für die sich die Förderungsangebote in der Regel auf Kochgruppen oder andere Haushaltstrainingsmaßnahmen beschränken. Dabei bleiben die besonderen Belastungen dieser Gruppe in ihrem speziellen Arbeitsfeld – wie ständige „Rufbereitschaft“ bei der Versorgung von Kleinkindern oder pflegebedürftigen Familienangehörigen, wenig individuelle Handlungsspielräume, keine geregelte Freizeit, Gefahr der sozialen Isolation, geringe

soziale Anerkennung usw. – weitgehend unberücksichtigt, da diese sich im Rahmen einer klinischen Arbeitstherapie kaum darstellen lassen.

Trotzdem profitieren selbstverständlich auch diese Patientinnen und Patienten von den o.g. allgemeinen therapeutischen Wirkungen von Arbeitstherapie. Unter rehabilitativen Gesichtspunkten muß hier, begleitend zu einem allgemeinen Belastungstraining o.ä., vor allem die Reflexion der konkreten Lebensbedingungen stehen, die möglichst gemeinsam mit den Angehörigen stattfinden sollte, und die darauf abzielt, die Tätigkeit in Haushalt und Familie als Arbeitstätigkeit anzusehen und entsprechend zu strukturieren.

Umgang mit krankheitsbedingtem sozialem Abstieg

Die Hilfen in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung sind aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die Alltagsbewältigung der Patientinnen und Patienten sorgfältig mit der allgemeinen Therapie- und Perspektivplanung zu verknüpfen. Insbesondere bei langfristig zu erwartenden krankheitsbedingten Einschränkungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit ist begleitend zu den arbeitstherapeutischen Maßnahmen wie Belastungserprobung und -training auch therapeutische Trauerarbeit bzgl. der verlorengegangenen Lebensperspektiven erforderlich sowie die Erarbeitung eines realistischen Selbstbildes und darauf aufbauend die Entwicklung einer angemessenen neuen Lebensplanung. In diesen Prozeß müssen auch die Angehörigen der Patientinnen und Patienten miteinbezogen werden, da auch sie in der Regel von der Neuorientierung direkt betroffen sind, z.B. durch ein zu erwartendes geringeres Familieneinkommen o.ä. Die Angehörigen brauchen infolgedessen – genau wie die Patienten selbst – eine beratende oder therapeutische Hilfe zur Bewältigung der Trauer und Enttäuschung. Darüber hinaus fördert die Akzeptanz der veränderten Lebensbedingungen durch die Angehörigen auch die Bereitschaft der Betroffenen, sich darauf einzustellen.

Zusatz zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schulische Bildung

Während der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung soll dem Kind bzw. Jugendlichen der Anschluß an seine Heimatschule

möglichst erhalten werden. Der erforderliche Schulunterricht, der unter sonderpädagogischen Gesichtspunkten von den Lehrkräften der möglichst auf dem Gelände der Klinik befindlichen Schule für die stationär und teilstationär behandelten Kinder eigenverantwortlich durchgeführt wird, muß sich an der Belastungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten orientieren. Die Lehrkräfte sollten zur Klärung krankheitsbedingter Lernschwierigkeiten beitragen, Lernfortschritte ermöglichen und die Teilnahme am Unterricht in einer Regelschule vorbereiten und unterstützen. Das bereitgestellte Fächerangebot muß den unterschiedlichen Belangen der meist heterogenen Schülerstruktur Rechnung tragen.

Die „Schule für Kranke“ muß innerhalb des therapeutischen Gesamtkonzeptes der Klinik-/Abteilung/Behandlungseinheit einen klar definierten, fest umrissenen Auftrag haben.

Eine enge Verknüpfung der schulpädagogischen und klinisch-therapeutischen Handlungsweisen ist erforderlich, insbesondere da sich in der Praxis dort häufig eine sinnvolle Ergänzung zeigt. Die fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen der Lehrerinnen und Lehrer der „Schule für Kranke“ müssen während des gesamten Therapieverlaufs in angemessener Weise Berücksichtigung finden, so daß Beschulungs- und Behandlungsaktivitäten aufeinander abgestimmt werden können.

Die Eltern oder sonstigen Sorgeberechtigten werden dazu angehalten, engen Kontakt zur „Schule für Kranke“ zu halten.

Berufliche Bildung

Bei Jugendlichen, die ihre Schulpflicht bereits absolviert haben, muß die Möglichkeit zur Durchführung der Berufsschulpflicht im Rahmen der ihnen möglichen Belastung gegeben sein. Darüber hinaus müssen mit Hilfe von Therapeutinnen und Therapeuten und Sozialpädagoginnen und -pädagogen Maßnahmen der beruflichen Bildung, der Berufsorientierung und der Berufsfindung vorbereitet werden. Hierzu sind umfangreiche Kontakte mit Berufsschulen und der Arbeitsverwaltung erforderlich, in die die jungen Patientinnen und Patienten und in der Regel auch ihre sorgeberechtigten Angehörigen einzubeziehen sind.

Schon während der letzten Schuljahre, vor allem aber nach Abschluß der Regelschulzeit gewinnt die Vorbereitung der weiteren beruflichen Bildung für die Jugendlichen große Be-

deutung. Bei Auftreten einer schweren psychischen Erkrankung in der Adoleszenz bedrohen Abfall der Leistungsfähigkeit und Verlust des früheren Motivations- und Energieniveaus die gesamte berufsvorbereitende Entwicklung des jungen Menschen. Nur durch individuell dosierte Forderung und Belastungserfahrung kann die Motivations- und Entschlußkraft erlangt werden, die notwendig ist, um die unterbrochene Lebens- und Ausbildungsplanung wiederaufzunehmen. Die anstehende Absicherung der Lebens- und Berufsplanung muß in der Regel unter Einbeziehung der Angehörigen ggfs. auf die Tatsache umgestellt bzw. eingestellt werden, daß bisher gültige Lebenskonzepte und Erwartungen auf die veränderte, meist verringerte Belastbarkeit des jungen Menschen ausgerichtet werden müssen. Innerhalb der stationären Behandlung müssen konkrete, realistische Perspektiven aufgezeigt und vorbereitet werden.

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Derzeitiger beruflicher Status des Patienten? • Hat sich der berufliche Status bzw. die berufliche Perspektive im Laufe der Behandlung verändert? • Entspricht die derzeitige berufliche Situation den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten? • Braucht der Patient weitere Hilfen in beruflichen Fragen, z.B. Reha-Maßnahme, begleitende Hilfen im Arbeitsleben o.ä.? Verlauf im Einzelfall • Welche Maßnahmen zur Vorbereitung auf das Arbeitsleben wurden durchgeführt bzw. geplant und vorbereitet? • Welche Hilfen zur Tagesstrukturierung wurden empfohlen bzw. vermittelt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig eine Berufsanamnese erhoben? • Wird die Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung bereits bei der Therapieplanung berücksichtigt? • Welche ergotherapeutischen Angebote zur beruflichen Förderung stehen der Station zur Verfügung? • KJP: Können Belastungs- und Arbeitserprobungen zur Vorbereitung von Berufsbildungsentscheidungen durchgeführt werden? • Werden die Lehrer von den Stationsmitarbeitern bei ihrem Bemühen unterstützt, dem Kind den Anschluß an die schulische Laufbahn in der Heimatschule zu erhalten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es eine differenzierte zentrale Arbeitstherapie; welche Arbeitsangebote stehen dort zur Verfügung? • Können Arbeitserprobungen im realen Berufsfeld durchgeführt werden, z.B. in den Regiebetrieben und der Verwaltung der Klinik, oder als externe Arbeitstherapie bei Arbeitgebern in der Region, o.ä.? • Werden Arbeitsplätze in der Klinik als sogenannte „Nischenarbeitsplätze“ für ehemalige Patienten angeboten? • KJP: Wird die Möglichkeit regelmäßiger Beschulung genutzt zur Strukturierung des Tages und zur Vermittlung von Normalität im therapeutischen Rahmen? • Leistet die „Klinikschule“ Unterricht im Rahmen der Berufsschule, soweit dies erforderlich ist?
---	--

Fragen zum Bereich 7: Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule

Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • .. ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Ist der Patient mit seiner beruflichen Situation (inkl. evtl. Angebote zur tagesstrukturierenden Beschäftigung) bzw. der Planung zufrieden? • Fühlt sich der Patient aufgrund der Behandlung in seinem Beruf bzw. auf dem Weg zur Wiedereingliederung gefestigt? Verlauf im Einzelfall • Hat der Patient den Eindruck, daß seine Arbeitssituation im Rahmen der Behandlung ausreichend berücksichtigt wurde? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung F: Schadens- vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Waren eventuelle Maßnahmen zur Sicherung des Arbeitsplatzes erfolgreich? • Hat der Patient während der Behandlung seine Arbeit verloren (keine Krankmeldung, krankheitsbedingtes Fehlverhalten mit Arbeitgeber und Kollegen nicht besprochen)? • Hat sich die Arbeitssituation aufgrund der Rahmenbedingungen der Behandlung verschlechtert? Verlauf im Einzelfall • Wurde zu Beginn der Behandlung abgeklärt, ob Handlungsbedarf zur Sicherung des Arbeitsplatzes besteht? • Wurde der Patient durch die Rahmenbedingungen der Behandlung an der Arbeitssuche gehindert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird Handlungsbedarf zur Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes bzw. für die berufliche Wiedereingliederung bereits bei Behandlungsbeginn systematisch berücksichtigt? • Werden die Patienten bei der Arbeitssuche unterstützt, z.B. durch entsprechende Beurlaubungen, evtl. Fahrdienst, Schreibmaschine zur Abfassung von Bewerbungsschreiben o.ä.? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • Kennt der Patient seine individuellen Anspruchsvoraussetzungen für eventuelle Reha-Maßnahmen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es im Behandlungsteam ausreichende Kenntnisse im Rehabilitationsrecht? Institutioneller Rahmen der Behandlung • KJP: Sind die definierten Aufgaben mit dem gesetzlichen Auftrag der Schule vereinbar?

