

# **1. Spannungsfeld externe Qualitätssicherung**

## **1.1. Einleitung - Ausgangssituation und Problemstellung**

Wie kaum ein anderes Thema in der Medizin hat die Diskussion um Qualitätssicherung in den letzten Jahren auch in Deutschland erheblich an Gewicht gewonnen.

Seit dem 1.1.89 ist nach § 137 SGB V die Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für Krankenhäuser bindende Verpflichtung. Derzeit gibt es in Deutschland kein allseits anerkanntes Verfahren der Qualitätssicherung (QS), mit dem den o. g. gesetzlichen Anforderungen in der Psychiatrie Genüge getan werden könnte [vgl. 15].

Der Weg, der in den USA erfolgreich beschritten wurde, ist die Überprüfung der Qualität psychiatrischer Behandlung durch Fachkollegen - peer review [vgl. 6]. Leider ist der Gesichtspunkt der Sicherung von Qualität gegenüber dem Kostensenkungsinteresse dabei in den Hintergrund getreten [vgl. z.B. 6, siehe Abschnitte 1.1.1.3. und 1.1.2.].

Die meisten Verfahren zur Qualitätssicherung - so auch die DIN-Norm ISO 9004 Teil 2 [28] - verzichten darauf, die Qualität durch einen externen Gutachter direkt vor Ort am Patienten beurteilen zu lassen. Damit wird aber ein selbstverständlicher Vorteil der Fremdbeurteilung verspielt.

Die vorliegende Arbeit untersucht ein Verfahren zur externen Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung von mittel- und langfristig stationär behandelten Patienten, welches auf Erfahrungen aufbaut, die Bolm mit dem "Goal Attainment Scaling" (GAS) seit mehreren Jahren gesammelt hatte [9, 11].

Aufgabe dieser Dissertation war es, die nach Abschluss der aktiven Projektphase vorliegenden Daten auszuwerten. Der Verfasser war weder in die Planung, die Entwicklung der Fragestellung noch in die Durchführung des beschriebenen Projektes involviert.

Evaluiert wird ein gut zweijähriges Projekt, an dem sieben Berliner psychiatrische Tageskliniken<sup>1</sup> teilnahmen und das durch die Ärztekammer Berlin unterstützt wurde.

---

<sup>1</sup> 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.

In einem zentralen Aspekt ging es um die Frage, ob die individuellen Therapieziele einschließlich der geplanten Aufenthaltsdauer, gemessen an der Prognose, realistisch und relevant sind und den Absichten von Angehörigen und Patienten nahe kommen.

Vom Februar 1998 bis März 2000 fanden monatlich etwa zwei Beratungsrunden statt, bei denen im Wechsel ein Besucher einer Tagesklinik eine andere besuchte. Die Besucher oder peers wurden aus den in den Tageskliniken vertretenen Berufsgruppen rekrutiert.

In einer extern durch ein Team-Mitglied einer dritten Projekt-Tagesklinik moderierten Sitzung berichtete der Besucher, was seinem kollegialen Blick von außen auf die Therapieziele eines Patienten aufgefallen war. Zuvor hatte er den Patienten und eventuell auch Angehörige kennen gelernt und hatte die Behandlungsunterlagen studiert, um Aufschluss über "offizielle" Therapieziele, deren Übereinstimmung mit denen des Patienten sowie über den geplanten Behandlungszeitraum zu gewinnen.

Nach diesem Besuch – peer review – erarbeiteten der Patient und sein Therapeut eine Festlegung der einzelnen Therapieziele unter Verwendung eines semistandardisierten Instruments, des "Goal Attainment Scaling":

„Zur methodischen Erfassung des Outcome wird hierbei – im Gegensatz zu konventionellen Outcomemaßen – *nicht* eine für alle gleiche Norm gewählt. Vielmehr ist der einzelne Mensch vor seinem durch Krankheit und Behinderung eingeschränkten Horizont an vernünftigerweise zu erwartenden Veränderungen das Maß des Erfolgs. Bekanntlich versagt die klassische Evaluation an normativen Maßstäben im Bereich der mittel- und langfristigen Erkrankten. So kann z.B. ein Nullresultat ein ebenso großer Erfolg sein, wie es tatsächlich das Verfehlen eines gerechtfertigterweise zu erwartenden günstigeren Behandlungsergebnisses bedeuten kann. Nur der individuelle Erfolgsmaßstab sichert hier eine gültige Messung. Beim GAS gibt es für jeden Patienten einen eigenen Maßstab: Welche Veränderung Erfolg oder Misserfolg bedeutet, ist dabei abhängig von der individuellen Prognose.“ [Bolm, 10, vgl. 9, 95]

„Wie vielfach in der Literatur zum GAS nachgewiesen, ist die Beteiligung der Patienten an der Therapieplanung und die Orientierung der Teamarbeit an konkreten, den Entwicklungschancen der Patienten angemessenen Zielen von unmittelbarem therapeutischen Nutzen. Schließlich schärft GAS auch die Aufmerksamkeit für die Bereiche, wo Patient und Therapeut nicht dasselbe wollen.“ [Bolm, 10, vgl. 9]

Eine ausführliche Darstellung des GAS findet sich im Kapitel Methodik (4.1.1.).

Das Studiendesign entspricht dem einer kontrollierten Erhebung, in die auch Daten zum klinischen Gesamteindruck und zum globalen Funktionsniveau einbezogen wurden. In das Projekt aufgenommen wurde eine Zufallsauswahl aus allen Tagesklinikpatienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis.

Zum Verständnis von Hintergründen und Anliegen der vorliegenden Studie ist es unabdingbar die Entwicklungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung aufzuzeigen:

Zunächst werden im historischen Rückblick Aspekte zur ursprünglichen Intention von QS beleuchtet. Daran anschließend werden spezifische Probleme beim Übertrag der QS-„Philosophie“ auf die Medizin und Psychiatrie im Besonderen herausgearbeitet sowie der Stand von QS-Maßnahmen in Deutschland skizziert.

