

**Entwicklung eines klinischen Auditverfahrens in  
der vollstationären psychiatrischen Versorgung**

**Development of a clinical audit for inpatient care in  
mental healthcare settings**

Masterthesis zur Erlangung des Grades  
- Master of Arts -

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Abteilung Köln  
Fachbereich Gesundheitswesen  
Masterstudiengang Pflegemanagement

Dipl.-Pfleger (FH) Severin Federhen

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. med. Andreas Becker  
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. theol. Heribert W. Gärtner

## Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	<b>5</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>8</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>10</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>13</b>
<b>1. EINFÜHRUNG</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Hintergrund und persönlicher Themenbezug</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 Wissensstand und Erfahrung</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3 Exkurs: Ist Psychiatrie auditierbar?</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4 Zielsetzung</b> .....	<b>22</b>
<b>2. THEORETISCHER TEIL</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Grundlagen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen</b> .....	<b>23</b>
2.1.1 Gesetzliche Anforderungen .....	23
2.1.2 DIN EN ISO 9001:2008 .....	27
2.1.3 KTQ .....	29
2.1.4 Joint Commission .....	30
2.1.5 PPQ .....	32
<b>2.2 Systematik im CLINOTEL-Auditverfahren</b> .....	<b>33</b>
<b>2.3 Grundlegendes zur Literaturrecherche</b> .....	<b>35</b>
2.3.1 Grundlegendes zur Datenbankrecherche .....	36
2.3.2 Festlegung der Suchbegriffe .....	36
2.3.3 Darstellungsform der Rechercheergebnisse .....	37
<b>2.4 Recherche WISE</b> .....	<b>38</b>
2.4.1 Rechercheergebnisse WISE .....	38
2.4.2 Rechercheergebnisbewertung WISE .....	41
2.4.3 Vorstellung einbezogener Publikationen WISE .....	41
<b>2.5 Recherche Leitlinien</b> .....	<b>42</b>
2.5.1 Recherche DNQP .....	42
2.5.2 Rechercheergebnisse DNQP .....	42
2.5.3 Recherche AWMF .....	43
2.5.4 Rechercheergebnisse AWMF .....	43
2.5.5 Recherche SIGN .....	46

2.5.6 Rechercheergebnisse SIGN .....	46
2.5.7 Rechercheergebnisbewertung Leitlinienrecherche .....	48
2.5.8 Vorstellung einbezogener Publikationen Leitlinienrecherche .....	48
<b>2.6 Recherche Cochrane-Library .....</b>	<b>50</b>
2.6.1 Rechercheergebnisse Cochrane-Library .....	50
2.6.2 Rechercheergebnisbewertung Cochrane-Library .....	52
2.6.3 Vorstellung einbezogener Publikationen Cochrane-Library .....	52
<b>2.7 Recherche PubMed .....</b>	<b>53</b>
2.7.1 Rechercheergebnisse PubMed .....	55
2.7.2 Rechercheergebnisbewertung PubMed .....	70
2.7.3 Vorstellung einbezogener Publikationen PubMed .....	70
<b>2.8 Recherche Psyn dex.....</b>	<b>77</b>
2.8.1 Rechercheergebnisse PSYNDEX .....	77
2.8.2 Rechercheergebnisbewertung PSYNDEX .....	78
2.8.3 Vorstellung einbezogener Publikationen PSYNDEX .....	79
<b>2.9 Recherche ZBMed/MEDPILOT.....</b>	<b>80</b>
2.9.1 Rechercheergebnisse ZBMed/MEDPILOT.....	80
2.9.2 Rechercheergebnisbewertung ZBMed/MEDPILOT.....	86
2.9.3 Vorstellung einbezogener Publikationen ZBMed/MEDPILOT .....	86
<b>2.10 Handrecherche.....</b>	<b>87</b>
2.10.1 Rechercheergebnisse Handrecherche .....	87
2.10.2 Rechercheergebnisbewertung Handrecherche .....	95
2.10.3 Vorstellung einbezogener Publikationen Handrecherche.....	96
<b>2.11 Darstellung des Recherche gesamt ergebnisses.....</b>	<b>99</b>
<b>2.12 Entwicklung der theoretischen Verfahrensgrundlage .....</b>	<b>100</b>
<b>3. PRAKTISCHER TEIL.....</b>	<b>118</b>
<b>3.1 Das Auditverfahren in der Praxis .....</b>	<b>118</b>
3.1.1 Validation der Verfahrensgrundlage .....	118
3.1.2 Extraktion einer Auditcheckliste.....	120
3.1.3 Testaudit.....	127
3.1.4 Analyse und Anpassung der Kriterien .....	129
3.1.5 Freigabe des Verfahrens .....	130
3.1.6 Durchführung zweier Audits .....	131
<b>3.2 Auditergebnisse.....</b>	<b>133</b>
3.2.1 Qualitätsmanagementsystem .....	133
3.2.2 Sichere Dokumente und Aufzeichnungen .....	134

3.2.3 Personal .....	135
3.2.4 Sichere Arzneimittel/Psychopharmakotherapie.....	136
3.2.5 Medizinisches und Psychiatrisches Notfallmanagement.....	137
3.2.6 Aggression, Gewalt, Zwangsmaßnahmen.....	138
3.2.7 Psychiatrie als Organisationseinheit.....	139
<b>4. BEWERTUNG DES VERFAHRENS .....</b>	<b>141</b>
<b>4.1 Allgemeines.....</b>	<b>141</b>
<b>4.2 Rückmeldungen der beteiligten Akteure.....</b>	<b>141</b>
4.2.1 Fachexperten.....	141
4.2.2 Auditerte Organisationen .....	143
4.2.3 Auditleiter.....	144
<b>4.3 Zusammenführung und Diskussion .....</b>	<b>146</b>
4.3.1 Aspekte des Qualitätsmanagements.....	146
4.3.2 Systemtheoretische Aspekte .....	150
<b>4.4 Fazit.....</b>	<b>160</b>
<b>4.5 Ausblick.....</b>	<b>161</b>
<b>Literaturverzeichnis Teil 1 – eingeschlossene Literatur .....</b>	<b>162</b>
<b>Literaturverzeichnis Teil 2 – ausgeschlossene Literatur .....</b>	<b>171</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>176</b>
<b>Auditplan Verfahrenstest .....</b>	<b>176</b>
<b>Sperrvermerk .....</b>	<b>180</b>
<b>Erklärung des Autors .....</b>	<b>181</b>

**Hinweis:**

Personenbezogene Bezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der maskulinen Geschlechtsform dargestellt, gelten jedoch in gleicher Weise auch für das weibliche Geschlecht.



## Zusammenfassung

**Hintergrund** Im Fachbereich der Psychiatrie werden zunehmend höhere Anforderungen an die evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen gestellt. Im Spannungsfeld mit bevorstehenden Veränderungen der Finanzierungsgrundlage spielen Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle.

**Zielsetzung** Es soll ein klinisches Auditverfahren entwickelt und in das bestehende Auditkonzept des CLINOTEL-Krankenhausverbundes integriert werden. Das Verfahren soll relevante Qualitätsdimensionen des Fachbereichs Psychiatrie abbilden und als Instrument der Qualitätssicherung für das klinische Lenken und Leiten einsetzbar sein.

**Methodik** Zur Entwicklung der theoretischen Inhalte des Auditverfahrens wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche durchgeführt. Über eine zweiphasige Validierung erfolgte die Überprüfung der entwickelten Inhalte und der Praktikabilität. Das Auditverfahren selbst wurde über Telefoninterviews evaluiert und einer systemtheoretischen Analyse unterzogen.

**Ergebnisse** Über die systematische Literaturrecherche konnten relevante qualitative Dimensionen der stationären psychiatrischen Versorgung erhoben werden. Das hieraus entwickelte Auditverfahren wurde in einem Praxistest überprüft und in das bestehende Auditkonzept integriert. In zwei durchgeführten Audits erwies sich das Konzept als inhaltlich stimmig. Es steht dem CLINOTEL-Krankenhausverbund zur Verfügung, zwei weitere Anmeldungen für Audits liegen bereits vor.

**Diskussion** Die Rückmeldungen der beteiligten Akteure bestätigten den Nutzen des neu entwickelten klinischen Auditverfahrens. Insbesondere die Orientierung am Organisationszweck der Patientenversorgung scheint für eine hohe Akzeptanz zu sorgen. Die Möglichkeit zur vollen Ausschöpfung des Potentials ist assoziiert mit dem zielgerichteten Einsatz durch leitende Mitarbeiter. Systemtheoretisch wird dem Phänomen der strukturellen Kopplung eine hohe Bedeutung beigemessen und damit einhergehend die Überführung der Fremdreferenz in die Systemerwartungen, um eine angemessene Vorherbestimmbarkeit von Prozessen und ihren Ergebnissen zu erreichen.

**Fazit** Das klinische Auditverfahren ist als Instrument der Qualitätssicherung für das klinische Lenken und Leiten anwendbar und eignet sich zur organisationsinternen Prozessbewertung im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Hierbei steht die Ausgestaltung der klinischen Prozesse unter Berücksichtigung der Patientensicherheit im Vordergrund.

Über die Fokussierung auf fachlich-inhaltliche Anforderungen lassen sich angemessene Legitimationszusammenhänge für potentielle Folgeentscheidungen schaffen.