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden ggf. Arbeitgeber, Kollegen, Lehrer mit ihren Problemen im Umgang mit dem Patienten ernst genommen und unterstützt? Hatten sie den Eindruck, daß die krankheitsbedingten Probleme im Rahmen der Behandlung überwunden, reduziert oder zumindest kompensiert werden konnten? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird bei größeren Arbeitgebern in der Region darauf geachtet, daß die Leitungskräfte, Betriebsräte, Behindertenvertretungen, Betriebsärzte über das Behandlungsangebot informiert sind, z.B. durch schriftliches Informationsmaterial, Einladungen zu Krankenhausbesichtigungen, Angebote zur fachlichen Beratung im Umgang mit psychisch Kranken? • Gibt es ähnliche Bemühungen in den Schulen?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • Entspricht der berufliche Status des Patienten nach der Krankenhausbehandlung seinen Fähigkeiten? Wenn nicht: überfordert oder unterfordert? • Sind die Arbeitsbedingungen den eventuellen krankheitsbedingten Einschränkungen angepaßt? Verlauf im Einzelfall • Hatte der Patient die Möglichkeit zur Arbeitserprobung/ -training in dem angestrebten Berufsfeld? • Wurden Handlungsstrategien zur individuellen Beschäftigung entwickelt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Ergotherapie gezielt zur Vorbereitung auf das Arbeitsleben bzw. die individuelle Tagesstrukturierung eingesetzt? • Entsprechen die Angebote den Alltagsbedingungen der Patienten, wird z.B. die finanzielle Situation der Patienten berücksichtigt; wird beachtet, daß bei langfristiger Arbeitslosigkeit oder Berentung die Arbeitstherapie evtl. das Problem der mangelnden Tagesstruktur im Alltagsleben überdeckt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Besteht im Krankenhaus die Bereitschaft zu „unkonventionellen“ Einzelfalllösungen, z.B. Einstellung ehemaliger Patienten als Praktikanten oder auf ABM-Basis?

Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wer ist im therapeutischen Team kontinuierlicher Ansprechpartner für die Patienten in Bezug auf berufliche Probleme – auch z.B. bei Wechsel des Arbeitstherapiebereichs? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden die Ergotherapeuten systematisch in die Beziehungsarbeit mit den Patienten einbezogen?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • Hat der Patient und gegebenenfalls seine Angehörigen eine realistische Einschätzung seiner beruflichen Möglichkeiten und Perspektiven? Verlauf im Einzelfall • Wurden alle Maßnahmen bzgl. Beruf/Beschäftigung mit dem Patienten und gegebenenfalls den Angehörigen besprochen im Hinblick auf: — Problemdefinition (Ergebnis der Diagnostik) — erreichbares Behandlungsziel/Teilziel — Auswahl der Maßnahmen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • KJP: Werden die Eltern/Sorgeberechtigten in die Anmeldung ihres Kindes in der „Schule für Kranke“ einbezogen und über den Verlauf unterrichtet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Erwerbsarbeit als wesentlicher stabilisierender Faktor angesehen und entsprechend in der Behandlung gewichtet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist die Arbeitstherapie in ihrer Struktur und ihren Inhalten auf die Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation ausgerichtet?
Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • KJP: Wurden anfallende Berichte, Gutachten und Fragen der Beratung von den Lehrkräften und den klinischen Therapeuten gemeinsam besprochen? • Nahmen die Lehrer an den therapeutisch geleiteten Familiengesprächen teil? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie werden die Einschätzungen der Ergotherapie bzgl. der beruflichen/schulischen Perspektive in die Therapieplanung und -kontrolle einbezogen? • KJP: Gibt es in der Behandlungseinheit regelmäßige Hausaufgabenzeiten im Tagesplan und die dafür notwendigen Unterstützungen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie ist die Kooperationsstruktur zwischen der Ergotherapie und den Stationen? • KJP: Werden die Lehrer in Maßnahmen von Diagnostik und Therapie entsprechend ihrer Profession einbezogen?

Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Kennt der Patient seinen Arbeitsvermittler/Rehabberater beim Arbeitsamt? • Hat der Patient Kontakt zum Psychosozialen Dienst (Hauptfürsorgestelle)? • Kennt der Patient die gemeindepsychiatrischen Angebote zur Tagesstrukturierung? Verlauf im Einzelfall • Wurden dem Patienten weitergehende Hilfen in beruflichen Fragen empfohlen oder vermittelt, z.B. Rehamaßnahme, Betreuung durch den Psychosozialen Dienst (Hauptfürsorgestelle) o.ä.? • Wurde dem Arbeitgeber bzw. den Kollegen eine Beratung angeboten? • Wurden (bei Arbeitslosigkeit) gemeindepsychiatrische Hilfen zur Tagesstrukturierung empfohlen oder vermittelt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist eine enge Kooperation und Abstimmung mit den für die Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation zuständigen Stellen institutionalisiert? Wer ist zuständig für die Außenkontakte? • Besteht Kontakt zu Arbeitsloseninitiativen? • KJP: Werden die Patienten durch Mitarbeiter des Behandlungsteams bei Orientierungsgesprächen und Eignungsuntersuchungen in Institutionen begleitet, wenn sie und ihre sorgeberechtigten Angehörigen dies wünschen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es institutionalisierte Kontakte zu Arbeitgebern in der Region, z.B. Praktikumsplätze, Möglichkeiten zur externen Arbeitstherapie oder andere Kooperationsabsprachen? • KJP: Wird zwischen Klinikschule und Arbeitsverwaltung sowie ggf. Jugendamt die für eine effektive Berufsberatung und Berufsvorbereitung notwendige Kooperation gewährleistet?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Sind in der Krankenakte die Berufsanamnese sowie ggf. Planung, Verlauf und Ergebnis der Arbeitstherapie dokumentiert? • Ist der berufliche Status vor und nach der Krankenhausbehandlung dokumentiert? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wer dokumentiert in welcher Form den Verlauf und das Ergebnis der Ergotherapie in Bezug auf berufliche Fragen? Werden diese Erkenntnisse systematisch z.B. in der Epikrise berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es eine standardisierte Form der Dokumentation für den Bereich: Arbeit/Beschäftigung/Schule? Wie wird die Ergotherapie darin berücksichtigt? • KJP: Erhalten die Eltern/Sorgeberechtigten einen Abschlußbericht der Schule, den sie zur Integration des Kindes/Jugendlichen der weiterbeschulenden Schule vorlegen können?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die berufliche Situation der Patienten systematisch in den Fallbesprechungen berücksichtigt? Sind die Mitarbeiter der Ergotherapie daran beteiligt? • KJP: Gibt es für jeden Schüler gemeinsame Fallbesprechungen mit den jeweiligen Lehrern und Therapeuten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 7: Hilfen in Bezug auf Arbeit, Beschäftigung, Schule

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden im Krankenhaus Fortbildungsveranstaltungen zur beruflichen Rehabilitation und Arbeitspsychologie angeboten?
Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Besteht im Behandlungsteam hinreichende Fachkompetenz zur Vorbereitung und Anbahnung von berufsvorbereitenden Maßnahmen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es im Krankenhaus, z.B. im Rahmen der Arbeitstherapie ein spezialisiertes Team für Fragen der beruflichen Rehabilitation?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wer stellt die Indikation für die Arbeitstherapie? • Wer ist verantwortlich für die konkrete Planung der Arbeitstherapie, z.B. die Zuweisung auf einen bestimmten Arbeitsplatz oder den Wechsel des Arbeitsfeldes? Institutioneller Rahmen der Behandlung • KJP: Sind die Aufgaben der „Schule für Kranke“ innerhalb des Gesamtkonzepts der Klinik klar definiert? • Besteht Einvernehmen zwischen Lehrern und klinischen Therapeuten über die unterschiedlichen Aufgaben?

Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ?
	Verlauf im Einzelfall • ... ?
	Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ?
	Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist die Arbeitstherapie so ausgestattet, daß sie über einfache Industrieaufträge hinaus qualifizierte handwerkliche und z.B. kaufmännische Tätigkeiten zur Berufsvorbereitung anbieten kann?

Bereich 8:

Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

Soziale Isolation als Folge psychischer Erkrankungen

Psychische Störungen haben häufig den Verlust von sozialen Kontakten zur Folge. Einerseits kann die Krankheitssymptomatik selber zu sozialer Isolation führen, z. B. durch Beeinträchtigungen der Beziehungsfähigkeit, sozialen Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit usw. Andererseits führt die Stigmatisierung durch die Erkrankung zur Verringerung der Kontaktbereitschaft bei anderen. Vereinsamung kann somit eine Folge der Erkrankung sein, sie ist aber zugleich auch ein krankheitsbegünstigender Faktor.

Insbesondere Menschen, die krankheitsbedingt kontaktgestört sind, verlieren leicht ihre soziale Einbindung und damit zwangsläufig auch die für jeden Menschen wichtige soziale Anerkennung, leiden also Mangel in einem Bereich, der zu den psychischen Grundbedürfnissen des Menschen gehört. In Folge dieses Mangels kommt es zum Verlust an Selbstvertrauen, die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls wird beeinträchtigt und der betreffende Mensch verliert allgemein an sozialer Kompetenz. Diese Erfahrung führt in der Regel zu weiterem sozialen Rückzug und Kontaktvermeidung. Soziale Beziehungen gehen mehr und mehr verloren, bis hin zur völligen sozialen Isolation. Damit verlieren die Betroffenen nicht nur an Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, häufig resultieren daraus auch neuerliche Krankheitsrückfälle oder aus der Situation begründete depressive Verstimmungen bis hin zu Suiziden.

Förderung der Beziehungsfähigkeit

Ziel der Krankenhausbehandlung muß infolgedessen der Erhalt bestehender sowie die Befähigung zum Aufbau neuer Beziehungen sein. Grundlage dafür ist die Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit bzw. die therapeutische Bearbeitung von krankheitsbedingten Beziehungsstörungen, z.B. in Form von

Psychotherapie oder Trainingsprogrammen zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung, der sozialen Kompetenz, der Kommunikationsfähigkeit u.ä. Darüberhinaus bietet die Bezugspflege (beziehungsorientierte Behandlung) den Patientinnen und Patienten eine gute Möglichkeit, sich in der persönlichen Auseinandersetzung mit der Bezugspflegeperson über krankheitsbedingte Probleme bei der Beziehungsgestaltung bewußt zu werden und neue, adäquate Verhaltensstrategien zu erproben.

Hilfen im sozialen Umfeld

Neben der Förderung der Beziehungsfähigkeit muß in der Behandlung auch berücksichtigt werden, inwieweit bestehende soziale Kontakte aufgrund der Erkrankung gestört sind. Krankheitsbedingte Verhaltensänderungen und Auffälligkeiten führen im sozialen Umfeld der Betroffenen in der Regel zu erheblichen Irritationen. Angehörige, Freunde, Bekannte, Kolleginnen reagieren mit Unverständnis, Verunsicherung bis hin zu Angst und Verärgerung und neigen dazu, sich zurückzuziehen.