Die langjährigen Erfahrungen mit Maßnahmen zur QS und Methoden der peer review in den USA, die – quasi in einer Art Vorreiterfunktion – zumindest in Teilen auch Einfluss auf hiesige Entwicklungen nehmen, sind in eigenen Abschnitten kurz dargestellt. Sie sind auch deshalb für dieses Projekt von Bedeutung, da es gilt, sich an positiven Entwicklungen zu orientieren und gemachte Fehler nicht zu wiederholen.

Bei der Fülle der zum Thema Qualitätssicherung vorliegenden Literatur kann eine vollständige Wiedergabe der zahlreichen Aspekte nicht Ziel dieser Arbeit sein. Es sollen jedoch die für diese Studie wesentlichen Entwicklungen dargestellt werden. Dabei wird besonders auf bislang nicht ausreichend gelöste Schwierigkeiten und offene Fragen abgehoben, zu deren Klärung diese Arbeit einen Beitrag leisten will. Diese werden im Abschnitt Zielsetzungen (1.2.) fokussiert.

### **1.1.1. Exkurs Qualitätssicherung**

#### **1.1.1.1. Zum historischen Hintergrund**

Der Begriff der Qualität hat seinen Ursprung im lateinischen Wort „qualitas“, das mit Beschaffenheit oder Güte übersetzt werden kann, und fand in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Einzug in die Industrie. So entwickelte sich z.B. der Begriff „Made in Germany“ – von den britischen Handelsbehörden dem deutschen Export 1887 in sanktioneller Absicht auferlegt – durch Einführung der Prüfung der Funktionsfähigkeit am Ende des Produktionsprozesses zum Gütesiegel [vgl. Homepage des ZDF, Artikel: Historie Made in Germany, im Mai 2004]. In den 50er und 60er Jahren wurden auf Kontrolle basierende

Qualitätssysteme in Japan mit größtem Erfolg weiterentwickelt und als so genanntes „integriertes Qualitätssicherungssystem“ flächendeckend in der Industrie eingeführt; Schulung, Motivation und Beteiligung aller Mitarbeiter rückten dabei in den Mittelpunkt. Durch die Weiterentwicklung zum Prinzip des „total quality managements“ [ausführliche Darstellung bei Kaltenbach, 62] besitzt dieses System inzwischen auch hohe Priorität und Verbreitung in der europäischen Industrie und findet in den Normen der „International Standardisation Organisation (ISO)“ [28] seinen Niederschlag. Als Stichworte seien hier genannt: Kundenorientierung, der so genannte „Null-Fehler-Ansatz“ anstelle der Definition von Toleranzbereichen und eine so genannte „bottom up“ – Kommunikation, bei der an einem bestimmten Produktionsprozess Beteiligte kontinuierlich Ideen und Vorschläge zur Verbesserung erarbeiten. Dies führt auch zu einer höheren Identifikation der Arbeitnehmer und damit höheren Arbeitszufriedenheit und Lebensqualität [nach Berger, 6].

Im Wandel der Konzeptionen zur Qualitätsverbesserung in der Industrie zeigt sich somit eine zunehmende Abkehr von der alleinigen Prüfung des Endergebnisses hin zu einem das gesamte Unternehmen bestimmende Bewusstsein, dass nur optimale Qualität unter Einbezug des Preisniveaus den Erfolg des Unternehmens sichert. Allerdings – so Berger [6] – dient das umfangreiche Qualitäts-Sicherungs-Dokumentations- und Kontrollsystem mit seinen „Zertifizierungsexzessen“ in weiten Bereichen zunehmend auch als vorseilende Defensivstrategie gegen Haftpflichtklagen.

### **1.1.1.2. Qualitätssicherung in der Medizin – eine Begriffsbestimmung**

In der medizinischen Versorgung stellt sich die Definition von Qualität wesentlich komplizierter dar, als dies bei der Fertigung einer Ware der Fall ist: So ist das Produkt Gesundheit in wichtigen Aspekten, wie Patientenzufriedenheit, Lebensqualität oder psychischer Gesundheit immateriell und dem Behandlungsprozess selbst, bei dem der Patient als Kunde nicht nur anwesend ist, sondern durch seine Mitarbeit maßgeblich am Behandlungsergebnis mitwirkt, kommt eine weitaus höhere Bedeutung zu [referiert in 6]. Dies erforderte die Differenzierung der Qualitätskriterien in unterschiedliche Aspekte.

Bereits in den 60er Jahren unterteilte Donabedian [29] den Gesamtbehandlungsprozess in die Komponenten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimension, wobei die Teilbereiche nicht immer scharf abgrenzbar sind [vgl. 41].

Zur Problematik der Erfassung von Qualität in der medizinischen Versorgung bemerkte Donabedian 1988:

„Before assessment can begin we must decide how quality is to be defined and that depends on whether one assesses only the performance of practitioners or also the contributions of patients and of the health care system; on how broadly health and responsibility for health are defined; on whether the maximally effective or optimally effective care is sought; and on whether individual or social preferences define the optimum. We also need detailed information about the causal linkages among the structural attributes of the settings in which care occurs, the process of care, and the outcomes of care. ...“ [30]

Unter **Strukturqualität** werden dabei relativ konstante Charakteristika des Leistungserbringers selbst verstanden, die den gezielten Einsatz medizinischer Maßnahmen ermöglichen. Hierzu gehören Art, Anzahl, Ausbildung und fachliche Qualifikation des Personals, Ausstattung hinsichtlich der vorhandenen Räumlichkeiten und der medizinischen Geräte sowie die Organisation der Einrichtung, deren Finanzierung und Einbindung in das Gesundheitssystem [vgl. 6, 7, 41, 113].