## **Abstract**

**Background** In the department of psychiatry are increasing demands on evidence-based care of mentally disordered people. In the stress field with imminent modifications of the sources of finance, instruments and methods of quality management play a decisive role.

**Aims** A clinical audit should be developed and integrated in the established audit concept of the CLINOTEL-hospital association. The procedure should contain relevant quality remits of the department of psychiatry and applicable for the clinical controlling and leading as an instrument of quality management.

**Methods** For the development of the theoretical content of the audit concept a comprehensive systematic literature has been researched. The verification was effected by biphasic validation of the developed content and its practicability. The audit concept itself was evaluated by telephone interview and examined of a system-theoretic analysis.

**Results** By systematic literature research relevant quality remits of the inpatient care in mental healthcare settings could be assessed. The resultant development of the audit concept was reviewed in a practical test and integrated in the established audit concept. In two executed audits the concept was coherent content. It is available for the CLINOTEL-hospital association, there are already two more files of application for the audit.

**Discussion** The feedback of the parties involved approve the utility of the newly developed clinical audit concept. Particularly the orientation on purpose of organisation of the patient care seems to reach high acceptance. The opportunity of the consistently attainment of the aim is associated with targeted assignment of the executive staff. System-theoretical the phenomenon of the structural coupling attached high importance and collateral the conveyance of the external reference in the system expectations to reach the appropriate predetermined processes and their results.

**Conclusions** The clinical audit concept is applicable for the clinical controlling and leading as an instrument of quality management and is suited for internal organised process reviews under the continuous improvement process. The



embodiment of the clinical processes is in consideration of the foreground of patient safety. Focusing on technical and content requirements suitable legitimacy relationships of potential follow-up decisions are provided.

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AIMS	Accreditation for Inpatient Mental Health Services
AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BASIS-32	Behaviour and Symptom Identification Scale
BÄK	Bundesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
BVC	Broset-Gewaltcheckliste (Norwegen)
BVC-CH	Broset-Gewaltcheckliste, Schweizer Adaption
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Dipl.	Diplom
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EOQ	European Organization for Quality
et al.	et alteri
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
GAF	Global Assessment of Function
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAMD	Hamilton Depression Rating Scale

IRCA	International Register of Certified Auditors
JCI	Joint Commission International - Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 3. Auflage, gültig ab Januar 2008.
Kap.	Kapitel
KatHO	Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen
KFHNW	Katholische Fachhochschule Nordrhein Westfalen
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LL	Leitlinie
LSI-R: SV	Level of Service Inventory-Revised: Screening Version
MeSH	Medical Subject Headings
M.M. <sup>1</sup>	Mündliche Mitteilung (Zitierte Quelle ohne uneingeschränkten Zugang)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Nr.	Nummer
o.g.	oben genannt
OPAC	Online Public Access Catalogue
PC	Personal Computer
PDL	Pflegedienstleitung
PPQ	ProPsychiatrieQualität
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QMHB	Qualitätsmanagementhandbuch
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
S.	Seite
SBB	Stiftung Begabtenförderung Berufliche Bildung
SCL-9	Symptom-Checkliste
SGB	Sozialgesetzbuch
SMI	Serious Mental Illness
SOAS	Staff Observation Aggression Scale
s.o.	siehe oben
sog.	so genannt/e/n
SUAS	Suicide Assessment Scale

---

<sup>1</sup> Hinweis: Bei in der Arbeit eingefügten Mündlichen Mitteilungen (M.M.) handelt es sich meist um Material aus Internetquellen, die demnach nur eingeschränkt verfügbar sind. Durch Einstellung im Internet alleine kann nicht gewährleistet werden, dass die Quellen zu jeder Zeit verfügbar bleiben werden. Es wird daher der Passus „Mündliche Mitteilung“obligat.

S&R	Seclusion & Restraint
Vgl.	Vergleiche
WAMS	Ward Administration of Medication Schedule
WISE	Datenbank für wissenschaftliche Schriften in der Pflege
ZB Med	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abb.1: Einflußgrößen der Ergebnisqualität .....</b>	<b>13</b>
<b>Abb.2: Qualitätsanforderungen für Psychiatrische Kliniken .....</b>	<b>18</b>
<b>Abb.3: Modell eines Qualitätsmanagementsystems .....</b>	<b>22</b>
<b>Abb.4: Darstellungsschema zur Literaturrecherche .....</b>	<b>33</b>
<b>Abb.5: Qualitätsanforderungen für Psychiatrische Kliniken .....</b>	<b>99</b>

# 1. EINFÜHRUNG

## 1.1 Hintergrund und persönlicher Themenbezug

In der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft hat sich innerhalb der letzten Jahre ein kontinuierlicher Wandel vollzogen.

Ein markanter Einschnitt bestand im verabschiedeten GKV-GESUNDHEITSREFORMGESETZ (GKVRefG 2000)<sup>2</sup> (22.12.1999, erstmalig in Kraft getreten am 01.01.2000), das die Ära der Vergütung über die deutschen Diagnosis Related Groups (gDRG) einleitete.

Die psychiatrische Disziplin war zu diesem Zeitpunkt noch von diesem Vergütungssystem ausgenommen. Innerhalb der Vertreter des Fachbereichs wurde überwiegend die Meinung vertreten, dass das Finanzierungssystem auch nicht übertragbar sei.

So wurde von der 34. Fachgruppentagung für psychiatrische Krankenhäuser vom VERBAND DER KRANKENHAUSDIREKTOREN DEUTSCHLANDS E.V. (2001) berichtet: „DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar“.<sup>3</sup>

STRANZ & SCHANZ (2010)<sup>4</sup> sehen bereits 9 Jahre später das Gegenteil bestätigt und betiteln ihre Publikation mit: „DRGs sind grundsätzlich möglich“.

Dieser Paradigmenwechsel soll als Beispiel für die rasanten Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung herhalten – Anfang 2013 wird das neue pauschalierte Vergütungsmodell für die Psychiatrie zur Anwendung kommen.

Auch auf der fachlich-inhaltlichen Ebene lässt sich ein deutlicher Wandel beobachten. BORMUTH (2010)<sup>5</sup> berichtet von Strömungen einer gedanklichen Trendwende von der psychodynamischen zur neurobiologischen Sichtweise, stellt jedoch auch die Wichtigkeit des hermeneutischen Zugangs der psychiatrischen Arbeit dar.

Dies geht einher mit der Entwicklung von Leitlinien hoher und höchster Güte, die eine evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen sicherstellen helfen.

---

<sup>2</sup> (M.M.) [http://www.gesetze-im-internet.de/gkvrefg\\_2000/BJNR262609999.html](http://www.gesetze-im-internet.de/gkvrefg_2000/BJNR262609999.html) 08.02.2011, 22:00 Uhr

<sup>3</sup> Ise, W.: DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar. ku (Krankenhaus Umschau). 2001. 70(1). 57-58

<sup>4</sup> Stranz, St.; Schanz, B.: DRGs sind grundsätzlich möglich. So könnte das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie aussehen. ku (Krankenhaus Umschau). 2010. 79 (6). 17-21.

<sup>5</sup> Bormuth, M.: Psychiatrie als Kulturwissenschaft Überlegungen nach Max Weber. Nervenarzt. 2010. 81 (11). 1346-1353

Beispielhaft sei hier die NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE UNIPOLARE DEPRESSION<sup>6</sup> erwähnt, die in Zusammenarbeit der verschiedenen, auf diesem Fachgebiet tätigen Fachgesellschaften entstanden ist.

Klinische Leitlinien dienen der Festlegung von Behandlungsstandards und der Strukturierung von Prozessen und bilden zum Zeitpunkt der Veröffentlichung den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Forschung ab. Im Kontext des klinischen Managements, also dem Lenken und Leiten der klinischen Prozesse, können sie als ein wichtiges Hilfsmittel genutzt werden.