Solange der Eindruck von der psychisch erkrankten Person in der zugespitzten Krise vor der Klinikbehandlung der letzte Stand ist, werden die Angehörigen und anderen Bezugspersonen ihr Verhalten daran orientieren. Dies so früh wie möglich zu ändern, indem die Bezugspersonen die erkrankte Person in gebessertem Zustand erleben können und Hilfen zum Verständnis erhalten, ist von zentraler Bedeutung für die soziale Integration. Im Rahmen der psychiatrischen Behandlung sollten die Patientinnen und Patienten darin unterstützt werden, Konflikte oder Probleme mit den betreffenden Personen zu lösen, um nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in ein möglichst stabiles soziales Umfeld zurückzukehren. Es kann z.B. mit der Patientin oder dem Patienten vorbesprochen werden, wie sie oder er auf die betreffenden Personen zugehen kann, um die erforderliche neue Beziehungsabklärung mit ihnen zu erreichen. Es kann aber auch sinnvoll sein, gemeinsame Beratungs- bzw. Therapiegespräche mit der Patientin oder dem Patienten und den betreffenden Freundinnen, Bekannten oder Kollegen zu führen, wenn die Patientin bzw. der Patient damit einverstanden ist.

Hilfen zum Aufbau neuer Kontakte / Freizeitgestaltung

Leidet die Patientin oder der Patient unter sozialer Isolation und Vereinsamung, muß im Rahmen der Behandlung sorgfältig abgeklärt werden, wie und wo er oder sie möglicherweise wieder Anschluß finden kann. Hier können z.B. psychosoziale Angebote wie Patientenclub, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle o.ä. empfohlen und bereits vom Krankenhaus aus aufgesucht werden. Gleichzeitig sollten aber auch, soweit es geht, nichtpsychiatrische Angebote in Betracht gezogen werden, z.B. Interessengruppen, Vereine, Bildungsangebote o.ä.

Das Problem der Überwindung von sozialer Isolation steht in sehr engem Zusammenhang mit der Freizeitgestaltung, bei der es darum gehen muß, sich aktiv am sozialen Leben zu beteiligen. Hierfür reicht es in der Regel nicht aus, den Patientinnen und Patienten die entsprechenden Vorschläge zu machen, sondern sie müssen aktiv an derartige Veranstaltungen herangeführt werden. Der Aufbau bzw. die Förderung von speziellen Interessen gehört genauso dazu wie die Überwindung eventueller Antriebsstörungen. Der Stationsalltag sollte deshalb möglichst viele Anregungen zu Freizeitaktivitäten bieten, die so beschaffen sind, daß sie auch eine Perspektive für das Alltagsleben der Patientinnen und Patienten darstellen. Um die entsprechenden Hilfen tatsächlich leisten zu können, muß die jeweilige Behandlungseinheit selbst über die verfügbaren Angebote in ihrer Versorgungsregion informiert sein. Dasselbe gilt insbesondere für die Beschäftigungstherapie, hier können Interessen geweckt und gefördert werden bis hin zur Kontaktaufnahme zu entsprechenden Angeboten außerhalb des Krankenhauses.

Die Beschäftigungstherapie kann zum Aufbau eines adäquaten Freizeitverhaltens in Verbindung mit der Aufnahme sozialer Kontakte einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie muß dafür einerseits die individuellen Bedürfnisse, Interessen und finanziellen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten berücksichtigen, andererseits muß sie über das Erlernen handwerklicher Techniken hinaus auch die Erweiterung der sozialen Kompetenz zum Ziel haben, z.B. die Verbesserung der Kontaktfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Kritik- und Konfliktfähigkeit. Auf dieser Grundlage können die Patientinnen und Patienten sowohl an die in ihrem

häuslichen Umfeld realisierbaren Aktivitäten wie auch an die psychosozialen und allgemeinen Freizeitangebote in der Region herangeführt werden.

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Haben sich die Beziehungsfähigkeit, Kontaktverhalten usw. im Rahmen der Behandlung gebessert? • Konnte die Patientin im Rahmen der Behandlung soziale Kompetenz erweitern, soziale Ängste abbauen? Verlauf im Einzelfall • Wurde eine differenzierte Sozialanamnese erhoben, insbesondere im Hinblick auf krankheitsbedingte Beziehungsstörungen, sozialen Rückzug usw.? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Welche Behandlungsangebote zur Förderung der Beziehungsfähigkeit, sozialen Kompetenz, sozialen Wahrnehmung usw. stehen den Patientinnen der Behandlungseinheit zur Verfügung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin gelernt, ihre Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen zu erkennen und zu bewältigen? • Kann die Patientin Beziehungen für sich und andere befriedigend gestalten? Verlauf im Einzelfall • Wurden mit der Patientin in therapeutischen Gesprächen systematisch eventuelle Beziehungs-/ Kontaktprobleme bearbeitet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Patientinnen dazu angehalten, ihre Freizeit aktiv und selbstständig zu gestalten? • Welche Möglichkeiten gibt es dazu in der Behandlungseinheit? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Fühlt sich die Patientin durch die Behandlung in ihrem sozialen Umfeld sicherer? • Konnte die Patientin im Rahmen der Behandlung soziale Kontakte festigen oder neue aufbauen? • Kann die Patientin ihre Freizeit aktiv und mit anderen zusammen selbstständig gestalten? Verlauf im Einzelfall • Konnten die sozialen Beziehungen während der Behandlung aufrechterhalten werden (Besuche, Beurlaubungen, usw.)? • Wurden Freundinnen und Bekannte (auf Wunsch bzw. mit Zustimmung der Patientin) in die Behandlung einbezogen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es Räumlichkeiten, in denen die Patientinnen ungestört Besuch empfangen können? • Gibt es feste Besuchszeiten? Wenn ja: welche? • Gibt es allgemeine Ausgangs- und Urlaubsregelungen auf der Station? Wenn ja: welche? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist die Klinik innerhalb ihres Pflichtversorgungsgebietes problemlos mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar? • Wenn nicht, wie wird gewährleistet, daß die Patientinnen den Kontakt zu ihrem gewohnten sozialen Umfeld nicht verlieren (Fahrdienste, u.ä.)?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird sichergestellt, daß Patientinnen, die in einer akuten Krankheitsphase sozial sehr auffällig sind, sich nicht in der Öffentlichkeit lächerlich machen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 8: Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin den Eindruck, daß ihr soziales Umfeld ausreichend in der Behandlung berücksichtigt wurde? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung F: Schadens-vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin im Laufe der Behandlung für sie wichtige Kontakte verloren bzw. haben sie sich verschlechtert? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Patientin darin unterstützt, Probleme im sozialen Umfeld zu lösen? • Mußten individuelle Ausgangs- und Besuchsregelungen getroffen werden, um die Patientin zeitweilig vor ungünstigen Sozialkontakten zu schützen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird grundsätzlich im Laufe der Behandlung abgeklärt, ob den Patientinnen aufgrund von krankheitsbedingtem Fehlverhalten der Verlust wichtiger sozialer Beziehungen droht (Probleme mit Nachbarn, Verunsicherung und Rückzug von Freunden usw.)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War bei eventuellen Ausgangs- und Besuchseinschränkungen eine entsprechende Rechtsgrundlage gegeben? • Wurde die Patientin über die rechtlichen Aspekte eventueller Einschränkungen in ihrer Bewegungsfreiheit aufgeklärt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird grundsätzlich bei Einschränkungen des Ausgangs oder der sozialen Kontaktmöglichkeiten die Rechtsgrundlage abgeklärt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 8: Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden Vereine, Interessengruppen, Kirchengemeinden usw., in denen die Patientinnen Möglichkeiten zur Kontaktfindung und zu aktiver Freizeitgestaltung finden können, über psychische Erkrankungen und deren Behandlung in der Klinik informiert? • Werden sie z.B. zu Informationsveranstaltungen, Fortbildungen, Erfahrungsaustausch usw. eingeladen? Werden diese Angebote wahrgenommen?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Konnte die Patientin ihren individuellen Interessen nachgehen bzw. neue Interessen entwickeln? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Besuchs-, Ausgangs- und Urlaubsregelungen nach individuellem Bedarf festgelegt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung J: Beziehungsorientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 8: Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde mit der Patientin über Störungen in ihrem Sozial- und Kontaktverhalten gesprochen? Wurden die darauf ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen ausreichend erklärt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden auf Wunsch bzw. mit Zustimmung der Patientin wichtige Bezugspersonen über krankheitsbedingte Beziehungsstörungen und den Umgang damit aufgeklärt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheitsverständnis	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Krankheitssymptomatik im Kontext mit dem sozialen Umfeld und der Freizeitgestaltung betrachtet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird zur Förderung der Freizeitgestaltung auch die Ergotherapie entsprechend den individuellen Lebensbedingungen der Patientinnen verordnet und durchgeführt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Mitarbeiterinnen der stationsübergreifenden Therapien (Sport, Ergotherapie) in die Therapieplanung und Verlaufskontrolle bzgl. des Sozial- und Kontaktverhaltens einbezogen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin während der Behandlung Kontakt zu gemeindepsychiatrischen sozialen Gruppen aufgenommen (Selbsthilfegruppe, Treffpunkt, Patientenclub usw.)? Verlauf im Einzelfall • Konnte die Patientin sich während der Behandlung über — Interessengruppen, Vereine u. a. — gesellige Angebote (z. B. in der Kirchengemeinde, öffentliche Veranstaltungen o. ä.), — Bildungsangebote — an ihrem Wohnort informieren? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Kennen die Teammitglieder die gemeindepsychiatrischen Kontakt- und Freizeitangebote in den Herkunftsregionen der Patientinnen? Gibt es institutionalisierte Kontakte? Haben sie einen Überblick über Kontaktmöglichkeiten, z.B. Vereine, Interessengruppen, usw.? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Bietet das Krankenhaus / die Abteilung Informationen über Kontakt- und Freizeitangebote in der Region an?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 8: Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Gibt es in der Krankenakte Angaben zum sozialen Umfeld der Patientin sowie diesbezügliche Therapieplanungs- und Verlaufseinträge? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wer dokumentiert wichtige Angaben zum Kontakt- und Sozialverhalten und zum sozialen Umfeld der Patientinnen? • Wie werden die Informationen aus den stationsübergreifenden Therapien dokumentiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Beziehungsgestaltung zwischen den Teammitgliedern und der Patientin z.B. in der Supervision oder Fallbesprechung unter dem Aspekt des Beziehungs- und Kontaktverhaltens im Alltagsleben und der daraus entstehenden Konsequenzen für die soziale Integration besprochen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig in der Supervision oder Fallbesprechung die Frage nach den Auswirkungen der Erkrankung auf das soziale Umfeld berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 8: Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Bietet das Pflegepersonal im Rahmen der "aktivierenden Pflege" Aktivitäten auf der Station bzw. Außenaktivitäten an? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es eine festgelegte Aufgabenverteilung für Krankenpflegekräfte und Ergotherapeutinnen in Bezug auf Angebote zur Förderung des Freizeitverhaltens?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit über angemessene Materialien für die Anregung der Patientinnen zur aktiven und selbständigen Freizeitgestaltung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Bereich 9:

Umgang mit den Angehörigen

Behandelt wird die erkrankte Person, nicht die Angehörigen – sie sind nicht Patientinnen oder Patienten. Dennoch ist es oft wichtig, die Angehörigen einzubeziehen: als Mitbetroffene, als wichtige, ggf. unterstützende Personen für die Patientinnen und Patienten, als Informanten für die Therapeutinnen und Therapeuten. Oft haben auch andere, nicht verwandte Personen eine ebenso große persönliche Bedeutung wie nahe Angehörige, dann gilt für sie das folgende entsprechend.

Damit Angehörige den Kontakt mit der psychisch erkrankten Person nicht verlieren bzw. ihn wieder aufnehmen können, benötigen sie Orientierung, Information, emotionale Entlastung, Anleitung und Unterstützung; sie dürfen mit ihren Sorgen, Ängsten, Fragen, ihrer Orientierungslosigkeit nicht allein gelassen werden. Deshalb dient die Einbeziehung von Angehörigen primär der Integration bzw. Reintegration der Patientinnen und Patienten.

Für Gespräche mit Angehörigen, bei denen es um die erkrankte Person geht, ist deren Einverständnis vorher (mit Begründung) einzuholen. Wenn dies krankheitsbedingt zeitweise nicht möglich ist, ist das Einverständnis zunächst zu unterstellen – wenn dies im wohlverstandenen Interesse der Patientin bzw. Patienten liegt – und dann nachträglich einzuholen. Eine „konspirative“ Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Angehörigen ist rechtlich fragwürdig und in therapeutischer Hinsicht kontraproduktiv. Im Einzelfall kann aber auch die Verweigerung der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten maßgeblich sein. Datenschutz ist jedenfalls kein Grund, in der Regel Angehörige nicht einzubeziehen, denn mit Einverständnis (und dieses ist ggf. zu erarbeiten) dürfen Daten weitergegeben werden. Für die Selbsthilfe fördernde Gruppenarbeit mit Angehörigen ist eine Zustimmung der einzelnen Patientinnen und Patienten nicht erforderlich. Ein Hinweis auf die in den Gruppen zu gebenden allgemeinen Informationen ist sinnvoll.

Krankheitsverständnis und Behandlungscompliance wird bei Patientinnen und Patienten auch maßgeblich beeinflusst von den Auffassungen ihrer wichtigen Vertrauenspersonen. Deshalb ist es für Therapeutinnen und Therapeuten unverzichtbar, deren Auffassungen zu kennen und sie entsprechend in den Therapieprozeß einzubeziehen. Nach der Entlassung wird die Behandlungs-Compliance der erkrankten Person noch stärker von den Vertrauenspersonen beeinflusst.

Die Angehörigen können nur dann unterstützend helfen oder für professionelle Hilfe sorgen, wenn sie ein ausreichendes Verständnis über die Krankheit, die Behandlungsmöglichkeiten, be- und entlastende Situationen sowie mögliche professionelle Hilfen außerhalb der Klinik haben.

Im Rahmen eines mehrdimensionalen Krankheitskonzeptes geht es auch um die Wechselwirkungen zwischen erkrankter Person und sozialem Umfeld. Bei der Erörterung der Einflüsse von Angehörigen auf die Erkrankung darf es nicht zu Schuldzuweisungen kommen. Vielmehr ist es das Ziel, den Angehörigen Informationen und Orientierung zu geben, wie sie durch ihr Verhalten den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und die erkrankte Person unterstützen können.

Die Einbeziehung der Angehörigen wird von vielen Rahmenbedingungen der Klinik gefördert oder behindert, z.B. auch von der Erreichbarkeit (nicht nur im räumlichen Sinne, sondern auch telefonisch, zeitlich, atmosphärisch, im Hinblick auf klare kontinuierliche Zuständigkeiten usw.).

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Haben die Angehörigen die Besserung der Symptomatik wahrgenommen und erlebt? • Können sie mit dem Patienten darüber sprechen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Haben Angehörige als wichtige Vertrauenspersonen des Patienten dessen Krankheitsverständnis und die Compliance positiv beeinflusst? Verlauf im Einzelfall • Hat der Patient Bezugspersonen, auf deren Information über die Krankheit/Behandlung er Wert legt? Wurden diese Personen einbezogen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Bietet die Behandlungseinheit Gruppen und/oder andere spezielle Gesprächsangebote für Angehörige an? Wenn nicht: Können solche in der Region vermittelt werden? Sind sie den Mitarbeitern bekannt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Welche Formen organisierter Angehörigenarbeit gibt es in der Region, in der Klinik (z.B. Angehörigen-Visiten)?
Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Ist es gelungen, das Verhältnis zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen ggf. zu verbessern? Verlauf im Einzelfall • Haben Gespräche zwischen dem Bezugstherapeuten und den Angehörigen stattgefunden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es Angehörigenfreundliche Besuchszeiten (z.B. nach 18.00 Uhr), zu denen auch Bezugstherapeuten für Angehörige erreichbar sind? • Können Angehörige die erkrankte Person in der Klinik problemlos erreichen (Telefon, Post ...)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • Nach krankheitsbedingten Verhaltensweisen des Patienten, die "rufschädigend" waren: Wurde dafür gesorgt, daß der Patient bei seinen Angehörigen wieder einen positiven Eindruck machen konnte? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Wurden im Rahmen der Entlassungsvorbereitung die Angehörigen nach ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung gefragt? Verlauf im Einzelfall • Hatten die Angehörigen den Eindruck, daß die Mitarbeiter auf ihre Anliegen eingehen? • Haben die Angehörigen ggf. Behandlungsabsprachen eingehalten? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind Beschwerden von Angehörigen bekannt geworden? • Sind Arzt, Bezugstherapeut, usw. für Angehörige problemlos zu erreichen (Sprechstunde, Terminvereinbarung, Telefonkontakte ...)? • Steht ein störungsfreier Raum für Gespräche zur Verfügung? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es Befragungen der Angehörigen zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung und deren Rahmenbedingungen?

Anforderung F: Schadens- vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Wurden die Spannungen zwischen Patient und Angehörigen behoben/gemindert? • Wissen die Angehörigen, an wen sie sich im Konfliktfall wenden können? Verlauf im Einzelfall • Wurden "konspirative" Bündnisse zwischen Therapeuten und Angehörigen vermieden? • Wurden die Auswirkungen der Erkrankung des Patienten auf die Angehörigen berücksichtigt (Entlastung, Unterstützung)? • Wurden Informationen von Angehörigen an Personen, die nicht am Behandlungsprozeß beteiligt waren, nur mit deren Zustimmung weitergegeben? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird seitens der Mitarbeiter mit Angehörigen unterstützend und freundlich umgegangen? • Können Patienten ungestört mit ihren Angehörigen telefonieren? • Ist gewährleistet, daß Bezugspersonen (z.B. nicht verwandte Lebensgefährten) nicht aus datenschutzrechtlichen Erwägungen ausgegrenzt werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie sieht der Beschwerdeweg für Angehörige aus? • Ist der Patientenfürsprecher auch für Angehörige zugänglich?

Fragen zum Bereich 9: Umgang mit den Angehörigen

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Haben die Angehörigen den Eindruck gewonnen, daß ihre Sorgen und Anliegen ernst genommen werden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden bei der Außendarstellung der Klinik (Infoblätter, Tag der offenen Tür) Angehörige als Gruppe gezielt angesprochen?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung J: Beziehungsorientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wer war vorrangig zuständig für die Angehörigenkontakte? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Haben die Angehörigen einen festen Ansprechpartner im Behandlungsteam? • Wird dafür gesorgt, daß die Beziehung zwischen Angehörigen und Bezugstherapeuten möglichst nicht unterbrochen wird (keine Änderung der Zuständigkeiten, keine Verlegungen auf andere Stationen)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • Haben die Angehörigen die Behandlungsmaßnahmen verstanden und mitgetragen? Verlauf im Einzelfall • Wurden die Angehörigen soweit erforderlich über den Behandlungsverlauf unterrichtet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit über Informationsmaterial für Angehörige? • Finden Angehörigenvisiten statt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheitsverständnis	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurden Besonderheiten im familiären Umfeld in der Therapieplanung systematisch berücksichtigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Wechselwirkungen zwischen erkrankter Person und ihrem sozialen Umfeld, insbesondere Angehörige, auf die Erkrankung, die Behandlung und den Verlauf berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse werden bei der Arbeit mit Angehörigen herangezogen (z.B. EE-Konzept)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Sind alle an der Behandlung Beteiligten über wichtige familiäre Probleme unterrichtet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist die Angehörigenarbeit integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung O: Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Kennen die Angehörigen die für sie relevanten Hilfeangebote (außerhalb der Klinik) in der Region? • Haben sie bei Bedarf Kontakt aufgenommen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind den Therapeuten die Gesprächs-/ Gruppen-/ Selbsthilfeangebote für Angehörige in der Region (persönlich) bekannt? • Kommen Selbsthilfe-/ Angehörigengruppen, und ggf. Laienhelfer regelmäßig in die Klinik, um Kontakte für die Zeit nach der Entlassung zu knüpfen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Ist aus der Dokumentation nachzuvollziehen, wieviele Angehörigengespräche stattgefunden haben und welche Themen diese beinhalteten? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig geprüft, daß die Therapeuten nicht in Beziehungskonkurrenz zu Angehörigen geraten (z.B. bessere Eltern)? • Werden Art und Intensität der Angehörigenarbeit sowie die Beziehung der Therapeuten zu den Angehörigen in der Supervision oder Fallbesprechung berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Angehörige in die Betreuung / Begleitung von Patienten einbezogen (Spaziergänge, Besorgungen, medizinische Untersuchungen, usw.)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • Wurden die Wünsche der Angehörigen in Bezug auf Zuständigkeiten im Team berücksichtigt? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Zuständigkeit für Angehörigenkontakte im Team für jeden Patienten festgelegt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit über die räumlichen Voraussetzungen für störungsfreie Gespräche mit Angehörigen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es genügend Fernsprechköglichkeiten, und sind diese problemlos zugänglich?