Im Bereich der bundesdeutschen Psychiatrie hat die Psychiatrie-Enquête (1975) entscheidende Anstöße zu einer Qualitätsverbesserung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen gegeben. Ein weiterer wesentlicher Schritt war die Verbesserung der Personalstruktur durch den Erlass der Psychiatrie-Personalverordnung [Psych-PV, 14] im Jahre 1991, wodurch es in der Konsequenz vielerorts auch zu einer Anhebung der Prozess- und Ergebnisqualität (siehe unten) gekommen sein dürfte [vgl. 41]. Auch die Neuordnung der gebietsärztlichen Weiterbildung in den Weiterbildungsrichtlinien für Psychiatrie und Psychotherapie [5] gilt als Beispiel zur Verbesserung der Strukturqualität [vgl. 41].

**Prozessqualität** befasst sich mit Kriterien wie Aufnahmeindikation, diagnostische Einordnung, Patientenergebnisse (siehe unten) sowie sämtlichen therapeutischen Maßnahmen. Darüber hinaus gehen die Therapeut-Patient-Beziehung und das Stationsklima entscheidend mit ein. Eine adäquate Dokumentation der durchgeführten Leistungen ist dabei unentbehrlich [vgl. 6].

Der Sicherung der Prozessqualität dienen in der Psychiatrie traditionell die Formen des Einholens von Zweitmeinungen wie Visiten, Fallkonferenzen, Weiterbildung usw. [vgl. z.B. 103]. In der deutschen Psychiatrie ist Prozessqualität unter anderem an den Vorgaben der Psych-

PV [14] orientiert, in der die vom Personal einer psychiatrischen Klinik zu erwartenden Regelleistungen dokumentiert sind [vgl. 6].

Um die in der Psych-PV geforderte Qualität psychiatrischer Behandlung in praxi umzusetzen zu können, sollte das der Verordnung implizit zugrunde liegende Konzept näher ausgearbeitet und ein praktisch handhabbaren Katalog von Qualitätsanforderungen und -kriterien entwickelt werden. Zu diesem Zweck bildete sich 1994 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Expertengruppe. Ihr Auftrag, aussagekräftige und konsensfähige Indikatoren für Krankenhausqualität zu entwickeln, erwies sich jedoch als undurchführbar,

„... weil schon der eigentliche Gegenstand der anzustrebenden Qualitätssicherung, nämlich die `Behandlungsqualität`, für die Psychiatrie nicht definiert und damit nicht beurteilbar war (und) die Qualität einer psychiatrischen Klinik ohne Klarheit über die Qualität ihres Zweckes, nämlich der psychiatrischen Behandlung nicht zu bestimmen ist.“ [15]

In der Weiterführung des Projektes war daher eine Umorientierung notwendig in deren Ergebnis 1996 ein Qualitätsmodell oder Anforderungsprofil für psychiatrische Krankenhausbehandlung definiert wurde, das wesentliche Handlungs- bzw. Prüfbereiche festlegt. Mit eigens entwickelten Beispielfragen kann in den jeweiligen Bereichen die Umsetzung der einzelnen Qualitätsanforderungen erfasst werden. So war ein Leitfaden zur systematischen Qualitätsbeurteilung entstanden, der aus grundsätzlichen Erwägungen heraus auf „objektive“ Verfahren und damit die Möglichkeit externer Vergleiche verzichtete und sich als Grundlage für ein internes Qualitätsmanagement anbot.

Die vorliegende Arbeit fußt auf diesen Ansatz, der zur Zeit der Planungsphase des Projektes als der ausformulierteste deutsche Standard in Sachen QS gelten kann. Weitere Einzelheiten siehe Kapitel Projektplanung (2.).

In engerem Sinne meint Prozessqualität die Gesamtheit aller diagnostischen und therapeutisch-rehabilitativen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kongruenz zu expliziten Leitlinien und Standards [nach Gaebel, 41, vgl. 113].

Entwicklung und Einsatz operationaler Diagnosesysteme wie ICD und DSM oder die Einführung psychopathologischer Instrumente wie etwa das AMDP- und das AGP-System [1, 51] mit entsprechenden Ratertrainings können als Beispiel für hochrelevante Maßnahmen zur Verbesserung der Prozessqualität gewertet werden [vgl. 42].

1993 nahm das von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegründete Referat Qualitätssicherung seine Arbeit auf. Ziel dieses Referats ist die Konzeptentwicklung zur Vorbereitung der Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung. Wesentliche Aufgabenfelder sind die Konsensbildung zu Leitlinien, Weiterentwicklung eines Dokumentationssystems [BADO, 20] zum Zwecke der internen und begrenzt auch externen QS (siehe unten), Vorbereitung von Kriterienkatalogen für ausgewählte Tracerdiagnosen zur externen QS, wie sie in Modellprojekten zur Prozess- und Ergebnisqualität für die Diagnosen Depression [Näheres siehe 113, 119, 120] und Schizophrenie [Näheres siehe 43, 58, 59] ihren Niederschlag finden sowie die Einführung interner QS-Strukturen bei den Leistungsanbietern (z.B. in Form von Qualitätskonferenzen) [vgl. 42].

Besonderes Augenmerk finden in der wissenschaftlichen Diskussion derzeit die Themen Leitlinien und „Evidence Based Medicine“ (EBM); zahlreiche Diagnose- und Behandlungsleitlinien sind bereits in Konsensusfindung von ganz unterschiedlichen Gremien auf verschiedenen Ebenen entwickelt worden.

Von der DGPPN wurden bisher Leitlinien zur Behandlung der Schizophrenie (1998), der Demenz (2000), Essstörungen (2000) und affektiven Erkrankungen (2000) sowie zur Diagnostik und Therapie von Angststörungen (2000) und jüngst die Versorgungsleitlinie für depressive Störungen in der ambulanten Praxis (2003), die Leitlinie zum ADHS im Erwachsenenalter (2003) und die Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie (2003) vorgelegt; weitere zu den Themen Schmerz, Zwangsstörungen, Borderline-Syndrom und Persönlichkeitsstörung stehen in Vorbereitung [Homepage der DGPPN im März 2004].