Im Vordergrund der Gestaltung klinischer Prozesse steht die Patientensicherheit. Nach WOOLF (2004)<sup>7</sup> ist Patientensicherheit die deutlichste Konkretisierung des Qualitätsgedankens, da kein Qualitätsproblem eingreifender sein kann als ein solches, das einen Schaden verursacht.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung der Patienten kann jedoch nicht unabhängig vom umgebenden System betrachtet werden:

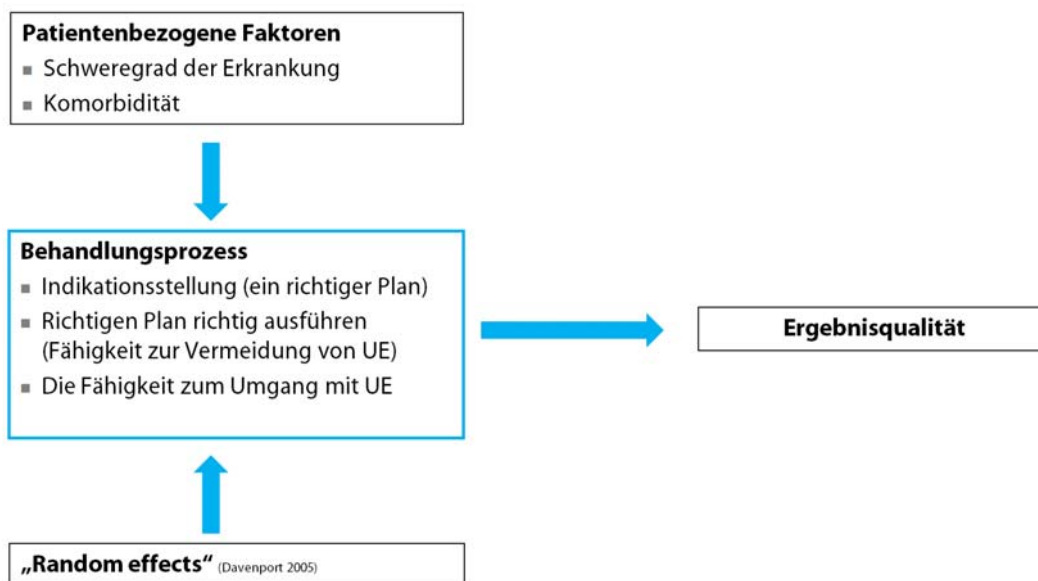


Abb.1: Einflußgrößen der Ergebnisqualität<sup>8</sup>

Wie der Grafik zu entnehmen ist, wird die Ergebnisqualität nachhaltig von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Als Einflußgrößen werden die patientenbezogenen Faktoren sowie die zufälligen Umgebungsvariablen des Behandlungssystems

<sup>6</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie/ Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/-depression/-index.html> 20.02.2011, 19:45 Uhr

<sup>7</sup> Woolf SH: Patient Safety Is Not Enough: Targeting Quality Improvements To Optimize the Health of the Population. Ann Intern Med. 2004. 140. 33-369

<sup>8</sup> Entnommen aus: Becker A: Vorlesungsreihe Patientensicherheit, Katho NRW, Abt. Köln, 2010.

tems („Random effects“) und der Versorgungsprozess an sich beschrieben. Durch das klinische Management direkt zu beeinflussen ist die Ebene des Behandlungsprozesses. Das Erreichen einer bestmöglichen Ergebnisqualität geht einher mit der Fähigkeit der Organisation zur Prävention und Vermeidung von unerwünschten Ereignissen (Fehler, Patientenschäden etc.).

Organisationale Reflexivität ist erforderlich, um bei auftretenden unerwünschten Ereignissen Korrekturmaßnahmen einleiten zu können.

Die Realisierung bestmöglicher Patientensicherheit kann in der Erreichung einer angemessenen Quote unerwünschter Ereignisse für das jeweilige System, sowie im angemessenen Umgang mit auftretenden unerwünschten Ereignissen gesehen werden.

Subsummiert besteht demnach der managerielle Anspruch in der Sicherstellung einer angemessenen Vorherbestimmbarkeit von Prozessen und ihren Ergebnissen.

Über meine langjährige Tätigkeit und der darin begründeten Erfahrungen in verschiedenen Bereichen des Qualitätsmanagements habe ich klinische Audits als wesentlichen Bestandteil der Qualitätssicherung schätzen gelernt. Sie ermöglichen einen Abgleich zwischen gesetzten Anforderungen und erlebter Wirklichkeit, liefern Informationen zur Prozeßtreue und ermöglichen eine externe Reflexion von sicherheitsrelevanten Faktoren. Hiermit können sie die Systemreagibilität in der Frage der Prävention unerwünschter Ereignisse verbessern helfen.

Durch direktes Ansetzen am Versorgungsprozess haben abgeleitete Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen sofortige Auswirkungen auf die Patientensicherheit.

Durch das etablierte gDRG-System müssen Veränderungen jedoch im Rahmen eines Vergütungssystems geschehen, innerhalb dessen Erlössteigerungen nur begrenzt möglich sind. Es besteht die Gefahr, dass Einsparungen vorgenommen werden, die weder der Patientensicherheit, noch der evidenzbasierten medizinisch-pflegerischen Versorgung einträglich sind.

Es gibt in der Literatur jedoch auch Hinweise, dass organisationale Veränderungen, die die Versorgungs- und Ergebnisqualität nachhaltig verbessern können, nicht zu Lasten der Wirtschaftlichkeit gehen (müssen). Das RHEINISCH-WESTFÄLISCHE INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (RWI) führt hierzu aus: „[...]Es lässt sich aber festhalten, dass eine höhere Wirtschaftlichkeit nicht zu



*Lasten der Qualität geht, sondern umgekehrt sogar mit höherer Qualität in Verbindung gebracht werden kann.[...]*<sup>9</sup>

Das Fokussieren auf den Versorgungsprozess ermöglicht Krankenhäusern innerhalb des bestehenden Wettbewerbs eine Abgrenzung und Differenzierung, was insbesondere für Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft als Wettbewerbsvorteil im Sinne der eigenen Werteorientierung gesehen werden kann. FISCHER (2010)<sup>10</sup> führt hierzu aus: *„In Zukunft wird für Krankenhäuser beides nötig sein: eine ethische Orientierung, die sich nicht von finanziellen Interessen korrumpieren lässt, sowie eine wirtschaftliche Gestaltung des Unternehmens Krankenhaus[...]. Diese Spannung zwischen Ökonomie und Ethik in menschen-dienlicher Weise zu bearbeiten, ist der Auftrag aller Krankenhäuser und Träger-einrichtungen.[...]“* Ethische Orientierung bedeutet im klinischen Management, Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer eine sichere und evidenzbasierte medizinisch-pflegerische Versorgung möglich ist.

Aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Aspekte lässt sich folgern, dass es in naher Zukunft zu (erforderlichen) strukturellen und prozessualen Änderungen auch in den Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung kommen wird. In dieser Hinsicht wird es eine wichtige Aufgabe sein, die Qualität der Versorgung systematisch zu monitorisieren, zu analysieren, zu stabilisieren und zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Qualitätssicherung im Fachbereich der Psychiatrie liefern, bei dem die Gestaltung klinischer Prozesse und die Patientensicherheit im Mittelpunkt des Interesses stehen.

---

<sup>9</sup> Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2008 - Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI, 04/2008, ISBN 978-3-86788-040-4, S.17

<sup>10</sup> Fischer M: Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. LIT Verlag Dr. W. Hopf, Berlin 2010. ISBN 978-3-8258-1549-3, S.101.

## 1.2 Wissensstand und Erfahrung

Nach Abschluss seines staatlichen Examens in der Krankenpflege im Oktober 2001 begann der Autor seine berufliche Tätigkeit auf einer Internistischen Intensivstation in einem Haus der Maximalversorgung.

Mit einem Stipendium der Stiftung Begabtenförderung Berufliche Bildung (SBB) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) absolvierte er 2002 eine einjährige Weiterbildung zum Qualitätsmanager und Internen Auditor nach EOQ-Curriculum, welcher sich die Personalzertifizierung durch die DGQ anschloss.

Im Rahmen der anschließenden Tätigkeit als Qualitätsmanagementbeauftragter auf der Intensivstation folgten in der Berufspraxis zahlreiche qualitätsbezogene Projekte.

Ein Schwerpunkt lag hier auf der Entwicklung und Einführung eines individuellen, teilweise standardisierten Pflegedokumentationssystems für den intensivpflegerischen Arbeitsbereich.

Im Jahr 2004 ergänzte der Autor seine fachlichen Qualifikationen durch einen Intensivkurs zum Lead-Auditor (IRCA/EOQ). Im selben Jahr erfolgte die Immatrikulation an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein Westfalen (KFHNW), Abteilung Köln, Studiengang Pflegemanagement. Parallel dazu blieb der Verfasser als Krankenpfleger sowie als Qualitätsmanager und Auditor tätig.

Ab Januar 2006 erfolgte in Zusammenarbeit mit einem Kommilitonen die Entwicklung eines Konzeptes für das ambulant betreute Wohnen für psychisch Kranke, welches als Grundlage für die Zulassung als Anbieter des ambulant betreuten Wohnens über den Landschaftsverband Rheinland diente.

Im Rahmen des Praxissemesters konnte das Unternehmen mit Hilfe eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO aufgebaut werden.

Seit Februar 2008 ist der Autor als Referent für den Bereich Qualitätssicherung in einem gemeinnützigen Krankenhausverbund beschäftigt und führt verantwortlich verschiedenste Projekte der Qualitätsentwicklung mit dem Schwerpunkt klinischer Auditverfahren in den Mitgliedshäusern durch.

Über die Akkreditierung als Zertifizierungsauditor bei einer Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme und weitere Fortbildungen in den Bereichen Qualitätsmanagement, klinisches Risikomanagement und systemische Fallanalysen

überblickt der Verfasser der Arbeit die Vielfalt gängiger Verfahren der Qualitätssicherung und –entwicklung. Im Oktober 2010 erfolgte die Immatrikulation an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO), Abteilung Köln im Masterstudiengang Pflegemanagement M.A., für dessen Abschlussarbeit der Autor mit der Entwicklung eines klinischen Auditverfahrens für den Fachbereich Psychiatrie beauftragt wurde.