Materielle Grundversorgung

Die materielle Grundversorgung eines Krankenhauses bedeutet in der stationären Psychiatrie mehr als nur die sogenannte Hotelleistung: Sie muß eingebettet sein in das therapeutische Konzept mit dessen Ausrichtung auf die Selbstheilkräfte der Patientinnen und Patienten.

Das „Mehr“ beinhaltet nicht zusätzliche Leistungen. Eher im Gegenteil. Denn die Patientinnen und Patienten sollen möglichst frühzeitig wieder in ihre soziale Umgebung eingegliedert werden. Dazu gehört der Einsatz ihrer Selbstheilungskräfte in Form eigenverantwortlicher Selbstversorgung. Dabei werden sie von der Klinik unterstützt, ohne überversorgt zu werden mit der Folge des Hospitalismus.

Im speziellen sollte z.B. die Möglichkeit bestehen, daß die Patientinnen und Patienten in der Station Speisen und Getränke für sich selbst zubereiten können. Die Voraussetzung für Tischkultur sind zu schaffen. Für die Pflege der eigenen Wäsche durch die Patientinnen und Patienten stehen in der Station Waschmaschinen und Trockengelegenheiten bereit. Die Patientinnen und Patienten ordnen in der Regel ihr Bett und ihr Zimmer selbst.

Dies alles unterstützt die größere Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten und ein Sich-wohl-fühlen, das die Mitarbeit der Patientin bzw. des Patienten in der Therapie (Compliance) fördert.

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß die Patientinnen in der Behandlungseinheit selbst kochen, backen und Getränke zubereiten können? • Können Patientinnen eigenes Essen und Trinken bevorraten (z.B. eigenes Kühlschrankfach)? • Gibt es für Patientinnen Waschmaschinen und Gelegenheiten zum Wäsche trocknen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird den Patientinnen beim Essen eine Auswahlmöglichkeit angeboten? • Kann das Essen individuell der Menge nach portioniert werden? Besteht auf Wunsch der Patientin die Möglichkeit zu Reduktionskost, Obst-tagen, Diät, u.ä.?

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Welche Voraussetzungen bietet die Behandlungseinheit dafür, daß die Patientinnen die Verantwortung für eine gepflegte Erscheinung übernehmen können (Wäschepflege, Duschmöglichkeiten, etc.)..? • Werden im Rahmen der materiellen Grundversorgung alltagspraktische Fertigkeiten geübt, z.B. Backen, Kochen auf der Station? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Können Rehabilitationspatientinnen außerhalb der Station essen? • Besteht für die Patientinnen die Möglichkeit, Fernseh- bzw. Radioprogramme zu empfangen? • Gibt es einen Kiosk, an dem sich die Patientinnen mit den üblichen Zeitschriften versorgen können?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Drücken die Art der Essenszubereitung und der Darbietung Wertschätzung und Annahme der Patientinnen aus? • Sind neben medizinisch begründeten Diäten auch kulturell begründete Sonderkostformen möglich? • Wird den ernährungsrelevanten Besonderheiten bestimmter Patientengruppen (z.B. in der Gerontopsychiatrie) bei Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel Rechnung getragen?

Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • Hat die materielle Grundversorgung zur Zufriedenheit der Patientin beigetragen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Haben die Patientinnen zum Essen genügend Zeit? • Entsprechen die Essenszeiten weitgehend normalen Lebensverhältnissen? • Sind die Rahmenbedingungen für Tischkultur vorhanden (z.B. Porzellan-geschirr, textile Tischdecken, usw.)? • Kann das Raumklima in ihren Zimmern durch die Patientinnen selbst bestimmt werden (durch Lüften; Heizungsregulation)? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird den Patientinnen beim Essen eine Auswahlmöglichkeit gegeben? • Stehen den Patientinnen jederzeit unentgeltliche Getränke zur Verfügung? • Besteht die Möglichkeit für Patientinnen, sich ausreichend mit alkoholfreien Getränken ihrer Wahl im Umkreis des Krankenhauses zu versorgen? • Haben Patientinnen die Möglichkeit, sich durch Befragungen zur materiellen Grundversorgung zu äußern? • Werden Anregungen und Kritik zum Essen ernst genommen und organisatorisch unterstützt?
Anforderung F: Schadens-vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die Anforderungen an die Patientinnen bzgl. Körperpflege, Tischkultur etc. bewußt hochgehalten, um eine (weitere) Einschränkung von Selbstverantwortlichkeit und lebenspraktischen Fähigkeiten zu verhindern? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist das Niveau der materiellen Versorgung in der Klinik bei komplementären und ambulanten Stellen, bei vor- und nachbehandelnden Ärztinnen als zufriedenstellend bekannt?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Konnte die Patientin ihre Ernährungsgewohnheiten soweit wie möglich beibehalten? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Können die Essenszeiten im Einzelfall individuell vereinbart werden? • Besteht die Möglichkeit, jederzeit zu duschen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind neben medizinisch begründeten Diäten auch kulturell begründete Sonderkostformen möglich? • Können Rehabilitationspatientinnen außerhalb der Station essen?

Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Werden die Mitarbeiterinnen der nichttherapeutischen Bereiche (z.B. Küche, Verwaltung, Labor etc.) in die Zielsetzung, Selbstverantwortung zu fördern und zu erhalten sowie Überversorgung zu vermeiden, mit einbezogen?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Störungen, die sich im Bereich Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Eßverhalten) auswirken, zum Gegenstand der Behandlung gemacht? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung O: Außen-orientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Enthält die Verlaufsdokumentation Angaben über Probleme bzw. Fortschritte bei der selbständigen Zubereitung von Speisen und Getränken oder bei der Pflege der eigenen Wäsche? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Thematik der eigenständigen Nahrungsmittelaufbewahrung und -zubereitung bzw. der Wäschepflege systematisch in der Verlaufsdokumentation berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird regelmäßig geprüft, ob die Chance zu bzw. die Forderung nach Verantwortungsübernahme für die Essenszubereitung und Wäscheversorgung den individuellen Beeinträchtigungen und Wünschen der Patientinnen angepaßt ist? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird regelmäßig überprüft, ob Auswahl und Art der Essenszubereitung den Wünschen bzw. Möglichkeiten (z.B. Gerontopsychiatrie) der Patientinnen entspricht? • Werden die Mitarbeiterinnen der Küche hier einbezogen?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die zentrale Krankenhausküche informiert, wenn auf der Station gekocht wird? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen für die Befriedigung individueller Patientenwünsche interne Budgets zur Verfügung?
Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Verfügt die Behandlungseinheit über die notwendigen Installationen dafür, daß die Patientinnen selbst kochen, backen und Getränke zubereiten können? • Können die Patientinnen eigenes Essen und Trinken für zwischen-durch bevorraten (z.B. eigenes Kühlfach)? • Sind Mikrowellenherde vorhanden als eine Voraussetzung für individuelle Essenszeiten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Läßt das Heizungssystem eine individuelle Temperaturregelung aller Räume zu?

Bereich II:

Entlassungsvorbereitung und Entlassung

Die Entlassung einer Patientin bzw. eines Patienten aus der Behandlung kann planmäßig oder aus anderem Anlaß erfolgen.

Geplante (reguläre) Entlassung

Planmäßig erfolgt die Entlassung, wenn mit den therapeutischen Möglichkeiten der Klinik die Behandlungsziele soweit erreicht wurden, daß ambulante Weiterbehandlung sowie Rehabilitation und komplementäre Hilfen ausreichen oder keine weiteren Behandlungsmaßnahmen mehr notwendig sind.

Da die Entlassung an den schon bei der Aufnahme erfaßten krankheitsbedingten Problemen zu orientieren ist, beginnt auch die Vorbereitung der Entlassung bereits bei der Aufnahme, besser noch: bei der Prüfung der Aufnahmeindikation. Neben der reinen Krankheitsdiagnostik muß eine sorgfältige, am sozialen Feld orientierte Problemanalyse erfolgen, die die Wechselwirkungen zwischen Erkrankung und Lebenssituation unter Berücksichtigung der Hilfsmöglichkeiten außerhalb des Krankenhauses definiert, um daraus die Ziele abzuleiten, die als Voraussetzung einer Entlassung durch die Behandlung erreicht werden müssen.

Bestandteile der Entlassungsvorbereitung

Vorbereitung des sozialen Umfelds (Kontakte)

In die Entlassungsvorbereitung sind mit Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten ggf. andere, für die Sicherung eines dauerhaften Behandlungserfolgs wesentliche Bezugspersonen einzubeziehen (z.B. Angehörige, Freundinnen und Freunde, Arbeitgeberinnen und Kollegen, Betreuerinnen und Betreuer, Hausärztinnen und -ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Dienste und/oder anderer Beratungsstellen, komplementärer Einrichtungen, Heime, usw.).

Um die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten zur Einbeziehung der genannten Per-

sonen zu erlangen, kommt es darauf an, dieser bzw. diesem deutlich zu machen, daß die Herstellung solcher Kontakte hilfreich sein kann, statt unter Hinweis auf Datenschutz, aus Scham über die Krankheit und die stationäre Behandlung niemanden in die Entlassungsvorbereitung einzubeziehen.

Diese Art der Entlassungsvorbereitung erfordert, daß die entsprechenden Kontakte schon während der Behandlung – seit der Aufnahme – gepflegt wurden.

Belastungserprobung im realen Feld

Mit gezielten und gestuften Belastungen im realen Feld (z.B. bei Beurlaubungen) prüft die Patientin bzw. der Patient vor der Entlassung die erreichte Besserung der Erkrankung und die wiedergewonnene Stabilität, indem Kontakte zu Personen, möglicherweise überfordernde Tätigkeiten und Aktivitäten sowie Situationen, die als problematisch eingeschätzt werden, unter therapeutischer Anleitung (Vor- und Nachbesprechung, ggf. unterstützende Begleitung) erprobt werden.