Aufgrund der Komplexität psychischer Erkrankungen hinsichtlich ihres Bedingungsgefüges bestehend aus dispositionellen, auslösenden, unterhaltenden und chronifizierenden Faktoren sind in Diagnostik und Therapie biologische, psychologische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen und individuell zu gewichten [nach 41]. Die einzelnen Krankheitsverläufe erfordern deshalb individualisierte Behandlungspläne, so dass sich die Anwendung pauschalierter Abrechnungskonzepte, wie sie derzeit in den somatischen Disziplinen eingeführt werden, verbieten [vgl. Crome & Kruckenberg 1994, 22, Kunze 2003, 75].

Sämtliche therapeutischen Maßnahmen sind grundsätzlich in einem Gesamtbehandlungsplan aufeinander abzustimmen, um das therapeutische Vorgehen unter Berücksichtigung der Prognose inhaltlich und zeitlich zu strukturieren [vgl. 41, 86, 87]. Innerhalb eines zeitlichen

Rahmens sollen dabei angestrebte Therapieziele anhand therapeutischer Zielgrößen und möglichst im Konsens zwischen Patient und Therapeut festgelegt und dokumentiert werden, nicht zuletzt, um so die Motivation des Patienten zur Mitarbeit zu erhöhen [vgl. 41, 112]. Ggf. müssen Therapieziele aufgrund veränderter Gegebenheiten im Behandlungsprozess angepasst werden, was die Therapieevaluationsforschung allerdings vor große Methodenprobleme stellt [nach 79].

Die **Ergebnisqualität** schließlich beschreibt nach Gaebel [41] „das Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel und Behandlungsergebnis“, also den Grad der Therapiezielerreichung [vgl. 113].

„Sie ist zweifellos die wichtigste Größe in der Qualitätssicherung, aufgrund der Komplexität psychiatrischer Krankheitsverläufe aber am schwierigsten zu erfassen. Selbst unter optimalen Behandlungsbedingungen (Strukturqualität) und lege artis durchgeführter Therapie (Prozessqualität) steht das Behandlungsergebnis nicht notwendigerweise in linear-funktionaler Abhängigkeit zu diesen Eingangsgrößen.“ [Gaebel 1995, 41, vgl. 13, 84, 112, 113]

Oder mit Donabedian, 1988:

„Because a multitude of factors influence outcome, it is not possible to know for certain, even after extensive adjustments for differences in a case mix are made, the extent to which an observed outcome is attributable to an antecedent process of care.“ [30]

Als ein globales Ergebnismaß wird oft die Verweildauer herangezogen. Wie die Aufnahme und Entlassung der Patienten regeln zweiseitige Verträge gemäß §112 SGB V die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung, wobei den Medizinischen Diensten der Kassen eine Kontrollfunktion zukommt.

„Naturgemäß ist diese einfach zu erfassende Messgröße mehrfach determiniert und somit kein eindeutiger Indikator der Ergebnisqualität. Kurze Verweildauern reflektieren nicht notwendig eine erfolgreichere Behandlung als lange Verweildauern – und umgekehrt.“ [Gaebel 1995, 40].

Fehlinterpretationen sind allein deshalb unvermeidlich, da Patientenstruktur und regionale Besonderheiten von Versorgungsstrukturen unberücksichtigt bleiben [vgl. 8, 58].



Eine differenzierte Erfassung von Ergebnisqualität in der Psychiatrie hat die Mehrdimensionalität des Behandlungsergebnisses zu berücksichtigen [vgl. 113]. Vor allen in der Postakut- und Langzeitbehandlung spielen auch andere als psychopathologische Zielkriterien wie Arbeitsfähigkeit, Sozialkontakte, Lebensqualität, Behinderungen, Rückfallgefährdung und unerwünschte Therapieeffekte eine Rolle [vgl. 40, 41].

In der amerikanischen Literatur wird versucht, das Behandlungsergebnis durch die fünf D's zu erfassen [siehe Lohr, 80, vgl. 7]:

- „death“ oder Patientenergebnisse im weiteren Sinne wie Suizidversuche, Tötlichkeiten, Behandlungsmaßnahmen wie Isolierung oder Fixierung,
- „disease“ meint den Einfluss der Behandlung, im Falle der Psychiatrie ermittelt durch psychopathometrische Instrumente,
- „dissatisfaction“ weist darauf hin, dass auch das Ausmaß der subjektiven Zufriedenheit des Patienten hinsichtlich des Behandlungsergebnisses berücksichtigt werden muss,
- „disability“ und „discomfort“ womit auf den gesundheitlichen Gesamtzustand des Patienten verwiesen wird, den man versucht über eine Messung der Lebensqualität im Hinblick auf die psychische, physische und soziale Gesundheit zu erfassen.

Ergänzt werden sollte auf jeden Fall noch die oben erwähnte

- Rückfallgefährdung, deren Prävention gerade in der Psychiatrie einen wichtigen Aspekt der Ergebnisqualität darstellt [vgl. 6, 7].

Zur methodischen Erfassung der Behandlungsergebnisse und ihrer quantitativen Bewertung kommen globale (z.B. Arzturteil, CGI, GAF) und spezifische Messinstrumente (z.B. Angst- oder Depressionsskalen), sowie Selbst- (z.B. Skalen zur Behandlungszufriedenheit) und Fremdbeurteilungsverfahren (z.B. AMDP- oder AGP-System) in Betracht. Darüber hinaus eignen sich Therapieresponsekriterien wie Besserungsquotient, Remissionsgrad und Rückfallrate. [vgl. 40]

Der Methode des Goal Attainment Scalings ist in dieser Arbeit ein eigenes größeres Kapitel gewidmet (4.1.1.).