### 1.3 Exkurs: Ist Psychiatrie auditierbar?

In Anlehnung an die einleitenden Worte von ISE<sup>11</sup> aus dem Jahr 2001, dass DRG in der Psychiatrie nicht anwendbar seien, existiert auch bezogen auf qualitätssichernde Verfahren von Seiten der therapeutisch tätigen Mitarbeiter oft ein eher abwehrendes Verhalten. In verschiedenen Vorgesprächen zur Erstellung dieser Arbeit habe ich häufig Worte zu hören bekommen wie „Psychiatrie ist nicht auditierbar, da standardisierte Abläufe in der Psychiatrie keinen Sinn machen“ oder „Die Therapie ist individuell für jeden Patienten anders, das kann man gar nicht so genau abbilden.“

Im Gegenpol hierzu sieht man innerhalb des Fachbereichs eine Fülle von Entwicklungen zur Qualitätssicherung. WOBROCK et al. (2009)<sup>12</sup> äussern sich zu Leitlinienimplementierung und Einsatz von Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie. Durch Nutzung von Routinedaten können Versorgungsprozess und Ergebnis abgebildet werden. Die Implementierung von Leitlinien soll zudem die Lücke zwischen optimaler Versorgung und Routinebehandlung verkleinern.

Auch andere Autoren, wie GAEBEL et al. (2009)<sup>13</sup> oder STEINERT et al. (2009)<sup>14</sup> geben umfangreiche Übersichten und Empfehlungen für die Anwendung von Qualitätsindikatoren. Hierbei spielt die Messung der Häufigkeit von Patientenübergriffen und freiheitsberaubenden Zwangsmaßnahmen bei stationären psychiatrischen Behandlungen eine wichtige Rolle.

Die DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE; PSYCHOTHERAPIE UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN)<sup>15</sup>; Deutschlands größte medizinische Fachgesellschaft des Fachbereichs Psychiatrie, erarbeitet und veröffentlicht seit vielen Jahren wissenschaftlich fundierte Leitlinien mit spezifischen Anforderungen für die psychiatrische Versorgung. In Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von weiteren medizinischen Fachgesellschaften hat die DGPPN im November 2009

---

<sup>11</sup> Ise, W.: DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar. *ku* (Krankenhaus Umschau). 2001. 70(1). 57-58.

<sup>12</sup> Wobrock T et al.: Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009. 259 (Suppl 2). S219-S226.

<sup>13</sup> F Gaebel et al.: Routinedaten in der Psychiatrie. *Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*; Steinkopff Verlag (ISBN: 978-3-7985-1874-2)

<sup>14</sup> Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergriffen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik*. 2009. 14. 44-48.

<sup>15</sup> (M.M.)<http://www.dgppn.de>, 28.02.2011, 19:45 Uhr

die S3-LEITLINIE/NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE UNIPOLARE DEPRESSION<sup>16</sup> publiziert.

Auch diese Entwicklungen lassen einen Trend zur evidenzbasierten Ausrichtung und Vernetzung zwischen den medizinischen Disziplinen erkennen. Zudem wird deutlich, dass durch Schaffung wissenschaftlich basierter „Mindeststandards“ in Behandlung und Versorgung auch die Standardisierung der Behandlungsverläufe zunimmt, was Qualitätsvergleiche und Auditierungen besser ermöglicht bzw. erleichtert.

Die DIN EN ISO 19011:2002<sup>17</sup> definiert ein Audit folgendermaßen:

*„Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditchweisen und zu deren Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit die Auditkriterien erfüllt sind.“*

Folgt man der Logik der Norm, können somit jedwede definierte Qualitätsanforderungen auditiert werden, was prinzipiell das Auditieren aller Bereiche ermöglicht.

Dies bedeutet also für das zu entwickelnde klinische Auditverfahren, dass die qualitativen Anforderungen zu definieren und transparent darzulegen sind, anhand derer in den Versorgungsbereichen ein Konformitätsabgleich erfolgen kann.

---

<sup>16</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005\\_S3\\_NVL\\_DGPPN-S3\\_Unipolare\\_Depression\\_kurz\\_12-2009\\_05-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005_S3_NVL_DGPPN-S3_Unipolare_Depression_kurz_12-2009_05-2013.pdf) 20.02.2011, 19:45 Uhr

<sup>17</sup> DIN EN ISO 19011:2002. In: Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): DIN Taschenbuch 226 Qualitätsmanagement. QM-Systeme und –verfahren. 7.Auflage, Beuth Verlag, Berlin 2009.

## 1.4 Zielsetzung

Es soll ein klinisches Auditverfahren entwickelt werden, das relevante qualitative Dimensionen der stationären psychiatrischen Versorgung abdeckt. Hierzu soll vorhandenes Wissen genutzt, abstrahiert und spezifisch adaptiert werden. Als Arbeitshypothese wird vorausgesetzt, dass es objektivierbare Kriterien gibt, anhand derer auditiert werden kann. Diese gilt es auszufiltern und anschließend zu operationalisieren.

Zudem soll die Entwicklung in das bestehende Auditverfahren des CLINOTEL-Krankenhausverbundes integriert werden.

Der CLINOTEL-Krankenhausverbund ist ein Zusammenschluß von derzeit 30 Mitgliedshäusern in gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft, das Auditverfahren ist verbundweit verfügbar. Es ist in einem Handbuch definiert, inhaltliche Kategorien werden über den CLINOTEL-Auditkatalog abgebildet (siehe 2.2). Die Entwicklung und Abbildung allgemeiner Anforderungen des Qualitätsmanagements sowie weiterer übergeordneter Themen (z.B. allgemeine Dokumentationsanforderungen, Hygienemanagement etc.) ist bereits erfolgt und Bestandteil des bestehenden Verfahrens.

Der Auditkatalog soll um den spezifischen Fachbereich der psychiatrischen Versorgung erweitert werden. Das klinische Auditverfahren soll als Instrument der Qualitätssicherung für das klinische Lenken und Leiten anwendbar sein. Ferner soll es sich eignen, im Rahmen der organisationsinternen Qualitätsentwicklung eine Reflexion der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu ermöglichen.

## 2. THEORETISCHER TEIL

### 2.1 Grundlagen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen ist das Qualitätsmanagement gesetzlich verankert. Gleichwohl finden sich verschiedene Möglichkeiten zur Anwendung und Ausgestaltung, die nachfolgend vorgestellt werden.

#### 2.1.1 Gesetzliche Anforderungen

Die PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (Psych-PV)<sup>18</sup> (1991) ist eine wesentliche gesetzliche Grundlage im Fachbereich der Psychiatrie und wurde zur Verbesserung der Behandlungsqualität in psychiatrischen Kliniken erlassen, zudem sollte ein geregelter Personalzuwachs realisiert werden. Die modernisierte psychiatrische Krankenhausbehandlung basiert hiernach auf folgenden Rahmenbedingungen:

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

Hieraus wird ersichtlich, dass auf Ebene der ersten gesetzlichen Grundlage, beispielsweise über die Überprüfung des eingesetzten Personals Ansätze für ein Auditverfahren generiert werden können.

Darauf aufbauend wurde vom BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT bereits 1996 die Erarbeitung des LEITFADEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER PSYCHIATRIE<sup>19</sup> beauftragt. Hiermit sollte die Entwicklung des Qualitätsmanagements in Psychiatrischen Kliniken durch Anregung der beteiligten Mitarbeiter

---

<sup>18</sup> Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV) <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf>, 08.02.2011, 22:03 Uhr

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

sowie Krankenhausträger hinsichtlich Ihrer Verantwortung für die ihnen anvertrauten Patienten angestoßen werden. Gleichzeitig fordert er auf, die Leitlinienentwicklung voranzutreiben und vergleichende Qualitätssicherungsprogramme und Richtlinien für die Weiterbildung der therapeutischen Berufsgruppen aufzulegen. Als Grundlage für die Versorgung in psychiatrischen Kliniken werden folgende Qualitätsanforderungen (Ziel- und Handlungsvorgaben) definiert:

<b>Qualitätsanforderungen (Ziel- und Handlungsvorgaben)</b>	
	<b>Behandlungsziele</b>
A)	Verminderung psychopathologischer Symptomatik
B)	Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance
C)	Förderung der sozialen Integration
	<b>Vorrangige Absichten</b>
D)	Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten
E)	Nutzerzufriedenheit
F)	Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz
G)	Rechtssicherheit
H)	Positive Wirkung nach außen
	<b>Mittel / Organisation</b>
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
	<b>Optimale Nutzung der Ressourcen</b>
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

Abb.2: Qualitätsanforderungen für Psychiatrische Kliniken.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Entnommen aus: Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)



Die Qualitätsanforderungen werden in einer Kontextmatrix den jeweiligen Prozessschritten des Behandlungsverlaufs zugeordnet (Aufnahme → Verlegung/Entlassung) und sind somit in der Praxis leichter überprüfbar.

Über dieses Instrument sollen in den Fokus der Beobachtung genommen werden:

- Patient (Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis)
- Behandlungseinheit (Behandlungskonzept und praktische Umsetzung im multiprofessionellen Team)
- Institution (stationsübergreifende Konzepte, Rahmenbedingungen)

Dieser Leitfaden war als Anregung zur Entwicklung konzipiert, aber nicht gesetzlich kodifiziert, gleichwohl lassen sich die Qualitätsanforderungen in einem Auditverfahren nutzen. Die Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement sind aktuell über das Sozialgesetzbuch verbindlich festgeschrieben.