Sicherstellung der Weiterbehandlung

Vorbereitung der Patientin bzw. des Patienten

Wenn die Erkrankung nicht in kurzer Zeit folgenlos ausheilt, ist die Vorbereitung der Patientin bzw. des Patienten auf die Inanspruchnahme von weiter notwendigen professionellen Hilfen (medizinischer, rehabilitativer, sozialer Art) nach der Entlassung schon während der klinischen Behandlung von zentraler Bedeutung (vgl. Compliance). Nicht ein positiver Gesundheitszustand an der Außentür der Klinik, sondern ein solcher „draußen in der Welt“ stellt das Ziel und den Maßstab der Behandlung dar.

Vorbereitung der „Weiterbehandler“

Ebenso wesentlich ist es, daß die mit der Weiterbehandlung bzw. -betreuung befaßten Stellen bereits vor der Entlassung in die Entlassungsplanung einbezogen und seitens der Klinik in einer solchen Weise informiert werden, daß die Informationen und Erfahrungen während der klinischen Behandlung in die Weiterbehandlung geordnet und zeitgerecht einfließen können. Dies betrifft u.a. den Zeitpunkt, zu dem weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärz-

te schriftliche Befund- und Verlaufsinformationen (Arztbrief) erhalten.

immer dann ausgeschlossen, wenn eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Sonstige (irreguläre) Entlassungen

Die Patientin bzw. der Patient ist auch bei Fortbestehen weiterer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit immer dann zu entlassen, wenn ein fortgesetzter Krankenhausaufenthalt keine Aussicht auf Erfolg mehr bietet, z.B. weil kein Behandlungsbündnis mehr besteht (vorzeitige Entlassung auf eigenen Wunsch der Patientin bzw. des Patienten). Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn der weitere stationäre Aufenthalt zur Gefahrenabwehr (Selbst- oder Fremdgefährdung) erforderlich ist.

Auch bei vorzeitiger Entlassung auf eigenen Wunsch ist es wichtig, mit der Patientin bzw. dem Patienten zu klären, welche anderen Hilfen diese bzw. dieser ggf. in Anspruch zu nehmen bereit und in der Lage ist. Der Dissens mit der Patientin bzw. dem Patienten über die weitere Behandlungsnotwendigkeit ist nicht im Sinne eines Machtkampfes oder von Rechthaberei auszutragen. Vielmehr ist auch in diesen Fällen zu erörtern, welche andere Hilfen der Patientin bzw. dem Patienten zur Verfügung stehen. Auch die Möglichkeit einer eventuellen Wiederaufnahme ist dabei so anzubieten, daß diese nicht zur subjektiven „Niederlage“ für die Patientin bzw. den Patienten wird. Die Formulierung: „Entlassung gegen ärztlichen Rat“ ist möglichst zu vermeiden.

Verläßt die Patientin bzw. der Patient ohne Absprache die Klinik, sollte ggf. ambulant ein klärendes Gespräch angestrebt werden. In jedem Fall muß geprüft und begründet werden, ob Selbst- oder Fremdgefährdung besteht und deshalb geeignete Maßnahmen veranlaßt werden müssen.

Eine Entlassung auch gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten (sog. „disziplinarische Entlassung“) kann notwendig werden, wenn gravierende Regelverstöße (z.B. Handeln mit Suchtmitteln auf Station) vorliegen. Ebenso sind Patientinnen und Patienten auch dann ggf. gegen ihren Willen zu entlassen, wenn keine Indikation für Krankenhausbehandlung mehr besteht, die Betroffenen aber trotzdem (z.B. aus sozialen Gründen) den stationären Aufenthalt fortsetzen wollen.

Eine Entlassung gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten ist selbstverständlich

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Ist die Symptomatik für eine Entlassung ausreichend gebessert? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Entlassungszeitpunkt von einer Bewertung der Symptomatik in ihren Auswirkungen auf das Leben „draußen“ abhängig gemacht? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird ein Entlassungsbefund erhoben? • Wird die Planung für die Weiterbehandlung nach der Entlassung vom Entlassungsbefund abgeleitet? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • War der Patient mit der Entlassung selbst und dem Entlassungszeitpunkt einverstanden? • Wird der Patient bei Bedarf voraussichtlich die Hilfe der Klinik freiwillig wieder in Anspruch nehmen? • Ist der Patient krankheitseinsichtig? • Besteht die Bereitschaft und die Fähigkeit zur selbstverantwortlichen Weiterbehandlung? Verlauf im Einzelfall • Wann und von wem wurde die Entlassung mit dem Patienten vorbesprochen? • Bestand mit dem Patienten Einigkeit über die Entlassungskriterien? • Wurde der Patient auf die externen Hilfsmöglichkeiten hingewiesen und mit diesen vertraut gemacht? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird die Entlassung mit dem Patienten vorbesprochen? • Wird bei vorzeitigen Entlassungen auf eigenen Wunsch versucht, den Patienten trotzdem in seinem weiteren Umgang mit der Krankheit zu unterstützen? • Werden die Voraussetzungen einer Entlassung bereits frühzeitig mit dem Patienten besprochen und vereinbart? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • Ist der Patient in den Lebensfeldern — Wohnen — Arbeit/Tagesgestaltung — Freizeit ausreichend sozial integriert? Verlauf im Einzelfall • Waren in die Entlassungsplanung die wichtigsten externen Bezugspersonen des Patienten einbezogen? • Welche Auswirkungen hatte die Analyse der sozialen Integration des Patienten in der Entlassungsvorbereitung? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden in die Entlassungsplanung die wichtigsten externen Bezugspersonen der Patienten einbezogen? • Werden bereits bei der Aufnahme die Probleme im sozialen Feld analysiert und für die Entlassungsplanung berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die in der Klinik geltenden allgemeinen Entlassungskriterien in der Region bekannt und nachvollziehbar?
Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Kam es im Zusammenhang der Entlassung zu würdeverletzendem Verhalten gegenüber dem Patienten? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird gewährleistet, daß es auch bei irregulären Entlassungen nicht zu würdeverletzenden Umgangsformen gegenüber dem Patienten kommt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich II: Entlassungsvorbereitung und Entlassung

Anforderung E: Nutzer-zufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Hatte der Patient besondere Wünsche bzgl. der Entlassung? Konnten diese erfüllt werden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie werden die Wünsche von Patienten und deren Angehörigen nach bestimmten Entlassungsmodalitäten berücksichtigt (z.B. erst am Abend, am Sonntag, o.ä.) Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen bei geplanten Entlassungen auch am Wochenende den Angehörigen kompetente Ansprechpartner (nicht nur des Pflegedienstes) zur Verfügung?
Anforderung F: Schadens-vermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hat der Patient durch Fehler in der Entlassungsdurchführung (z.B. zu früh, zu spät, unzureichend vorbereitet) Schaden genommen? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Patient mit Blick auf mögliche soziale Schäden zum richtigen Zeitpunkt entlassen? • Fanden zur Entlassungsvorbereitung Kontakte zu externen Personen statt und liegt die Zustimmung des Patienten dazu vor? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden die negativen Auswirkungen länger dauernder Krankenhausaufenthalte bei Entlassungsplanungen systematisch berücksichtigt? • Werden die möglichen negativen Auswirkungen zu früher Entlassung bei der Entlassungsplanung systematisch berücksichtigt? • Wird bei der Kontaktaufnahme zu externen Personen im Rahmen der Entlassungsvorbereitung jeweils vorab die Zustimmung des Patienten eingeholt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • Sind etwaige rechtliche Vertreter über die Entlassung informiert und mit dieser einverstanden? Verlauf im Einzelfall • Waren die rechtlichen Voraussetzungen für eine Entlassung gegeben? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Entlassung (Termin, Vorbereitung) mit etwaigen rechtlichen Vertretern des Patienten (Sorgeberechtigte, Betreuer) abgestimmt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Können die Mitarbeiter bei problematischen Entlassungswünschen von Patienten jederzeit auf eine verantwortliche Person zurückgreifen?
Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • Wann hat der Entlassungsbericht (Arztbrief) den weiterbehandelnden Arzt erreicht? Verlauf im Einzelfall • Wann wurde der Entlassungsbericht (Arztbrief) angefertigt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Entlassungsberichte (Arztbriefe) so rechtzeitig auf den Weg gebracht, daß die darin enthaltenen Informationen für die adäquate Weiterbehandlung Berücksichtigung finden können? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wie viele Arbeitstage verbringen Entlassungsberichte (Arztbriefe) auf dem Weg von dem Therapeuten bis zum Postausgang der Klinik?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • Sind alle für diesen Patienten erforderlichen Gesichtspunkte bei der Entlassung erfolgreich berücksichtigt worden? Verlauf im Einzelfall • War die Entlassungsplanung an der individuellen Problemlage und Lebenssituation des Patienten ausgerichtet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird die Entlassungsplanung immer an der individuellen Problemlage und der aktuellen Lebenssituation ausgerichtet, oder finden z.B. auch gruppenweise Entlassungen nach Abschluß bestimmter Therapieprogramme statt? • Werden die Entlassungskriterien und der mögliche Entlassungstermin therapiebegleitend kritisch hinterfragt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Kann aus der Klinik jederzeit regulär entlassen werden?

Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • Weiß der Patient, daß er sich auch nach der Entlassung noch an seine stationären Bezugspersonen wenden kann? • Kennt er deren dienstliche Telefonnummer? Verlauf im Einzelfall • Wer hat die Entlassung mit dem Patienten geplant und besprochen? • Wer hat den Entlassungstermin entschieden? • Wie wurde der Patient auf die Beendigung der Beziehung vorbereitet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie wird das bei der Entlassung eintretende Beziehungsende in der Entlassungsvorbereitung berücksichtigt? • Finden in der Entlassungsvorbereitung Überleitungsgespräche zwischen stationären und externen therapeutischen Bezugspersonen des Patienten statt? • Können bereits entlassene Patienten sich noch (z.B. telefonisch) an ihre stationären Bezugspersonen wenden? Wie oft geschieht dies tatsächlich? • Wer bespricht die Entlassung mit dem Patienten? • Welchen Einfluß haben z.B. Bezugspflegepersonen auf den Entlassungstermin? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Besteht in der Klinik die Möglichkeit zur ambulanten Weiterbehandlung durch die stationären Therapeuten? • Besteht die Möglichkeit zur Fortsetzung der Bezugspflege über die Entlassung hinaus? • Ist sichergestellt, daß bei kurzfristig gescheiterten Entlassungsversuchen der Patient wieder von der Entlassungsstation aufgenommen wird und er dort die „alten“ Bezugspersonen bekommt? • Können Bezugspflegepersonen zur Durchführung externer Entlassungsvorbereitungen mit dem Patienten die Klinik verlassen?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • Sind dem Patienten die Gründe für die Behandlungsdauer und den Entlassungstermin verständlich? Verlauf im Einzelfall • Wurden mit dem Patienten die Dauer der Behandlung, der Termin und die Ziele der Entlassung besprochen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird den Patienten bei Entlassungen in komplementäre Einrichtungen die vorgeschlagene Einrichtung und etwaige Alternativen vorab gezeigt? • Werden allen Patienten die Kriterien für die Behandlungsdauer und deren Ende ausreichend erklärt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheits-verständnis	Ergebnis im Einzelfall • Sind alle für das Leben „draußen“ wesentlichen Problemfelder des Patienten im Rahmen der Entlassungsvorbereitung bearbeitet worden? Verlauf im Einzelfall • Welche Gesichtspunkte fanden in der Entlassungsplanung und -durchführung Berücksichtigung? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden in der Entlassungsplanung neben der Entwicklung der psychopathologischen Symptomatik auch die sonstigen Probleme der Patienten ausreichend berücksichtigt? • Werden soziale Risikofaktoren für die Rückfallgefährdung in der Entlassungsplanung erfaßt und bei der Entlassungsvorbereitung berücksichtigt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Bestehen regelmäßige Kontakte zwischen den Behandlungseinheiten und den regionalen Hilfeinstitutionen? • Ist das Krankheitsverständnis in der Klinik mit jenem der externen Institutionen kompatibel?
Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Patient über die Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe und die einschlägigen Risikofaktoren aufgeklärt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Rückfallgefährdung und Rückfallprophylaxe allen an der Entlassungsplanung Beteiligten geläufig? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Rückfallgefährdung und Rückfallprophylaxe Gegenstand der klinikinternen Fort- und Weiterbildung?

Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • Waren alle mit dem Patienten befaßten Berufsgruppen mit der Entlassungsentscheidung einverstanden? Verlauf im Einzelfall • Welche Berufsgruppen waren an der Entlassungsplanung und -entscheidung beteiligt? • Waren alle mit dem Patienten befaßten Mitarbeiter (auch z.B. zentraler Therapien) über die Entlassungsplanung unterrichtet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wie werden die Beiträge der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen in die Entlassungsplanung einbezogen? • Kann der Patient in seiner eigenen Entlassungsplanung ggf. auf den Rat aller Berufsgruppen zurückgreifen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung O: Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • Sind dem Patienten die für ihn wichtigen weiterführenden Hilfsmöglichkeiten der Region bekannt? Verlauf im Einzelfall • Wurde der Patient im Rahmen der Entlassungsvorbereitung mit den weiterführenden Hilfsmöglichkeiten der Region vertraut gemacht? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind den an Entlassungsplanungen beteiligten Personen die weiterführenden Hilfsmöglichkeiten der Region aus eigener Anschauung und persönlichen Kontakten bekannt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind Besichtigungen weiterführender Hilfseinrichtungen Gegenstand der klinikinternen Fort- und Weiterbildung?

Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War die volle stationäre Behandlungsdauer tatsächlich nötig bzw. war der gewählte Entlassungszeitpunkt angemessen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden bereits bei der Aufnahme die Kriterien für eine Entlassung festgelegt? • Besteht eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit nachbehandelnden Stellen? • Besteht die Möglichkeit zur integrierten tagesklinischen Behandlung in der Behandlungseinheit? • Finden auch am Wochenende reguläre Entlassungen statt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Verfügt die Klinik zur Verkürzung der stationären Behandlungsdauer über Möglichkeiten teilstationärer und ambulanter Weiterbehandlung? • Wie verteilen sich in der Klinik die Entlassungen auf die verschiedenen Wochentage?
Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Sind die Entlassungskriterien der Dokumentation zu entnehmen? • Sind die Entlassungsplanung und die damit verbundenen Maßnahmen (inkl. Absprachen, Kontakte, usw.) der Dokumentation zu entnehmen? • Ist der Entlassungsbefund und der Behandlungserfolg dokumentiert? • Sind die an der Entlassungsplanung und -durchführung beteiligten Personen der Dokumentation zu entnehmen? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden bereits zu Behandlungsbeginn die Entlassungskriterien dokumentiert? • Wird die Entlassungsplanung und -vorbereitung dokumentiert? • Wird regelmäßig ein Entlassungsbefund dokumentiert? • Wird dokumentiert, ob eine reguläre oder eine irreguläre Entlassung stattgefunden hat? • Wird die Nachbetrachtung der Entlassung und die Einschätzung des Teams zum Behandlungserfolg dokumentiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es zentrale Leitlinien für die Entlassungsdokumentation?

Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Entlassung nachbesprochen? • Wurde reflektiert, wie der Patient sowie ggf. die Angehörigen die Entlassung subjektiv erlebt haben? • Wurde er dazu befragt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Entlassungen systematisch nachbesprochen? Findet eine kritische Würdigung des Behandlungsverlaufs im Rückblick statt? • Gibt es Erfolgskontrollen für Entlassungen? Wie werden gescheiterte Entlassungsversuche aufgearbeitet? • Wird die Entwicklung der Behandlungsdauer in der Behandlungseinheit berechnet (z.B. jährlich) und im Team reflektiert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Wird der Erfolg von Entlassungen untersucht, z.B. anhand der Wiederaufnahmedaten mittels der BADO? • Gibt es eine institutionalisierte Form der Rückmeldung von der Institutsambulanz zur Station über den „Entlassungserfolg“ bei gemeinsamen Patienten? • Wird seitens der Krankenhausleitung die Entwicklung der Behandlungsdauer in den verschiedenen Behandlungseinheiten verfolgt und verglichen, um bei Auffälligkeiten steuernd eingreifen zu können?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wie oft, von welchen Personen und auf welche Formblätter mußte der Patientennamen im Zusammenhang mit der Entlassung geschrieben werden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist der mit Entlassungen verbundene Verwaltungsaufwand in der Behandlungseinheit so organisiert, daß dafür nicht mehr Therapiezeit verbraucht wird als unbedingt erforderlich? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist der organisationsbezogene Arbeitsaufwand bei Entlassungen auf das unumgänglich notwendige Maß reduziert, ggf. durch geeignete technische Hilfsmittel wie EDV, Etikettendrucker, usw.?

Fragen zum Bereich I I: Entlassungsvorbereitung und Entlassung

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Waren Bezugspflegeperson und Bezugstherapeut an der Entlassung unmittelbar beteiligt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird bei der Dienstplangestaltung darauf geachtet, daß geplante Entlassungen von den jeweiligen Bezugspersonen durchgeführt werden können, ohne daß sich der Entlassungstermin nach dem Dienstplan richten muß? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Patienten, sobald sie nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, entlassen, ggf. auch gegen ihren Wunsch? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist sichergestellt, daß geplante Entlassungen mit den verantwortlichen Ärzten besprochen sind und daß diese von irregulären Entlassungen zeitnah Kenntnis erhalten?

Fragen zum Bereich 11: Entlassungsvorbereitung und Entlassung

Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ?
	Verlauf im Einzelfall • ... ?
	Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Stehen alle für Entlassungen benötigten Formblätter, Vordrucke, etc. ohne „Beschaffungsaufwand“ zur Verfügung?
	Institutioneller Rahmen der Behandlung • Kann bei Entlassungen ggf. der Fahrdienst der Klinik genutzt werden, oder werden Entlassungen auch wegen fehlender Transportmöglichkeiten (z.B. für Gepäck) verschoben?

Handhabung von Zwangsmaßnahmen

Als Zwangsmaßnahmen im Rahmen psychiatrischer Behandlung gelten alle Eingriffe, die gegen den Willen solcher Patientinnen und Patienten durchgeführt werden, die für sich selbst nicht in ausreichendem Maß Verantwortung übernehmen können und deren Selbstbestimmungsrecht deshalb durch juristische Regelungen begrenzt und teilweise auf andere Personen übertragen werden muß. Die Art der Erkrankung mancher psychisch kranker Menschen macht zu ihrem Schutz und zum Schutz Dritter Zwangsmaßnahmen notwendig. Diese sind gesetzlich geregelt.

Die Möglichkeit, unmittelbaren Zwang auszuüben, impliziert eine besondere ethische Verantwortung einer jeden Mitarbeiterin und eines jeden Mitarbeiters.

Zwangsmaßnahmen sind wenn immer möglich zu vermeiden. Zwangsbehandlungen dürfen nur zur Abwendung unmittelbarer Gefahren auf der Grundlage der jeweiligen Landesgesetze, bei Gefahr im Verzug oder bei vorliegender dauernder Minderung der Einsichtsfähigkeit auf der Grundlage des Betreuungsrechts angewendet werden.

Zwangsbehandlungen zur Abwehr unmittelbarer Gefahren (Selbst- oder Fremdgefährdung) sind auf die zur Gefahrenabwehr erforderlichen therapeutischen Maßnahmen zu beschränken. Die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen sind unter dem Gesichtspunkt minimaler körperlicher, psychischer und sozialer Belastung für die Betroffenen zu wählen.

Zwangsmaßnahmen sind zeitlich zu begrenzen und fortwährend auf ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen.

Als Grundsatz gilt außerdem, daß nicht nur diese Maßnahmen zu vermeiden sind, sondern auch die Drohung damit. Auch wenn eine Zwangsmaßnahme erfolgt, muß dennoch das Bemühen fortgesetzt werden, mit der Patientin bzw. dem Patienten eine größtmögliche Kooperation aufrechtzuerhalten oder zu erreichen.