Neben der Einteilung in die verschiedenen Anwendungsbereiche ist die Unterscheidung in **interne und externe Qualitätssicherung** von Bedeutung:

Intern meint im System des Leistungserbringers eigenständig organisierte, die Qualität verbessernde und sichernde Maßnahmen [vgl. 6]. Solche Maßnahmen haben im ärztlichen Bereich (beispielhaft seien an dieser Stelle Fort- und Weiterbildung, Chef- und Oberarztvisiten, Fallkonferenzen, Konsilien, Dokumentation der Krankengeschichte und ausführliche Epikrisen genannt) wie auch in der Psychiatrie eine lange Tradition und sind älter als die Begrifflichkeiten und die dahinter stehende „Philosophie“ des Qualitätsmanagements [vgl. 15]. Sie werden nach Gaebel & Jansen [42] künftig stärker systematisiert und durch Leitlinien für Diagnostik und Therapie ergänzt werden müssen.

Im Gegensatz zur internen ist die Qualitätssicherungsinstanz bei der externen Qualitätssicherung außerhalb des Leistungserbringers angesiedelt; ob Vergleiche mit anderen Einrichtungen vorgenommen werden bzw. die Quelle anerkannter Referenzwerte ist dabei nicht ausschlaggebend [nach Cording, 21].

Ein traditionelles Beispiel für Maßnahmen externer QS in der deutschen Medizin sind Begehungskommissionen [vgl. 15, 41]. Aber auch Anleihen aus den USA wie der Einsatz von „case managers“ durch die Krankenkassen, die Verhandlungen mit den medizinischen Diensten der Kassen (MDK) bei zumeist strittigen Fragen zur Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts oder telefonische Fallbesprechungen mit Sachbearbeitern im Sinne einer „non profession-driven concurrent peer review“ sind seit Jahren gängige Praxis und müssen im Licht externer QS und Kostensenkungsinteressen gesehen werden (siehe Abschnitt peer review 1.1.2.).

Bei der externen Qualitätssicherung in engerem Sinne geht es darum den einzelnen Arzt, die einzelne Abteilung oder Klinik in ein Vergleichssystem einzubeziehen: Dazu werden Daten bei extern vorgegebener einheitlicher Dokumentation von verschiedenen Leistungserbringern gesammelt und an einer externen Stelle aufbereitet und ausgewertet. Aus den von der externen Stelle zurückgemeldeten Daten kann der Leistungserbringer, z.B. die Abteilung, erkennen, wo sie hinsichtlich ihrer Leistungen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Komplikationen und Patientenergebnisse und ihrer Ergebnisse im Verhältnis zu anderen Abteilungen, zu Einrichtungen mit allgemein anerkannter Spitzenleistung (Stichwort Benchmarking) oder zu empirisch entwickelten Standards steht [vgl. 92].

Als aktuelle Beispiele der deutschen Psychiatrie seien hier noch einmal die oben erwähnten Modellprojekte zu den Tracerdiagnosen Depression und Schizophrenie genannt.

### 1.1.1.3. Externe Qualitätssicherung in den USA

Während Maßnahmen externer Qualitätssicherung, die über traditionelle Errungenschaften hinausgehen, in der deutschen Medizin insbesondere in Vorbereitung des Fallpauschalensystems in den somatischen Disziplinen erst in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben und in der täglichen Praxis der Psychiatrie erst rudimentär angelegt sind, haben Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den USA eine über 80 jährige Geschichte.

So war bereits im Jahre 1918 durch die Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO) ein Akkreditierungsverfahren eingesetzt worden, im Rahmen dessen sich jedes Krankenhaus auf freiwilliger Basis prüfen und akkreditieren lassen konnte. Das Zertifikat ist jedoch Voraussetzung zur Teilnahme an den Staatlichen Versicherungssystemen Medicare und Medicaid. Bei dem Verfahren werden durch Inspektoren der JCAHO in dreijährigem Abstand strukturelle und prozessuale Merkmale der Einrichtung, jedoch nicht die Ergebnisqualität geprüft [vgl. 6, 62].

Aufgrund des enormen Kostenanstieg in der medizinischen Versorgung in den 60er und 70er Jahren auf bis über 10 % des nationalen Bruttoerzeugnisses wurden 1972 von der Regierung der USA die so genannten Professional Standard Review Organisations (PSRO) eingerichtet und damit erstmalig eine externe Qualitätsprüfung durch Fachkollegen im Sinne einer peer review „offiziell“ und in großem Umfang implementiert (siehe Abschnitt peer review). Dabei standen neben Aspekten der Versorgungsqualität vor allem Kostenkontrolle und Begrenzung der Verweildauer im Krankenhaus im Vordergrund [vgl. 15, 34, 62].

Die Kosten konnten so kaum eingedämmt werden. Laut Kaltenbach hielten sich die Kosten des Programms und die durch die Inanspruchnahmekontrollen erzielten Einsparungen ungefähr die Waage [62]. Jedoch führte das Verfahren nach Berger [6] zu einer zunehmenden Durchdringung des Krankenhauswesens mit Methoden der QS und die Ärzte erlebten es als Hilfe bei der Etablierung einer adäquaten Qualität ihrer Arbeit und als Schutz gegen eine Welle von Haftpflichtprozessen. Es ergibt sich somit eine Parallele zur Motivation der QS in der Industrie.

In den Frühen 80ern traten die Peer Review Organizations (PRO) an die Stelle der finanziell wirkungslosen PSROs. Durch die PROs sollte eine Absenkung im Niveau der Versorgungsqualität nach der Einführung des Fallpauschalensystems in den USA 1983 verhindert werden, u. a. mit einer Überprüfung auf korrekte Zuweisungen zu den Diagnosis Related Groups (DRG). Gleichzeitig sollte eine Kostensenkung für die Versicherungen durch Verringerung der Inanspruchnahme erreicht werden. Die PROs bestehen wenigstens noch zu

10% aus Ärzten, erhalten Geldmittel von den staatlichen Versicherungssystemen Medicare und Medicaid, arbeiten wirtschaftlich und sind mit deutlich größeren Vollmachten ausgestattet als ihre Vorgänger, die ihnen erlauben, dem Krankenhaus bei inadäquater Behandlung Sanktionen aufzuerlegen: Die Bezahlung von Leistungen kann angepasst oder, wenn sie von der PRO als unnötig erachtet wird, abgelehnt werden. Bei schwerwiegenden Qualitätsmängeln können Strafgebühren erhoben werden oder es kann ein zeitweiliger Ausschluss aus den staatlichen Versicherungssystemen erfolgen [vgl. 6, 34, 62].