Das FÜNFTE SOZIALGESETZBUCH (SGB V)<sup>21</sup> regelt die Leistungen, Anforderungen, Rechte und Pflichten der Krankenkassen und aller beteiligten Leistungserbringer in der öffentlichen Krankenversicherung.

Der § 70 (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit) äussert sich in Absatz (1) zur Qualitätsanforderung in der Versorgung: *„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“*

Des Weiteren wird im § 135a (*Verpflichtung zur Qualitätssicherung*) die Verpflichtung zur Qualitätssicherung festgeschrieben:

*„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“*

---

<sup>21</sup> (M.M.) [http://www.bundesrecht.juris.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_5/BJNR024820988.html) 25.02.2011, 20:19 Uhr

*(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet,*

*1.*

*sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und*

*2.*

*einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“*

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass alle Einrichtungen der Krankenversorgung – zu denen auch die psychiatrischen Kliniken zählen – dazu gesetzlich verpflichtet sind, die fachlich gebotene Qualität der Versorgung zu liefern, qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu etablieren.

## 2.1.2 DIN EN ISO 9001:2008

Die DIN EN ISO 9001:2008 „*Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen*“<sup>22</sup> ist eine von drei internationalen branchenübergreifenden Normen zum Qualitätsmanagement, die von der ISO (International Organization for Standardization), einer weltweiten Vereinigung nationaler Normungsinstitute erarbeitet wurde. Diese Norm legt die Anforderungen an ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem fest und wird bezeichnet als sog. „Nachweisnorm“. Im Rahmen eines Audits nach DIN EN ISO 9001:2008 wird die Konformität mit den Anforderungen überprüft. Die aktuell gültige Version ist die 4. Revision der seit 1987 international implementierten Norm. Sie ist branchenübergreifend gültig.

Folgende Inhalte werden abgebildet:

- Verträglichkeit mit anderen Managementsystemen
- Anwendungsbereich und Anwendung
- Normative Verweisungen (Hinweise auf die „Normenfamilie DIN EN ISO 9000 ff., Anm. d. Verf.)
- Begriffe
- Qualitätsmanagementsystem
  - Allgemeine Anforderungen
  - Dokumentationsanforderungen
- Verantwortung der Leitung
  - Selbstverpflichtung der Leitung
  - Kundenorientierung
  - Qualitätspolitik
  - Planung
  - Managementbewertung
- Management von Ressourcen
  - Bereitstellung von Ressourcen
  - Personelle Ressourcen
  - Infrastruktur
  - Arbeitsumgebung
- Produktrealisierung (Auch Dienstleistungen sind Produkte, Anm. d. Verf.)
  - Planung der Produktrealisierung
  - Kundenbezogene Prozesse

---

<sup>22</sup> (M.M.) <http://www.iso.org> 12.02.2011, 20:17 Uhr

- Entwicklung
- Beschaffung
- Produktion und Dienstleistungserbringung
- Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln
- Messung, Analyse und Verbesserung
  - Allgemeines
  - Überwachung und Messung
  - Lenkung fehlerhafter Produkte
  - Datenanalyse
  - Verbesserung

Die Inhalte folgen einem prozessorientierten Managementansatz auf der Basis objektiver Daten. Dieser basiert auf der ständigen Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems.

EN ISO 9001:2008 (D/E/F)

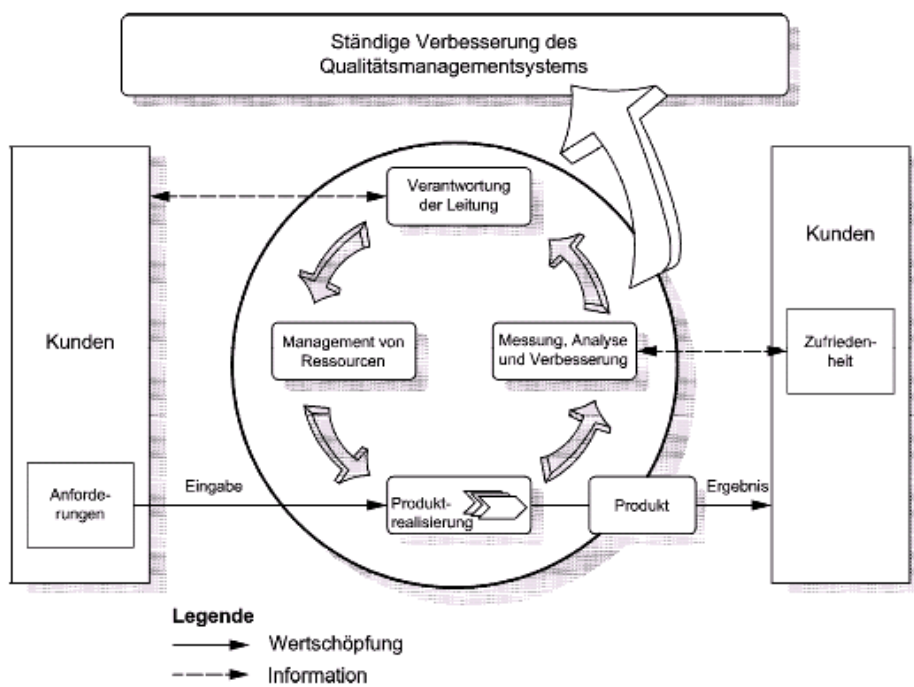


Bild 1 — Modell eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems

Abb.2: Modell eines Qualitätsmanagementsystems<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Entnommen aus: Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagementsysteme –Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.

### 2.1.3 KTQ

Die KOOPERATION FÜR TRANSPARENZ UND QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN<sup>24</sup>, (KTQ® GmbH) ist eine 2001 gegründete, von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und (seit 2004) dem Hartmannbund getragene GmbH mit dem Ziel der Zertifizierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens und damit der Verbesserung und Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung. Aus einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekt 1997 entstanden, werden heute Zertifizierungen für Krankenhäuser, Praxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen angeboten. Die KTQ führt auf ihrer Homepage dazu folgendermaßen aus:

*„Das KTQ-Verfahren ist auf die speziellen Anforderungen in den Bereichen Krankenhäuser, Niedergelassene Praxen und MVZ, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen ausgelegt. Ziel der KTQ-Zertifizierung war und ist stets die Verbesserung und Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung.“*

Im KTQ-Katalog sind die Kriterien zur Qualitätssicherung in sechs Kategorien zusammengestellt, die im Rahmen der Zertifizierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens abgefragt werden, um Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe in der medizinischen Versorgung treffen zu können. Diese Kategorien sind:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Informationswesen
- Führung und
- Qualitätsmanagement.“<sup>25</sup>

Das KTQ-Manual/KTQ-Katalog Krankenhaus 2009<sup>26</sup> ist der derzeit gültige Anforderungskatalog, das Zertifizierungsverfahren besteht aus einer Selbst- und einer Fremdbewertung.

---

<sup>24</sup> (M.M.) <http://www.ktq.de> 12.02.2011, 21:36 Uhr

<sup>25</sup> (M.M.) <http://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html> 12.02.2011, 21:36 Uhr

<sup>26</sup> KTQ-Manual/KTQ-Katalog 2009 Krankenhaus. Fachverlag Matthias Grimm, Berlin 2009. ISBN 978-3-940286-16-1.

## 2.1.4 Joint Commission

Die JOINT COMMISSION INTERNATIONAL<sup>27</sup> ist der internationale Zweig der Joint Commission (USA)<sup>28</sup>. Die Joint Commission ist eine unabhängige US-amerikanische Non-Profit-Organisation, deren Anfänge bis 1910 zurückreichen. Das übergeordnete Ziel ist die Erreichung höchstmöglicher Patientensicherheit sowie kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse. Mittlerweile sind durch die seit 1951 in heutiger Form tätige Joint Commission mehr als 19.000 Organisationen im Gesundheitswesen akkreditiert/zertifiziert.

Die Joint Commission hat ihr Akkreditierungs- und Zertifizierungsprogramm für Krankenhäuser<sup>29</sup> in mittlerweile 3. Auflage (gültig seit 2008) auf dem Markt. Nach diesem Anforderungskatalog können sich auch deutsche Krankenhäuser zertifizieren lassen.

Unter Berücksichtigung Internationaler Patientensicherheitsziele werden folgende Kategorien abgeprüft:

- Patientenorientierte Standards
  - Zugang zur und Kontinuität der Behandlung (ACC)
  - Patienten- und Familienrechte (PFR)
  - Assessment von Patienten (AOP)
  - Behandlung von Patienten (COP)
  - Anästhesie und chirurgische Behandlung (ASC)
  - Management und Gebrauch von Arzneimitteln (MMU)
  - Schulung von Patienten und deren Angehörigen (PFE)
- Organisationsorientierte und Managementstandards der Gesundheitseinrichtung
  - Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit (QPS)
  - Prävention und Kontrolle von Infektionen (PCI)
  - Steuerung, Führung und Leitung (GLD)
  - Anlagenmanagement und Sicherheit (FMS)
  - Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung (SQE)
  - Kommunikations- und Informationsmanagement (MCI)

---

<sup>27</sup> (M.M.) <http://www.jointcommissioninternational.org/> 12.02.2011, 22:16 Uhr

<sup>28</sup> (M.M.) <http://www.jointcommission.org/> 12.02.2011, 22:12 Uhr

<sup>29</sup> Joint Commission International. Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser. 3. Auflage 2008.

