

6. Zusammenfassung

Das vorliegende Projekt beschreibt ein praktikables Verfahren zur externen Qualitätssicherung in der tagesstationären Versorgung schizophrener erkrankter Patienten.

Primäres Ziel war es durch wechselseitige Besuche von Fachkollegen (rotierendes peer review – Verfahren) in den multiprofessionellen Behandlungsteams der teilnehmenden Tageskliniken und unter Einbezug der Patienten, eine Diskussion über zentrale Fragen der Therapie anzuregen.

Die externe Beurteilung und Beratung orientierte sich dabei an ausgewählten Aspekten der Prozess- und Ergebnisqualität wie Therapiezielrelevanz und -realismus, Therapiedauer, Berücksichtigung der Therapieziele des Patienten, Dokumentation und multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Damit wurde in Anlehnung an den BMG-Leitfaden [15] die Umsetzung wichtiger Qualitätsanforderungen erfasst und die Grundlage für ein internes Qualitätsmanagement geschaffen.

Um Ängsten und Widerständen gegenüber dem Projekt vorzubeugen, waren und sind Vergleiche unter den teilnehmenden Tageskliniken ausdrücklich nicht beabsichtigt. Aus diesem Grunde wurden keine Strukturdaten der einzelnen Tageskliniken erhoben. Eine Beteiligung von Kostenträgern war zu keiner Zeit beabsichtigt.

Unter diesen Voraussetzungen konnte ein externer Kontrolldruck minimal gehalten werden, was eine Voraussetzung für valide Daten ist [vgl. Heuft & Senf, 56].

Resonanz

Das Projekt wurde auf breiter Basis gut angenommen. Besonders die in den subjektiven Einschätzungen reflektierte Verbesserung der teaminternen Kommunikation und der attestiert hohe Nutzen der externen kollegialen Beratung für die weitere Behandlung zeigen eine – im Projektverlauf zunehmende – Optimierung der therapeutischen Arbeit (Prozessqualität) an.

Auch die Protokolle zu externem Besuch und Teamsitzung kommen ganz überwiegend zu positiven Einschätzungen, so wurden die Begegnungen als fruchtbar und konstruktiv erlebt, die Atmosphäre als angenehm und vertrauensvoll. Die Möglichkeit, die Arbeitsweise anderer Tageskliniken kennen zu lernen, wurde wiederholt hervorgehoben.

Kritik betraf eine in einzelnen Fällen nicht beherrschte Moderationstechnik und besonders die nicht unerhebliche, durch Organisation und Dokumentation bedingte Mehrarbeit.

In der Anlaufphase des Projektes zeigten sich darüber hinaus Unsicherheiten hinsichtlich der eigenen Kompetenz in den ungewohnten Rollen eines externen Beraters oder Moderators.

Seltener als erwartet lehnten Patienten die Teilnahme ab. Viele konnten die zusätzlichen Gespräche gut für sich nutzen und nur selten kam es zu einem Abbruch des Gesprächs mit dem Besucher oder in Folge zu einer Zunahme von Symptomatik.

Das Ziel, Angehörige in das Projekt einzubeziehen, erwies sich als unerwartet problematisch und gelang nur in Einzelfällen. Diesbezügliche Fragestellungen und Hypothesen wurden noch während der aktiven Projektphase aufgegeben.

Daten

Aufgrund knapper Ressourcen war bezüglich der zu erhebenden Daten eine enge Auswahl getroffen worden. So lagen zur Auswertung weder Daten zur Grundgesamtheit noch zu (wenigen) Teilnahmeverweigerern vor, auch waren nur basale soziodemographische Variablen erhoben worden. Um die Aussagekraft der Studie bei kleinen Stichproben nicht weiter einzuschränken, wurden auch von der vorgesehenen Behandlungsdauer abweichende Fälle in der Auswertung berücksichtigt. Auf die Intention, keine Strukturdaten der beteiligten Tageskliniken mitzuführen, ist bereits weiter oben hingewiesen worden.

Das multizentrische Design erschwerte die Datenzusammenführung in dem Sinn, dass Projektunterlagen teilweise erst auf Nachfragen verspätet, teilweise unvollständig bei der Ärztekammer Berlin eingereicht wurden.

Bei Übernahme der Daten zur Evaluation fiel eine erhebliche Inkongruenz zwischen eingegebenen Daten (SPSS) und Rohdaten auf, die eine erneute Eingabe erforderlich machte. Als Ursache konnten unterschiedliche Eingabemethoden durch im Verlauf der Datensammlung wechselnde Mitarbeiter der Ärztekammer wahrscheinlich gemacht werden.

Diese unerwartete Tatsache rückt die Sorgfaltspflicht im Umgang mit Daten für Forschungsstudien erneut ins Licht. Um eine basale Datenqualität zu gewährleisten, scheint es

essentiell, mit der Datenbetreuung prinzipiell *einen* Verantwortlichen zu beauftragen bzw. den Datenumgang anderweitig verbindlich zu regeln.

Für die vorliegende Untersuchung ist diese Feststellung insofern von besonderer Bedeutung, als Bolm schon 1995 in Planung eines ähnlichen Projektes [10] den Einsatz eines Dokumentationsassistenten gefordert hatte. Diese Forderung war aus Kostengründen nicht realisiert worden.