Anforderung A: Verminderung psychopathologischer Symptomatik	Ergebnis im Einzelfall • Ging es der Patientin nach einer etwaigen Zwangsmaßnahme besser? Verlauf im Einzelfall • Wurde durch eine etwaige Zwangsmaßnahme die Symptomatik positiv beeinflusst? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird vor der Anordnung von Zwangsmaßnahmen deren möglicherweise negative Auswirkung auf die Symptomatik erwogen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung B: Förderung von Verantwortungs-fähigkeit, Krankheits-verständnis und Compliance	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin der Zwangsmaßnahme nachträglich zugestimmt? Verlauf im Einzelfall • Ist mit der Patientin über beabsichtigte Zwangsmaßnahmen vorab gesprochen worden? • Konnte der Patientin der Sinn der Maßnahme nachträglich verdeutlicht werden? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Hat die Patientin Einfluß auf die Wahl der Art von Zwangsmaßnahmen? • Werden beabsichtigte Zwangsmaßnahmen nach Möglichkeit vorab mit der Patientin besprochen? Werden dabei Vermeidungsmöglichkeiten erörtert? • Wird jeweils die Möglichkeit geprüft, von der Patientin nachträglich eine Einwilligung zur Zwangsmaßnahme zu erhalten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist durch verbindliche Regelungen sichergestellt, daß Fixierungen nur angewandt werden, wenn alle weniger eingreifenden Maßnahmen versagen?
Anforderung C: Förderung der sozialen Integration	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Fand nach einer Zwangsmaßnahme ein Dreiergespräch mit Patientin, Angehörigen und Therapeutin statt? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden etwaige Zwangsmaßnahmen mit den Angehörigen der Patientinnen besprochen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung D: Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde geprüft, ob die Freiwilligkeit der Behandlung bestehen bleiben kann? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist die Patientin bei unabwendbaren Zwangsmaßnahmen vor „Gaffern“ geschützt? Besteht die Möglichkeit, Zwangsmaßnahmen „unter Ausschluß der Öffentlichkeit“ zu vollziehen? • Hat die Patientin trotz der Zwangsmaßnahme (besonders bei Fixierung) die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse zu äußern und erfüllt zu bekommen (Durst, Hunger, Ausscheidung, usw.) ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es in den Behandlungseinheiten, die Zwangsmaßnahmen durchführen, entsprechende Kriseninterventionsräume?
Anforderung E: Nutzerzufriedenheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 12: Handhabung von Zwangsmaßnahmen

Anforderung F: Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz	Ergebnis im Einzelfall • Hat die Patientin durch Zwangsmaßnahmen Schaden genommen? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Möglichkeit ernsthaft erwogen, Zwangsmaßnahmen durch andere Maßnahmen zu umgehen (z.B. Einzelbetreuung, Reizabschirmung)? • Wurde durch die Durchführung von Zwangsmaßnahmen Schlimmeres für die Patientin verhütet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist bei unabwendbaren Zwangsmaßnahmen sichergestellt, daß die am wenigsten belastende Art der Durchführung gewählt wird? • Ist die notwendige Beobachtung und Betreuung der Patientin gewährleistet? • Wie wird sichergestellt, daß Fixierungen nicht länger dauern als unbedingt erforderlich? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen ausreichend Mitarbeiterinnen zur Verfügung (Notruf!), um ein Minimum an körperlicher Gewalt zu gewährleisten? • Gibt es Stationen, die durch ihre Struktur und daraus resultierenden Möglichkeiten weniger eingreifende Maßnahmen ermöglichen könnten (Verlegung) ?
Anforderung G: Rechtssicherheit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Lag bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vor? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wird vor Zwangsmaßnahmen ggf. eine Änderung der Rechtsgrundlage vorgenommen? • Ist zuvor der Arzt über die Sachlage informiert worden, und wurde von diesem die Zwangsmaßnahme angeordnet? • Sind schriftliche Informationen über rechtliche Aspekte der Behandlung für die Patienten verfügbar? • Ist sichergestellt, daß freiheitsentziehende Maßnahmen (Ausgangssperre) nur bei Vorliegen einer Rechtsgrundlage durchgeführt werden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind alle Mitarbeiterinnen hinreichend über allgemeinrechtliche Aspekte psychiatrischer Pflege und Behandlung informiert? • Sind schriftliche Informationen über rechtliche Aspekte der Behandlung verfügbar?

Anforderung H: Positive Wirkung nach außen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Sind die in der Klinik geltenden Kriterien für Zwangsmaßnahmen klar definiert und für Interessierte erhältlich? • Werden die Ämter, mit denen das Krankenhaus zusammenarbeitet, systematisch über die Behandlungsangebote informiert? • Wird vom Krankenhaus Beratung/Fortbildung zu psychiatrischen Fragen angeboten? Werden die Angebote wahrgenommen? • Wie ist die Bereitschaft der zuständigen Stellen zu „unbürokratischen Lösungen“ im Einzelfall? • Wie ist die Bereitschaft zur Unterstützung der Mitarbeiterinnen im Krisenfall?
Anforderung I: Orientierung der Behandlung am Individuum	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War es notwendig, einer Zwangsmaßnahme eine weitere folgen zu lassen (z.B. Fixierung und Zwangsinjektion)? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Unterbringungsbeschlüsse aufgehoben, sobald sie nicht mehr erforderlich sind? • Ist sichergestellt, daß freiheitsentziehende Maßnahmen (Ausgangssperre) nur diejenigen Patientinnen treffen, für die sie erforderlich sind? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 12: Handhabung von Zwangsmaßnahmen

Anforderung J: Beziehungs-orientierte Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Welche situativen Umstände sorgten für die Erwägung einer Zwangsmaßnahme, und waren andere Lösungen denkbar? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Besteht auch während Fixierungen und Isolierungen die Möglichkeit, jederzeit eine Bezugsperson anzusprechen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Ist durch verbindliche Regelungen sichergestellt, daß Zwangsinjektionen nur durchgeführt werden, wenn die Medikamentengabe zwingend erforderlich ist und alle anderen Möglichkeiten versagt haben? Gibt es diesbezügliche Fortbildungsmöglichkeiten, Supervisionen, Fallbesprechungen?
Anforderung K: Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme mit der Patientin nachbesprochen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist allen Mitarbeiterinnen die jeweilige Rechtssituation der Patientinnen bekannt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung L: Mehr-dimensionales Krankheitsverständnis	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wie kam es zur Durchführung einer Zwangsmaßnahme (was ist im Vorfeld geschehen)? Welche alternativen Methoden wurden erwogen? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Ist über die Bedeutung einer Zwangsmaßnahme für den Betroffenen vorab im Team gesprochen worden? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 12: Handhabung von Zwangsmaßnahmen

Anforderung M: Methodisch-wissenschaftliche Orientierung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es ein geplantes Standardverfahren bei Zwangsmaßnahmen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es zentrale Richtlinien für Zwangsmaßnahmen?
Anforderung N: Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multi-professionelle Behandlung	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Sind an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen alle in der Behandlungseinheit präsenten Berufsgruppen beteiligt? • Sind alle Mitarbeiterinnen mit dem Umgang mit Fixiergurten vertraut? • Besteht über die Kriterien für Zwangsmaßnahmen im Team Einigkeit? Wird darüber gesprochen? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung O: Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer Hilfen und Vermittlung nicht-psychiatrischer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung P: Nachrangigkeit stationärer Hilfen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Fragen zum Bereich 12: Handhabung von Zwangsmaßnahmen

Anforderung Q: Angemessene Dokumentation	Ergebnis im Einzelfall • Ist ein Fixierungsbogen geführt worden? Verlauf im Einzelfall • Ist die Notwendigkeit, Anordnung, Durchführung und Beendigung der Zwangsmaßnahme hinreichend dokumentiert? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden alle Zwangsmaßnahmen bezüglich Anordnung und Durchführung dokumentiert? Wird die Notwendigkeit der Maßnahme deutlich beschrieben? • Wird der Verlauf von Zwangsmaßnahmen dahingehend dokumentiert, daß im Bericht zu erkennen ist, wie die Patientin auf die Zwangsmaßnahme reagiert hat und was zur Beendigung bzw. Fortsetzung der Maßnahme führte? • Wird immer ein Fixierungsbogen angelegt? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung R: Reflexion	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • Wurde die Zwangsmaßnahme im Team nachbesprochen Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Wissen alle Mitarbeiterinnen über die rechtliche Situation bei Zwangsmaßnahmen Bescheid? • Werden durchgeführte Zwangsmaßnahmen im Team nachbesprochen? • Werden Fortbildungen über Zwangsmaßnahmen angeboten? Werden Supervisionen angeboten? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es Fortbildungen über wissenschaftlich begründete Vorgehensweisen in Krisensituationen? • Gibt es Fortbildungen über den Umgang mit Gewalt?
Anforderung S: Wirtschaftlichkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?

Anforderung T: Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • ... ? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • ... ? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung U: Aufgaben-orientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War bei einer etwaigen Fixierung eine ständige qualifizierte Einzelbetreuung gewährleistet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Steht ausreichend Personal zur Verfügung, um eine fachliche Betreuung während Zwangsmaßnahmen zu gewährleisten? • Ist sichergestellt, daß bei Fixierungen immer eine qualifizierte Einzelbetreuung eingesetzt wird? • Werden Stationen, auf denen Zwangsmaßnahmen gehäuft auftreten, adäquat ausgestattet, und erfolgt eine Einweisung in Bezug auf das Hilfsmaterial? Institutioneller Rahmen der Behandlung • ... ?
Anforderung V: Regelung der fachlichen Zuständigkeit	Ergebnis im Einzelfall • ... ? Verlauf im Einzelfall • War die Zwangsmaßnahme ärztlich angeordnet? Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Werden Zwangsmaßnahmen von ärztlicher Seite angeordnet? • Wird die Maßnahme durch den Arzt vollzogen, z.B. bei Zwangsinjektionen? • Ist die pflegerische Betreuung bei Fixierungen und Isolierungen gesichert? Institutioneller Rahmen der Behandlung • Gibt es verbindliche Vorgaben über Art und Weise der Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen?

Anforderung W: Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln	Ergebnis im Einzelfall • ... ?
	Verlauf im Einzelfall • ... ?
	Konzeption und Abläufe in der Behandlungseinheit • Gibt es die Mittel, eine Patientin in der Fixierung fachgerecht zu betreuen (Lagerungsmittel, Bettpfanne, usw.)? • Besteht die räumliche Möglichkeit, Betroffene fortwährend zu beobachten? • Ist die Behandlungseinheit auf Zwangsmaßnahmen organisatorisch vorbereitet?
	Institutioneller Rahmen der Behandlung • Stehen bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen benötigte Sachmittel den Behandlungseinheiten in ausreichendem Maße zur Verfügung? • Finden über deren Anwendung Schulungen statt?