Das Akkreditierungsverfahren der JCI stellt das umfangreichste und spezifischste Verfahren dar, das derzeit in Deutschland zur Anwendung kommt. In Deutschland sind 5 Krankenhäuser akkreditiert.

## 2.1.5 PPQ

Der BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE e.V. hat in Zusammenarbeit mit dem CARITAS BEHINDERTENHILFE UND PSYCHIATRIE e.V. ein im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie entwickeltes, leitzielorientiertes Qualitätsmanagementsystem mit dem Namen PPQ<sup>30</sup> - PRO PSYCHIATRIE QUALITÄT herausgegeben. In der Version von 2009 werden folgende fachlich-ethische Leitziele berücksichtigt:

- Würde achten- Rechte sicherstellen
- Selbstbestimmung wahren- Eigenverantwortung stärken
- Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit übernehmen
- Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen
- Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten
- Leiden und Symptome vermindern
- Mit Ressourcen nachhaltig umgehen

Das Qualitätsmanagementsystem baut sich über sechs PPQ-Qualitätsdimensionen auf, denen sich alle Aktivitäten in der (sozial-) psychiatrischen Versorgung zuordnen lassen:

- Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation
- Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen
- Beteiligung der Angehörigen
- Gemeinwesenorientierung
- Organisationsentwicklung
- Personalentwicklung

Triologisch entwickelte Qualitätsindikatoren bilden die Grundlage für die Auswahl der geeigneten Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements.

Dieses Manual wurde über die systematische Literaturrecherche aufgefunden, zu der an späterer Stelle ausgeführt wird.

Es bildet in der weiteren Entwicklung eine wichtige Grundlage.

---

<sup>30</sup> Bundesverband evang. Behinderhilfe e.V. (Hrsg.); ProPsychiatrieQualität; Psychiatrie-Verlag GmbH 2009 (ISBN 978-3-88414-474-9)



## 2.2 Systematik im CLINOTEL-Auditverfahren

Das CLINOTEL-Auditverfahren ist in einem Handbuch<sup>31</sup> festgeschrieben und richtet sich nach der international gültigen Auditnorm DIN EN ISO 19011:2002<sup>32</sup>. Die Auditleitung übernimmt ein Auditor der CLINOTEL-Geschäftsstelle, der über die in der DIN EN ISO 19011:2002 beschriebenen Qualifikationen verfügt und über eine Zertifizierungsorganisation als Zertifizierungsauditor akkreditiert ist. Das Auditteam wird durch einen oder mehrere Fachexperten ergänzt, die aus den Verbundkrankenhäusern rekrutiert werden.

Fachexperten verfügen im Sinne der DIN EN ISO 19011 als Mindestanforderung über spezifische Kenntnisse zu Prozessen, die sie in die Lage versetzen, den Zusammenhang zu verstehen, in welchem das Audit durchgeführt wird. In der Regel wird die Funktion der Fachexperten durch leitende Ärzte und/oder leitende Pflegepersonen in Abhängigkeit des zu auditierenden Bereiches übernommen.

Der CLINOTEL-Auditkatalog<sup>33</sup> ist ein Dokument, das kontinuierlich aktualisiert wird und als transparentes Arbeitsmittel für Qualitätsaudits dient.

Der Katalog beinhaltet alle wesentlichen im deutschen Gesundheitswesen vertretenen Anforderungskataloge und Qualitätsregelwerke (DIN EN ISO 9001:2008; KTQ-Manual 2009; JCI 2008) zur Begutachtung der Erfüllung der entsprechenden Anforderungen in den Mitgliedshäusern. Zudem finden sich allgemeine und für die einzelnen Fachbereiche spezifische Anforderungen und können im Sinne einer „Menüwahl“ für jedes Audit zusammengestellt werden.

Die möglichen Themen sind spezifischen Kategorien zugeordnet (Auszug):

- Verantwortung der Leitung
  - Qualitätspolitik und Qualitätsziele
  - Qualitätssicherung und Patientensicherheit
  - Gestaltung von klinischen Prozessen
  - Managementbewertung

---

<sup>31</sup> Hinweis: Das CLINOTEL-Audithandbuch in seiner derzeit gültigen Fassung liegt dem Erstbetreuer dieser Arbeit vor.

<sup>32</sup> DIN EN ISO 19011:2002. In: Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): DIN Taschenbuch 226 Qualitätsmanagement. QM-Systeme und –verfahren. 7.Auflage, Beuth Verlag, Berlin 2009.

<sup>33</sup> Hinweis: Der CLINOTEL-Auditkatalog in seiner derzeit gültigen Fassung liegt dem Erstbetreuer dieser Arbeit vor.

- Dokumentationsanforderungen
  - Sichere Dokumente
  - Sichere Aufzeichnungen
- Personal
  - Verantwortung und Befugnis
  - Schulung und Fortbildung
- Sicherheit
- Messen, Analysieren, Verbessern
  - Kundenzufriedenheit
  - Interne Audits
  - Verbesserung und Vorbeugung
- Administrative Prozesse
- Klinische Prozesse
  - Prävention und Kontrolle von Infektionen
  - Prävention und Kontrolle von Risiken
  - Schmerztherapie
  - Sichere Kommunikation
  - Sichere Identifikation
  - Sichere Transporte
  - Sichere Arzneimittel
  - Medizinisches Notfallmanagement
- Klinische Patientenpfade
  - Akutes Koronarsyndrom
  - Akuter ischämischer Schlaganfall
- Organisationseinheiten
  - Anästhesie
  - Aufwachraum
  - Intensivstation
  - Geburtshilfe
  - Neugeborenenstation
  - Notaufnahme
  - Operationsbereich
- Sicheres Transfusionswesen

### 2.3 Grundlegendes zur Literaturrecherche

Es erfolgte zu Beginn die Sichtung von Leitlinien aus dem psychiatrischen Bereich über den Zugang der ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN e.V. (AWMF)<sup>34</sup>. Hierin wurde bereits auf erster Ebene die prinzipielle Möglichkeit bestätigt, für den Fachbereich relevante Literatur auffinden zu können. Eine Stichwortsuche in der Datenbank MEDLINE über das PubMed-Frontend ermöglichte die Festlegung relevanter Suchbegriffe zum Thema.

Die umfassende Literaturrecherche wurde nach folgendem Schema durchgeführt:

1. Datenbank WISE (Qualifikationsarbeiten)
2. Leitlinienrecherche über AWMF und SIGN
3. Cochrane Library
4. Fachdatenbanken
5. Sichtung des Karlsruher-Virtuellen-Katalogs und der ZB-MED (Recherche nach Büchern und Fachartikeln)
6. Sichtung von Eigenbeständen sowie separate Literaturempfehlungen

---

<sup>34</sup> (M.M.) <http://www.awmf.org/die-awmf.html>, 24.02.2011, 20:00 Uhr

### **2.3.1 Grundlegendes zur Datenbankrecherche**

Die Datenbankrecherche erfolgte über die Cochrane Library, Psynindex, PubMed (MEDLINE), WISE und ZBMed/MedPilot.

Aufgrund der rasanten Entwicklungen der letzten Jahre in der Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wurden hinsichtlich der Aktualität ausschließlich Publikationen des Publikationszeitraumes 2001-2011 einbezogen.

Um ein möglichst breites Spektrum zu erreichen, wurde überwiegend mit Trunkierungen der Wortstämme gearbeitet, je nach Aufbau des Thesaurus der verschiedenen Datenbanken wurden die Suchstrategien wie angegeben ggf. leicht modifiziert.

### **2.3.2 Festlegung der Suchbegriffe**

Nach Prüfung der Datenbanken erwiesen sich folgende Suchbegriffe als sinnvoll:

- Psych\*
- Psych\* AND qual\*
- Psych\* AND audit\*

Über den Wortstamm "Psych\*" lassen sich alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen und Themen ausfiltern, der Stamm "Qual\*" ermöglicht das Abdecken aller Bereiche der Qualitätssicherung bis zur Qualitätsentwicklung im deutschen wie im englischen Sprachgebrauch. Da es sich beim vorliegenden Gegenstand um die Entwicklung eines klinischen Auditverfahrens handelt, sollten mit dem Begriff "Audit\*" auch hier alle relevanten Publikationen aufgefunden werden können.

Alle spezifisch angepassten Suchbegriffe (in Abhängigkeit vom jeweiligen Thesaurus) werden für jede Datenbank separat aufgeführt.