In den letzten Jahren ist eine wachsende Konkurrenz der PROs durch private Firmen zu verzeichnen, welche ohne ärztliche Beteiligung im Auftrag der Kostenträger arbeiten. In diesen neuen Systemen ist das Gewicht deutlich in Richtung Kostenkontrolle und Reglementierung verschoben, was in einer Verschlechterung der Versorgungsqualität spürbar wird [vgl. Berger, 6].

### **1.1.2. Entwicklung der peer review am Beispiel der USA**

Die peer review war geschichtlich gesehen schon immer Bestandteil ethisch notwendiger Selbstregulationsmechanismen des Berufsstandes. Sie wurde teils offiziell teils informell durchgeführt und bediente sich ganz verschiedener Mechanismen wie der Lizenzierung, Akkreditierung und Zertifizierung, Aktivitäten zur fortlaufenden medizinischen Weiterbildung (continuing medical education – CME), Begehungskommissionen, Entscheidungen zur Krankenhausausrüstung oder Nachprüfungen zum Forschungsstand im Rahmen von Publikationen sowie in der Psychotherapie in Form der Supervision [referiert in 3].

Wie schon im vorhergehenden Abschnitt (1.1.1.3.) beschrieben, kam es in den USA mit Einrichtung der PSROs in den 70ern erstmalig zu einer ausführlichen diagnosebezogenen Überprüfung von Behandlungsaufzeichnungen in großer Breite [vgl. 15]. Die dabei eingesetzten retrospektiven Techniken konnten nur einen kleinen Effekt auf die aktuelle Versorgung ausüben, als sie immer das überprüften, was bereits abgeschlossen war. Damit waren die Kostenträger in der schwierigen Situation, entscheiden zu müssen, ob für eine bereits abgeschlossene Behandlung bezahlt werden soll. Darüber hinaus erwies sich ein solcher review-Prozess mit einer Bearbeitungszeit von nahezu einem Monat nicht zuletzt aufgrund des notwendigen Schriftverkehrs als langsam [nach 62].

Mit den 80er Jahren – die PROs hatten die PSROs abgelöst – wurden wegen der oben genannten Nachteile retrospektive Techniken zunehmend durch die concurrent peer review ersetzt: Meist telefonisch wird die Krankengeschichte des Patienten mit dem reviewer besprochen, der dann die Bezahlung für die geplante Behandlung autorisiert und den Therapiefortschritt weiter verfolgt. Diese frühzeitig einsetzende Strategie beeinflusst auch in erheblichem Umfang die aktuelle Behandlung [vgl. 3, 62].

Nach der American Psychiatric Association [Manual of psychiatric peer review 1985, referiert in 3] soll durch peer review - Aktivitäten zum einen ein professionelles Monitoring der Anwendung und Qualität psychiatrischer Behandlung nach akzeptablen Behandlungsstandards bereitgestellt sowie eine kontinuierliche Fortbildung der Behandler erreicht werden, zum anderen wird auch hier auf die effiziente Nutzung von Ressourcen – also Kostenkontrolle – abgehoben.

Die Unterteilung der Behandlung in die Bereiche der Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimension nach Donabedian [29] (siehe Abschnitt 1.1.1.2.) kann auch auf die Mechanismen der peer review Anwendung finden [vgl. 3].

Hinsichtlich struktureller review-Methoden seien hier beispielhaft Überprüfungen der Ausstattung von Einrichtungen sowie des Ausbildungsstands von Therapeuten und Ärzten genannt.

Im Bereich der den Behandlungsprozess betreffenden Methoden kann die Anwendung impliziter, d. h. auf die Erfahrungen und Ausbildung des reviewers aufbauender, von expliziten Kriterien unterschieden werden. Letztere sind klar definiert und im Behandlungsprozess, seien es retrospektive oder begleitende Untersuchungen, eindeutig bestimmbar; das Einhalten vorgegebener Standards ist hierzu ein Beispiel [vgl. 3].

Die Grenzen und Gefahren einer solchen Herangehensweise mittels expliziter Kriterien zeigt Mattson wie folgt auf:

„The limitations of using explicit criteria are that they may be viewed as an instrument of control; they can when improperly used, impose an oppressive and misguided uniformity; they may achieve higher levels of reliability at the expense of reduction in validity; and they can become instruments of institutionalised and pervasive error.“ [84]

Die Anwendung impliziter Prozesskriterien spielen, da sie weder quantifizierbar noch objektivierbar sind [vgl. 13], bei review-Verfahren, die von den Kostenträgern gesteuert werden, keine bedeutende Rolle. Hier kommen bevorzugt explizite Kriterien in oft erheblicher Starrheit zum Einsatz [vgl. 3].

Ergebnisorientierte Methoden der peer review sind aufgrund der bereits im Abschnitt Qualitätssicherung (1.1.1.2.) beschriebenen Vielschichtigkeit des Behandlungsergebnisses problematisch und bisher unzureichend evaluiert; ebenso ist unklar ob der peer review – Prozess selbst den Behandlungsstandard verbessert [nach 3].

Aus diesen Gegebenheiten entwickelt sich ein Bedarf an Forschungsstrategien hinsichtlich einer adäquaten Messbarkeit des Behandlungserfolgs und der Abschätzung von Effekten durch Interventionen mit dem Ziel der Qualitätssicherung.

Nachdem in den USA initial zunächst unabhängige Fachkollegen in der Rolle eines Vermittlers zwischen Leistungserbringer und Kostenträger die reviews durchgeführt hatten, verschob sich das Gewicht in den späten 80ern und frühen 90ern zunehmend in Richtung der Kostenträger, die mit eigenen case managers, welche nicht notwendigerweise Psychiater sind, vor allem Kostensenkungsinteressen verfolgen. Dies führte zu nachteiligen Effekten hinsichtlich der Patientenversorgung [vgl. 3, 6].

