

2. Projektplanung

Bei insgesamt positiven Erfahrungen mit dem GAS als semistandardisiertem Therapieplan waren in den Vorarbeiten Bolm's [10, 11] erhebliche Verzerrungen der Ergebnisse durch zu hohe oder zu niedrige Erwartungen an die Prognose des Patienten vorgekommen (siehe Abschnitt 5.6.2.3.). Aus diesem Grund, aber nicht zuletzt auch, um den lauter werdenden Forderungen nach externer QS Rechnung zu tragen, erarbeitete Bolm 1995 eine Projektskizze für den Berliner Gesundheitspreis, die in weiten Teilen als Planungsvorarbeit für dieses Projekt gelten kann. Er schreibt dort:

„Die Entscheidung über das `Mögliche` (gemeint ist der mögliche Therapieerfolg vor dem Hintergrund von Prognose und Ressourcen) wird aus dem Monopol des medizinischen Experten herausgelöst und einer multiprofessionellen Reflexion und dem Dialog mit Patienten und Angehörigen sowie externen fachkundigen Experten (`second opinion`) geöffnet. Die berufsgruppenbezogenen teamöffentliche Rückmeldung über die im Einzelfall erreichte oder verfehlte Qualität verbessert den Standard des interdisziplinären Arbeitens und zugleich die Transparenz der Arbeitsweise für die Nutzer der Einrichtung.“ [10]

Damit waren nach dem Leitfaden des Bundesministeriums für Gesundheit [15, siehe Seite 44f: Kontextmatrix] im Bereich „Behandlungs- und Pflegeplanung“ und teilweise auch im Bereich „Umgang mit den Angehörigen“ folgende Anforderungen abgedeckt (siehe Abschnitt 1.1.1.2.):

- Nutzerzufriedenheit
- Orientierung der Behandlung am Individuum
- Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung
- Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote / Multiprofessionelle Behandlung
- Angemessene Dokumentation

Auf Initiative und Antrag von W. Bolm, damals Chefarzt der DRK Klinik Phönix, beschloss die Ärztekammer Berlin im Frühjahr 1997 das vorliegend Projekt beratend und finanziell zu unterstützen.

In der Planungsphase wirkten darüber hinaus beratend mit: M. H. Brenner, Fachgebietsleiter Epidemiologie des Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin, besonders bezüglich des Studiendesigns, E. Fähndrich, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie des Krankenhauses Neukölln in Berlin, vor allem hinsichtlich methodischer Aspekte, Ch. Markl-Vieto, Referatsleiterin Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin sowie W. Hopfenmüller vom Institut für Statistik und Informationsverarbeitung der FU Berlin in statistischen Fragen.

Die Ärztekammer formierte den Kreis der teilnehmenden Tageskliniken und stellte ein Beratungsgremium zusammen, das die Entwicklung und Durchführung des Projekts begleitete und über formale Dinge beschloss (z.B. welche Daten erfasst werden sollten und welche Entscheidungen im Fall von Konflikten zu treffen sind).

Als Koordinator fungierte die Tagesklinik der Klinik Phönix in Zusammenarbeit mit dem Referat Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin. Ihre Aufgabe war es, das Projekt übergeordnet zu koordinieren und in dieser Funktion einen Forschungsbeirat für die Begleitforschung einzurichten.

Die Forschungsgruppe setzte sich zusammen aus S. Schütze vom Krankenhaus Neukölln, St. Rinckens, damals Karl Bonhoeffer Nervenklinik und W. Bolm. Unter anderem wurden durch den Forschungsbeirat die Fragebögen an die Besucher und an die besuchten Teams entwickelt, wie sie in diesem Projekt zur Anwendung kommen (siehe Abschnitte 5.5., 5.6.1. und 5.8.).

An dem Projekt beteiligten sich die Berliner Tageskliniken der AWO in Lankwitz, der DRK-Klinik Phönix, des Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses, der Karl Bonhoeffer Nervenklinik mit den Standorten Müllerstraße und Romanshorner Weg und des Krankenhauses Neukölln mit den Standorten Emser Straße und Briesestraße. Aus jeder dieser Tageskliniken wurde ein Koordinator bestimmt.

Die Anforderung an die am Projekt teilnehmenden Tageskliniken bestand aus einem Termin ca. alle 4 Wochen als besuchte Tagesklinik oder als diejenige Tagesklinik, die einen Moderator oder Besucher (peer) stellt. Die Besuche fanden pro Haus ca. alle 12 Wochen statt, je nach gewünschtem zeitlichen Engagement der Beteiligten.

Das nachfolgende Schema (Abb. 1) verdeutlicht den organisatorischen Ablauf.

	TK: A	TK: B	TK: C
1. Monat	peer review	peer Berufsgruppe: z. B. Psychologe	Moderator
2. Monat	Moderator	peer review	peer z. B. Pflegedienst
3. Monat	peer z. B. Sozialarbeiter	Moderator	peer review
4. Monat	peer review	peer z. B. Arzt	Moderator

Abb.1: Turnus der Besucher und besuchten Tageskliniken: Monatliche Termine, alle 3 Monate eine peer review pro Haus.

Vor dem Projektstart wurde den Beteiligten in Form eines gestuften Trainings in Seminaren die Moderationstechnik sowie die Philosophie der Qualitätssicherung und des Goal Attainment Scaling vermittelt. Es wurde vereinbart, keine kritischen Informationen über einzelne Personen oder Institutionen nach außen weiterzugeben, die patientenbezogenen Daten wurden anonymisiert. Vergleichende Auswertungen unter den Tageskliniken sind aus Gründen der Projektakzeptanz nicht intendiert.

Die in der Untersuchung erhobenen Daten sollten zeitnah auf Vollständigkeit und Anonymität überprüft der Ärztekammer zugesandt werden. Es war Aufgabe der Ärztekammer, fehlende Datensätze nachzufordern.

Eine erste Dateneingabe in ein Kalkulationsprogramm erfolgte durch wechselnde Mitarbeiterinnen der Ärztekammer und mit unterschiedlichen Eingabemethoden noch während der aktiven Projektphase.

Nach Abschluss der aktiven Projektphase wurden die Daten Ende 2001 dem Verfasser zur Auswertung übergeben.

Bei einer stichprobenartigen Überprüfung anhand der Rohdaten fiel eine außerordentlich hohe Fehlerquote mit teilweise seriellen Fehlern auf, die eine erneute Eingabe aller Rohdaten in SPSS durch den Verfasser notwendig machte. Eine Tatsache, auf die in der Auswertung des Projektes (Kapitel 6.) noch einmal zurückzukommen sein wird.

Anschließend erfolgte im Mai 2002 gemeinsam mit Bolm eine weitere Revision der Datensätze hinsichtlich ihrer Qualität und zur Sicherstellung, dass die Zugangskriterien für diese Studie (z.B. bei Unklarheit der diagnostischen Einordnung) erfüllt wurden.

Es schloss sich die Aufarbeitung und Auswertung der Daten an.

Eine statistische Beratung in dieser Phase erfolgte durch K.-H. Schmidt, zunächst Klinikum Hellersdorf, später Krankenhaus Hedwigshöhe.