### 2.3.3 Darstellungsform der Rechercheergebnisse

Als Basis für die Darstellung der Ergebnisse wird folgendes Raster verwendet:

Institution	z.B.: Ort der Bibliothek
Datenbank(en)	Name der Datenbank
Suchbegriff(e)	z.B.: Schlagwort "x" oder Signatur "y"
Treffer	Anzahl der Treffer

Nr.	Autor	Titel	Jahr	einbezogen	Begründung
x	Name Vorname	Titel oder Thema der Lite- ratur	Erscheinungs- jahr	ja oder nein	Begründung der Relevanz

**Abb.3: Darstellungsschema zur Literaturrecherche**

## 2.4 Recherche WISE

Auf der Homepage des DEUTSCHEN INSTITUTS FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG e.V. (DIP)<sup>35</sup> findet sich folgender Eintrag: *„Wissenschaftliches Wissen wird auf vielfältige Weise veröffentlicht. Artikel in Fachzeitschriften und Buchpublikationen sind leicht zugänglich. Die Forschungsergebnisse, die in Abschlussarbeiten aus Gesundheits- und Pflegestudiengängen beschrieben werden, sind dagegen weder einfach zu finden noch leicht zu beschaffen. Durch die Datenbank WISE wird diese sogenannte „graue Literatur“ zugänglich. Sie listet u.a. Abschlussarbeiten aus Pflegestudiengängen (z.B. Diplom-, Bachelor- und Masterarbeiten, Dissertationen und Projektberichte).“*

Dieses Wissen sollte auch in die Arbeit einfließen, daher wurden alle Arbeiten gesichtet, die unter dem Begriff „Psychiatrie“ verschlagwortet waren.

### 2.4.1 Rechercheergebnisse WISE

Institution	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)
Datenbank(en)	WISE
Suchbegriff(e)	Psychiatrie
Treffer	8

---

<sup>35</sup> (M.M.): <http://www.dip.de/datenbank-wise/informationen-zu-wise/> 08.02.2011, 21:00 Uhr

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Nützel C	Handlungsoptionen des Managements zur Prävention von Gewalt durch Patienten in der Psychiatrie.	2010	ja	Grundlegendes zum Thema Beeinflussbarkeit durch das Management.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Höken-schnieder M	Was führt zu Patientenübergriffen in der forensischen Psychiatrie.	2006	nein	Zu spezifische Arbeit aus der Forensik.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Surweh-me M	Pflegestandards in der Psychiatrie. Entwicklung Beweggründe.	2003	nein	Behandelt allgemeine Pflegestandards in der Psychiatrie. Kein direkter Themenbezug.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Kruppa T	Entwicklung eines EDV-gestützten Pflegeplanungs- und Dokumentationssystems zur Erfassung und Evaluation pflegerischer Leistungen am Beispiel einer definierten Fallgruppe	2001	nein	Bewertet ein EDV-System in der Psychiatrie. Kein direkter Bezug.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Mazola R	Die Berücksichtigung psychischer Gesundheit älterer Menschen in der Pflegedokumentation	2001	nein	Kein direkter Bezug zum Thema.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Tauch JW	Professionalisierung der Innerbetrieblichen Fortbildung. Eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege.	1999	nein	Zu spezifische Arbeit zur innerbetrieblichen Fortbildung. Keine Relevanz für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
7	Falkenstein D	Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel. Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf.	1998	nein	Geschichtliche Abhandlung, kein direkter Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
8	Ohnesorge B	Multiprofessionelle Teams in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Interaktion zwischen der Berufsgruppe der Pflegenden und der Ärzte.	1996	nein	Bewertet Interaktionen in multiprofessionellen Teams. Kein direkter Bezug zum Thema.



## 2.4.2 Rechercheergebnisbewertung WISE

Über die breit angelegte Suche wurden 8 Arbeiten aufgefunden, von denen lediglich die Arbeit von NÜTZEL (2010)<sup>36</sup> Relevanz aufwies.

## 2.4.3 Vorstellung einbezogener Publikationen WISE

Die Arbeit von NÜTZEL (2010)<sup>37</sup> befasst sich mit der Beeinflussbarkeit des Phänomens „Gewalt durch Patienten“ durch das Management. Da es sich bei einem klinischen Auditverfahren ebenfalls um eine Intervention des Managements handelt, kann die Arbeit im Allgemeinen als übertragbar berücksichtigt werden.

---

<sup>36</sup> Nützel C: Handlungsoptionen des Managements zur Prävention von Gewalt durch Patienten in der Psychiatrie. Diplomarbeit, Hamburger Fernhochschule (HFH), 2010, [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=615](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=615)

<sup>37</sup> Nützel C: Handlungsoptionen des Managements zur Prävention von Gewalt durch Patienten in der Psychiatrie. Diplomarbeit, Hamburger Fernhochschule (HFH), 2010, [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=615](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=615)

## 2.5 Recherche Leitlinien

Bei der Suche nach Leitlinien und Reviews wurden einschlägige Online-Medien aufgesucht, die einen Schwerpunkt auf Leitlinien-Implementierung und auf Versorgungsforschung legen, um besonders nah an der Forschungshypothese zu bleiben.

### 2.5.1 Recherche DNQP

*„Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ist ein bundesweiter Zusammenschluss von FachkollegInnen in der Pflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. Übergreifende Zielsetzung des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Praxis- und Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege. Die inhaltliche Steuerung des DNQP erfolgt durch einen Lenkungsausschuss, dessen Mitglieder in unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Pflege tätig sind und sich dort mit Fragen der Qualitätsentwicklung in der Pflege befassen. Es handelt sich um VertreterInnen aus Pflegewissenschaft, -management, -lehre und -praxis. Für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen steht ein wissenschaftliches Team an der Hochschule Osnabrück zur Verfügung.“<sup>38</sup>*

### 2.5.2 Rechercheergebnisse DNQP

Für den Bereich der psychiatrischen Pflege existieren derzeit keine nationalen Expertenstandards.

---

<sup>38</sup> (MM): <http://www.dnqp.de/>, 24.02.2011, 19:35 Uhr

### 2.5.3 Recherche AWMF

„Die AWMF ist das Netzwerk der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland. In der 1962 gegründeten Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) sind derzeit 158 wissenschaftlich arbeitende medizinische Fachgesellschaften organisiert.“<sup>39</sup>

Bei der Recherche wurden alle Leitlinien aus dem Fachbereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde gesichtet und bewertet. Zum Zeitpunkt der Recherche existierten 9 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie Beteiligung an 3 weiteren (fächerübergreifenden) Leitlinien.

### 2.5.4 Rechercheergebnisse AWMF

Institution	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
Datenbank(en)	Online-Bestand
Suchbegriff(e)	Leitlinien nach Fachgebiet Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Treffer	12

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	DGPPN et al.	Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen	2007	nein	Interdisziplinäre Leitlinie zur Begutachtung, kein direkter Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	DGPPN	S3-Leitlinie Schizophrenie	2005	ja	Behandlungsleitlinie für die Schizophrenie, klare Aussagen über den prozessualen Ablauf sowie Struktur und Prozesskriterien.

<sup>39</sup> (MM) <http://www.awmf.org/die-awmf.html>, 24.02.2011, 20:00 Uhr

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	DGPPN, DGN	S3-Leitlinie Demenzen	2009	nein	Leitlinie mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt, daher nicht einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr/Ort	Einb.	Begründung
4	DGPPN et al.	S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen	2008	ja	Behandlungsleitlinie für Persönlichkeitsstörungen, klare Aussagen über den prozessualen Ablauf sowie Struktur und Prozesskriterien.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	DGPPN	S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressive Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie	2008	ja	Beschreibt relevante Kriterien der Prävention, Prädiktion und Therapie aggressiven Verhaltens im Fachbereich.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	DGPPN et al.	S3-Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgie-syndroms	2008	nein	Zu spezifisch (einzelnes Krankheitsbild).
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
7	DGPPN et al.	S2+IDA-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung	2008	nein	Bereits in Leitlinie beschrieben, dass das vorhandene Wissen unzureichend ist.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
8	DGPPN, DG- Sucht	S2-Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen	2003	nein	Bezug überwiegend auf den (ambulanten) nachstationären Bereich
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
9	DGPPN	S2-Leitlinie Medikamenten-abhängigkeit	2006	ja	Teilweiser Bezug auf den stationären Bereich. Ggf. nutzbar.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
10	DGAI et al.	Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin.	2009	nein	Übersichtsarbeit eines spezifischen Fachbereichs. Nicht relevant.
Nr	Autor	Titel	Jahr/Ort	Einb.	Begründung
11	DGPM et al.	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen	2010	nein	Fokus stark auf Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenig prozessuale Kriterien.
Nr	Autor	Titel	Jahr/Ort	Einb.	Begründung
12	DGPPN et al.	S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression	2009	ja	Gute Übersichtsarbeit zu einer der häufigsten Diagnosen im psychiatrischen Bereich. Umfangreiche Angaben (u.a. Flowcharts) zu Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität.

### 2.5.5 Recherche SIGN

Das SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN) beschreibt wie folgt seinen Aufgabenbereich:

*„The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) develops evidence based clinical practice guidelines for the National Health Service (NHS) in Scotland. SIGN guidelines are derived from a systematic review of the scientific literature and are designed as a vehicle for accelerating the translation of new knowledge into action to meet our aim of reducing variations in practice, and improving patient-important outcomes.“<sup>40</sup>*

Das SIGN hat für englischsprachige Publikationen in der Fachwelt einen hervorragenden Ruf, insofern wird eine Recherche in den Online-Beständen als wesentlich angesehen.

Durchsucht wurde der Bereich „Mental Health“, es wurden zum Recherchezeitpunkt 8 aktive Leitlinien angezeigt, von denen die Leitlinie zur Postnatalen Depression und Puerperalen Psychose sofort ausgeschlossen wurde. In der Darstellung finden sich demnach 7 Publikationen.