Oder aus dem Blickwinkel der Psychotherapie formuliert: Durch die aktive Involvierung der peers in Planung und Therapieverlauf werden diese zu einem dritten Mitglied der therapeutischen Beziehung und die naturgemäß dyadische Therapieallianz zwischen Klient und Behandler dadurch unweigerlich behindert [nach 121].

In dieser Verstrickung der etablierten peer review-Aktivitäten in den USA kondensiert sich die ganze Problematik: Auf der einen Seite steht das massive Kostensenkungsinteresse, auf der anderen die Forderung nach (und Sorge um) angemessener Versorgungsqualität, dem Aspekt der Vertraulichkeit einer Behandlung sowie nicht zuletzt nach professioneller Autonomie [vgl. 3].

## **1.2. Zielvorstellungen**

Schon aus dem Titel der Arbeit geht hervor, dass in diesem Projekt verschiedene Aspekte betrachtet werden müssen:

Im vorgegebenen Rahmen tagesklinischer Behandlung von Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis wird, verschiedene Einrichtungen übergreifend, ein Projekt zur Qualitätssicherung evaluiert. Verbindendes Element ist – neben organisatorischem Überbau und Training der Teilnehmer (siehe Kapitel 2.) – die Technik der profession-driven concurrent peer review (siehe Abschnitte 1.1. und 1.1.2.).

Die peer review wiederum, welche selbst Gegenstand der Untersuchung ist, bedeutet eine Intervention nach impliziten Kriterien des reviewers und fungiert gleichzeitig als Motor für eine Kaskade von Abläufen und Datenerhebungen inklusive dem Aufstellen individueller Therapieziele mit dem Goal Attainment Scaling (siehe Abschnitt 3.2.).

Ähnlich komplex liegen die Dinge beim Goal Attainment Scaling: Einerseits dient die Methode als Messinstrument, andererseits muss das GAS als Intervention betrachtet werden (siehe Abschnitt 4.1.1.). Auch inhaltlich sind peer review und GAS nicht zu trennen: Es ging in beidem um Therapieziele.

In dieser Verschränkung der wesentlichen Interventionen und des GAS als dem markanten Messinstrument erklärt sich, dass sich dieses Projekt in seinen Zielsetzungen ganz unterschiedlichen Anforderungen aus verschiedenen Bereichen stellen muss.

In der Auswertung und Diskussion wird auf die oben beschriebene Problematik erneut zurückzukommen sein.

Ziel dieses Projektes war ein Erkenntnisgewinn zu folgenden Themen:

- Anwendbarkeit dieses Verfahrens als Instrument externer QS
- Effektkontrolle der eingesetzten Interventionen
- Anwendbarkeit und Güte der eingesetzten Instrumente

Weitere Anliegen waren:

- Erhöhung von Therapiezielrelevanz und – realismus
- Konkretisierung der Aufenthaltsdauer
- Einbeziehung von Patienten und Angehörigen hinsichtlich der genannten Aspekte
- Verbesserung der Dokumentation
- Stärkung der multiprofessionellen Zusammenarbeit
- Größere Transparenz

Im Einzelnen:

In Deutschland wird unter dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck der letzten Jahre der Ruf nach externer Kontrollverfahren medizinischer Qualität auch in der Psychiatrie immer lauter. Es scheint – sieht man auf die oben beschriebenen Entwicklungen in den USA – dabei sehr bedeutend, die Implementierung solcher Verfahren nicht fachfremden Organisationen zu überlassen:

„In every case, if the profession had not responded, structures would have been imposed from without, perhaps with a little input from the profession.” [Beatson & Lancaster, 3, vgl. 33]

Auf der anderen Seite wurde von den US-amerikanischen Ärzten besonders die Einführung der profession-driven peer review auch als positiv und hilfreich erlebt [vgl. 6, siehe Abschnitt 1.1.1.2.]. Beatson & Lancaster [3] beschreiben die Vorteile dieses Verfahrens wie folgt:

„The potential benefits of profession-driven peer review activities are enormous. They include an increased sense of professionalism; decreased professional isolation; and the sentinel effect of alerting all practitioners to increased examination of the quality of their work. ... Documentation of peer review can provide data for research, and through its advocacy role, increase the knowledge of government, third party payers, and the general population concerning psychiatric illness.”

In diesem Kontext leistet das Projekt einen Beitrag zur Frage der Anwendbarkeit einer Überprüfung durch Fachkollegen in der deutschen Psychiatrie.

An dieser Stelle sei noch einmal betont, dass bei allen Bemühungen um QS – speziell in der Psychiatrie – die Nachweise einer Verbesserung der Gesundheit der Patienten spärlich bis nicht vorhanden sind: So erbringen zahlreiche empirische Studien keinen Nachweis des Nutzens von QS [z.B. 16, 39, 43, 45, 58, 59, 89, 98, 102, 105, 113, 118, 119, 120], andere Quellen stellen fest, dass QS der empirische Nachweis ihrer Wirksamkeit „weitestgehend“ fehle [siehe z.B. 3, 36, 43, 48, 58, 59, 97, 105, 122].

Oder mit den Worten von Fauman in seiner Arbeit „Quality Assurance Monitoring in Psychiatrie“, 1989 [36]:

„Many mental health quality assurance monitoring systems ... rarely include any provision for determining the effect of the monitoring itself on the outcome of clinical care. Although most authors have reported a positive effect of their system, the reports are usually anecdotal and impressionistic.”

Die vorliegende Studie wollte auch in dieser Frage Stellung beziehen.



Durch das Projektdesign wurden auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene ganz verschiedene Qualitätsanforderungen bedient; darüber hinaus ging es um methodologische Fragestellungen: Weitere Hintergründe zu den folgenden Ausführungen finden sich auch in der Einleitung (1.1.) sowie in den Abschnitten QS in der Medizin (1.1.1.2.) und peer review (1.1.2.) oder werden gesondert angezeigt.