Ergebnisse

Es konnte der Nachweis erbracht werden, dass Maßnahmen zur QS einen positiven Einfluss auf die „Gesundheit“ von Patienten haben können: Im Vergleich von Experimental- und Kontrollgruppe ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der um die jeweiligen Ausgangswerte bereinigten Ergebnisparameter Schweregrad der Erkrankung und globalem Funktionsniveau. In Auswertung der Behandlungsergebnisse zeigte sich darüber hinaus als Effekt der eingesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen eine niedrigere Rate an ungeplanten Entlassungen in der Experimentalgruppe (5,8 vs. 18,8 %).

Da sich auf Basis der vorliegenden Daten (siehe oben) gewisse Unschärfen ergeben haben könnten, sollten diese Ergebnisse anhand größerer Stichproben überprüft werden.

An dieser Stelle ist auch Kritik am Studiendesign angebracht: Die Trennung in Experimental- und Kontrollgruppe erfolgte zwar auf Patientenebene, nicht aber hinsichtlich behandelnder Teams und Besucher. Es ist deshalb denkbar und war sogar erwartet worden, dass sich ein genereller Qualifizierungs- und Fortbildungseffekt auf beide Teilstichproben auswirkt. Dies könnte zu einer Reduktion der beschriebenen Interventions-Effekte von QS-Maßnahmen (gemessen mit CGI und GAF) geführt haben. Dafür sprechen auch die erfragte und im Projektverlauf zunehmende Sicherheit in der Rolle des Therapeuten sowie die Ergebnisse zum Therapiezielrealismus.

Die Verweildauer erwies sich als für die Beurteilung der Behandlungsergebnisse in dieser Studie nicht geeignet, die prognostische Aussagekraft der Prognoseskala von Strauss und Carpenter als ungenügend bis fehlend.

In den Ergebnissen der weiterführenden Untersuchungen in der Experimentalgruppe offenbarte die Auswertung der Einschätzungen der besuchenden Fachkollegen *vor* der Teamsitzung ein

niedriges Dokumentationsniveau hinsichtlich der geplanten Therapiedauer. Die Dokumentation der Therapieziele lag dagegen auf befriedigendem Niveau. Die Relevanz der Therapieziele erwies sich als durchweg hoch.

Durch die Implementierung von externem Besuch und Teamsitzung sowie den Einbezug der Patienten konnte der Behandlungsprozess für alle Beteiligten transparenter gemacht werden. Aus dem Aufstellen konkreter und überprüfbarer Therapieziele mit dem GAS resultiert eine Optimierung des Dokumentationsniveaus.

Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass sich der therapeutische Realismus, abgebildet im Grad der Therapiezielereichung (GAS), im Projektverlauf signifikant verbessert. Eher pessimistische Einschätzungen in Ressourcen von Patient und Therapie wichen dabei einem diskreten und motivational „gesunden“ Optimismus.

Durch GAS-Training, Überprüfung der Skalenqualität und die Interventionen der Experimentalgruppe selbst ist es gelungen, formale und inhaltliche Fehlerquellen bei der Skalenkonstruktion des GAS weitgehend zu reduzieren. Entsprechend genügt das GAS, soweit in diesem Ansatz messbar, relativ hohen Güteanforderungen. Damit stellt das Goal Attainment Scaling, neben einer guten Praktikabilität, auch in diesem Aspekt seine Anwendbarkeit unter Beweis.

Die folgenden Vorschläge beruhen auf den Erfahrungen des vorgestellten Projekts und umreißen zusätzliche Anforderungen, die zukünftigen Studien (ähnlich der Vorgestellten) eine höhere Aussagekraft zu Effekten von QS-Maßnahmen ermöglichen sollte:

- Kontrolliertes Design auf Patienten- und Therapeutenebene, z.B. Vergleich zweier unabhängiger Tageskliniken.
- Vergleichbare (und dokumentierte) Strukturdaten der teilnehmenden Einrichtungen.
- Einbindung aller auf Therapeutenebene Beteiligten schon in der Planungsphase des Forschungsprojektes, um so eine breite Zustimmung zu gewährleisten und Widerstände zu minimieren. In dieser Projektphase wäre auch eine evt. verpflichtende Beteiligung von Kostenträgern zu diskutieren, um z.B. Aspekte der Finanzierung abzusichern und so äußere Bedingungen zu stabilisieren, die auf ein längerfristiges Projekt Einfluss nehmen können.

- Eintritt in die Studie während der Aufnahmephase eines Patienten.
- Erhebung soziodemographischer Variablen sowie
- Daten zur Grundgesamtheit und zu Teilnahmeverweigerern.
- Ausreichend große Stichproben.
- Ggf. Einsatz von Messinstrumenten, mit denen neben globalen auch differenziertere Bewertungen der Behandlungsergebnisse möglich sind (z.B. mittels Subskalen der BPRS oder PANSS)
- Mitführung auch nicht primär behandlungsabhängiger subjektiver Variablen (z.B. Skalen zu Aspekten von Lebensqualität).
- Ratertrainings für *alle* eingesetzten Messinstrumente, idealerweise mit Überprüfung der Interraterreliabilität.
- Möglichst lange Laufzeit mit mehreren Messzeitpunkten, z.B. nach 4, 8 und 12 Wochen sowie katamnestischen Erhebungen. So könnten weitergehende Aussagen zu subjektiven Qualitätsaspekten und langfristigen Therapieeffekten bzw. Rückfallgefährdung getroffen werden.
- Sicherstellung einer hochwertigen Datenbetreuung durch einen Dokumentationsassistenten.
- Anpassung der personellen Ausstattung an den projektbedingten Mehraufwand.