#### Strukturebene:

- Langfristig wurde durch diese Qualitätssicherungsmaßnahme ein Qualifizierungs- und Fortbildungseffekt bei den teilnehmenden Teams erwartet, indem die Sichtweise von Angehörigen, Patienten und des multiprofessionellen Teams verstärkt in die Zielplanung einbezogen werden. (siehe Abschnitt 5.8.)

#### Prozessebene:

- Der inhaltliche Schwerpunkt bei Durchführung des externen Besuchs (siehe Abschnitt 3.2.2.) lag in der Anstrengung, gemessen an der Prognose, die Formulierung von möglichst relevanten und realistischen Therapiezielen zu erreichen sowie die geplante Aufenthaltsdauer zu konkretisieren.  
Ob und in welchem Umfang dies geschehen ist und ob es im Projektverlauf diesbezüglich zu einer Änderung kam, soll diese Arbeit aufdecken. (Ergebnisse siehe Abschnitte 5.5. und 5.6.)
- Der vielfach gestellten Forderung nach Berücksichtigung des komplexen individuellen Bedingungsgefüges [vgl. 41] bei schizophrenen Erkrankten wurde dabei durch Aufstellen eines individuellen Therapieplans [vgl. 22, 86, 87] mittels GAS Rechnung getragen.
- Dies sollte – soweit möglich – in Abstimmung mit Patienten und Angehörigen – erfolgen, nicht zuletzt um motivationssteigernde Effekte hinsichtlich der Therapiezielerreichung (Ziel-Tropismus nach Davis [27]) nutzbar zu machen [vgl. 109, 112, siehe Abschnitt 4.1.1.5.].
- Ein weiteres Anliegen war es die Dokumentation – eine Grundvoraussetzung der QS [vgl. z.B. 6, 112] – von Therapiezielen und geplanter Aufenthaltsdauer im Studienverlauf zu verbessern. (Ergebnisse siehe Abschnitt 5.5.)
- Die Implementierung einer Teamsitzung mit einem externen Besucher hatte den Anspruch, neben auf Erfahrung und Ausbildung des Besuchers beruhenden Sichtweisen auch die der Kollegen des multiprofessionellen Teams im Sinne einer Fallsupervision zusammenzuführen. (Ergebnisse siehe Abschnitt 5.8.)

- Darüber hinaus waren die externen Besucher gefragt, den Teams am Rande dieser Sitzung über Therapieziele besondere Stärken und verbesserungswürdige Aspekte von Behandlungsqualität rückzumelden.

Wie hilfreich der Besuch für die besuchten Teams war, wurde im Sinne einer Meinungsumfrage untersucht. (Ergebnisse siehe Abschnitt 5.8.)

- Nicht zuletzt war beabsichtigt, durch Aufstellung konkreter und überprüfbarer Therapieziele gemeinsam mit Patienten und Angehörigen sowie Durchführung von Teamsitzung und externem Besuch den Behandlungsprozess insgesamt transparenter zu machen [vgl. 9, 71, 95, Ergebnisse siehe Abschnitt 5.8.].

#### Ergebnisebene

- Durch den Einsatz verschiedener Instrumente sollte einer differenzierten Erfassung der Mehrdimensionalität des Behandlungsergebnisses [siehe 40, 41, 112] in der Psychiatrie Rechnung getragen werden:

Berücksichtigt wurden klinischer Gesamteindruck (CGI), globales Funktionsniveau (GAF), Verweildauer, Patientenergebnisse wie Verlegung und vorzeitiger Therapieabbruch sowie Aussagen zur Behandlungszufriedenheit<sup>2</sup>. In der Bestimmung der Therapiezielerreichung mittels GAS fanden ferner ganz spezifische und individuelle Zielkriterien der in die Studie aufgenommenen mittel-langfristig schizophren erkrankten Patienten Eingang ins Behandlungsergebnis. (Ergebnisse siehe Kapitel 5.)

- Das Design einer kontrollierten Studie sollte es ermöglichen, einen Therapieeffekt der Interventionen von peer review und GAS (mittels klassischer Methoden) abzubilden [siehe 3, 27, 95, Ergebnisse siehe Abschnitt 5.4.].

#### Methodenebene

- Einer Gefahr der systematischen Verzerrung des GAS [siehe z.B. 11, 64, 95] durch das Aufstellen generell zu leichter bzw. zu schwerer Therapieziele sollte durch ein GAS-Training (Kapitel 2.), Überprüfung von Relevanz und Realismus im peers review-Verfahren [vgl. 95] sowie Patientenbeteiligung und Zielsetzung im Team [vgl. 95] vorgebeugt werden (zu dieser Problematik siehe auch Abschnitt 4.1.1.5., Ergebnisse siehe Abschnitt 5.6.2.).
- Nicht zuletzt sollten Anwendbarkeit und Güte der eingesetzten Instrumente hinterfragt werden (siehe Kapitel 4. und 5.).

---

<sup>2</sup> Die Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit sind in dieser Arbeit nicht dargestellt, eine spätere Veröffentlichung ist geplant.

Für einige der aufgeführten Anliegen und Zielsetzungen dieses Projektes war vorgesehen, sie mit den verwendeten Messinstrumenten zu untersuchen und die Daten anschließend statistischen Verfahren zu unterwerfen. Die entsprechenden Hypothesen und deren Operationalisierung werden am Ende des Kapitels Methodik (Abschnitt 4.2.) aufgezeigt.

Auch Fragestellungen, die strengen statistischen Ansprüchen nicht genügten, aber dennoch in ihrer Auswertung einer Präzisierung bedurften, werden dort besprochen.

Nachdem im Vorangegangenen die Hintergründe und Absichten der Studie dargestellt sind, folgen nun die Kapitel zur Planung und Organisation des Projektes in seiner Gesamtheit sowie zu Abläufen der Durchführung in Bezug auf Probandenzuordnung (Experimental- / Kontrollgruppe), Einsatz der psychometrischen Instrumente und peer review (Kapitel 2. und 3.).