### 2.5.6 Rechercheergebnisse SIGN

Institution	The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
Datenbank(en)	Online-Bestand
Suchbegriff(e)	Leitlinien nach Fachgebiet Mental Health
Treffer	7

---

<sup>40</sup> (M.M.) <http://www.sign.ac.uk/about/index.html> 20.02.2011, 22:12 Uhr

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	SIGN	Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline.	2010	ja	Zeigt Struktur- und Prozessmerkmale auf, die sich qualitativ überprüfen lassen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	SIGN	Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline.	2009	nein	Fokussiert auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kein direkter Themenbezug.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	SIGN	Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline.	2007	nein	Fokussiert auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kein direkter Themenbezug.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	SIGN	Management of patients with dementia. A national clinical guideline.	2006	nein	Leitlinie mit rein gerontopsychiatrischem Schwerpunkt, daher nicht einbezogen
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	SIGN	Bipolar affective disorder. A national clinical guideline.	2005	ja	Zeigt Struktur- und Prozessmerkmale für die Versorgung eines häufigen Krankheitsbildes auf. Als Kontextliteratur einbezogen.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	SIGN	The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline.	2003	nein	Leitlinie richtet sich nicht an Patienten, die sich bereits in psychiatrischen Krankenhäusern befinden, daher nicht relevant.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
7	SIGN	Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia	1998	nein	Wird von den Autoren als überarbeitungswürdig angezeigt, neuere Version aber nicht verfügbar.

### 2.5.7 Rechercheergebnisbewertung Leitlinienrecherche

Die Leitlinienrecherche erwies sich insgesamt als ergiebig. So wurden über die AWMF 5 Publikationen ausfindig gemacht, die relevante Aussagen zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Versorgung ermöglichen. Über die schottische SIGN konnten 2 weitere Leitlinien einbezogen werden, im pflegerischen Bereich sind keine aussagekräftigen Publikationen aufgefunden worden.

### 2.5.8 Vorstellung einbezogener Publikationen Leitlinienrecherche

Über die einbezogenen Leitlinien wird ein zügiges Einarbeiten in relevante Themenbereiche der akuten psychiatrischen Versorgung ermöglicht, zudem kann der Versorgungsprozess patientenbezogen durchleuchtet und hinterfragt werden. Alle einbezogenen Leitlinien weisen eine hohe Güte auf (S2 oder S3-Leitlinien) und werden kurz vorgestellt:



## **AWMF**

- S3 Leitlinie Schizophrenie: Behandlungsleitlinie für die Schizophrenie, klare Aussagen über den prozessualen Ablauf sowie Struktur und Prozesskriterien.
- S2-Leitlinie-Persönlichkeitsstörungen: Behandlungsleitlinie für Persönlichkeitsstörungen, klare Aussagen über den prozessualen Ablauf sowie Struktur und Prozesskriterien.
- S2-Leitlinie-Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie: Beschreibt relevante Kriterien der Prävention, Prädiktion und Therapie aggressiven Verhaltens im Fachbereich.
- S2-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit: Teilweiser Bezug auf den stationären Bereich.
- S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression: Gute Übersichtsarbeit zu einer der häufigsten Diagnosen im psychiatrischen Bereich. Umfangreiche Angaben (u.a. Flowcharts) zu Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität.

## **SIGN**

- Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline: Zeigt Struktur- und Prozessmerkmale auf, insbesondere für „weiche Interventionen“.
- Bipolar affective disorder. A national clinical guideline: Zeigt Struktur- und Prozessmerkmale für die Versorgung eines häufigen Krankheitsbildes auf.

## 2.6 Recherche Cochrane-Library

Die COCHRANE COLLABORATION „ist eine internationale gemeinnützige Organisation mit dem Ziel, aktuelle medizinische Informationen und Evidenz zu therapeutischen Fragen allgemein verfügbar zu machen. Ziel ist es, allen Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen, Entscheidungen zu erleichtern und Patienten aufzuklären und zu beraten. Erreicht wird dies vor allem durch die Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten ("systematic reviews"). Die Cochrane Collaboration wurde 1993 gegründet und nach dem britischen Epidemiologen Sir Archibald Lemnan Cochrane benannt. Das wichtigste Produkt der Collaboration ist die Datenbank systematischer Übersichtsarbeiten, die "Cochrane Database of Systematic Reviews", welche vierteljährlich als Teil der Cochrane Library publiziert wird.“<sup>41</sup>

Die Datenbanken der Cochrane-Library sind inhaltlich geordnet und systematisch aufgebaut.

Die für das Thema relevante Datenbank „Cochrane Reviews“ (ehemals Cochrane Database of systematic Reviews) wurde durchsucht.

### 2.6.1 Rechercheergebnisse Cochrane-Library

Suchstrategie 1:

Institution	Cochrane Collaboration
Datenbank(en)	Cochrane Reviews
Suchbegriff(e)	Psych*[Title, Abstract or Keywords]
<b>Gesamttreffer</b>	<b>727</b>

---

<sup>41</sup> (M.M.): <http://www.cochrane.de/de/arbeitsgebiet-cc> 5.3.2011, 19:00h

Es wurde weiter eingeschränkt:

Institution	Cochrane Collaboration
Datenbank(en)	Cochrane Reviews
Suchbegriff(e)	Psych* AND Qual* [Title, Abstract or Keywords]
<b>Gesamttreffer</b>	<b>490</b>

Nach Sichtung der Treffer wurde festgestellt, dass die Ergebnisse für das Thema der Arbeit zu unspezifisch sind und somit nicht einbezogen werden können.

Suchstrategie 2:

Institution	Cochrane Collaboration
Datenbank(en)	Cochrane Reviews
Suchbegriff(e)	„Hospitals, Psychiatric [MeSH]“
<b>Gesamttreffer</b>	<b>2</b>

Trefferbewertung und Verwendung- „Cochrane Reviews“:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Shek E et al.	Day hospital versus out-patient care for people with schizophrenia	2010	Nein	Vergleich der inner- und ausserklinischen Versorgung schizophrener Patienten. Kein direkter Bezug zum Thema.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Hickling FW et al.	Open general medical wards versus specialist psychiatric units for ac- ute psychoses	2009	Nein	Vergleich der Vor- und Nachteile der klinischen Versorgung an Psychose erkrankter Patienten auf offenen medizinischen Stationen im Vergleich zu spezialisierten Einheiten. Kein direkter Bezug zum Thema.

### **2.6.2 Rechercheergebnisbewertung Cochrane-Library**

Die Recherche in der Cochrane Library lieferte keine relevanten Publikationen zum Thema trotz breitgefächelter Suche. Begründen lässt sich dies vor allem in den sehr spezifischen Übersichtsarbeiten der „Review Groups“, die sich einzelnen Fragestellungen sehr intensiv, aber immer in sehr eingeschränkter Anwendungsbreite widmen.

### **2.6.3 Vorstellung einbezogener Publikationen Cochrane-Library**

Es können über die Recherche keine weiteren Arbeiten einbezogen werden.

## 2.7 Recherche PubMed

Die Suchmaske PubMed ist ein Service der US-amerikanischen National Library of Medicine<sup>42</sup>, über die in verschiedenen Datenbanken recherchiert werden kann. PubMed ist die geläufigste Suchmaske der Datenbank MEDLINE für den medizinischen und pflegerischen Bereich.

Im ersten Zugriff wurden die Suchbegriffe gemäß der definierten Kriterien eingesetzt (psych\* AND qual\*), hierbei wurden 5417 Publikationen aufgefunden.

Über den Einsatz des Feldes „limits“ wurde der Publikationszeitraum der letzten 10 Jahre gemäß Konvention festgelegt, die Sprache auf Englisch und Deutsch eingeschränkt. Zudem wurde auf adulte Menschen begrenzt. Hiernach beliefen sich die Treffer nach gleicher „wildcard-search“ Strategie auf 1680.

Die grobe Sichtung zeigte zu geringe Spezifität der Treffer, sodass unter Beibehaltung der Limits über den Thesaurus der Datenbank eine spezifischere Suche erfolgte.

Der zweite Schritt bestand in der Eingrenzung der Begriffe „psych\*\*“ und „qual\*\*“, dies wurde über die Recherche in den Medical Subject Headings (MeSH-Terms) erreicht. Die Sucheingabe erfolgte über „Psychiatry“[MeSH] AND „Quality of Healthcare“[MeSH] und ergab 2627 Treffer. Bei einer ersten Sichtung konnten viele Treffer aus Randbereichen (Altenhilfesektor und ambulanter Bereich) ausgemacht werden, was eine weitere Konkretisierung erforderte.

Dies erfolgte über die Spezifikation des Terms „Psychiatry“[MeSH] in die beiden Terms „Psychiatric Hospitals“[MeSH] OR „Psychiatric Department“ [MeSH], die wiederum über AND mit „Quality of Healthcare“[MeSH] kombiniert wurden. Diese Suche ergab 1365 Treffer und musste somit noch weiter eingeschränkt werden.

Somit wurde im nächsten Schritt über die MeSH-Kategorien der dem Term „Quality of Healthcare“[MeSH] untergeordnete Term „Clinical Audit“[MeSH] ausgefiltert und mit „Psychiatric Hospitals“[MeSH] OR „Psychiatric Department“ [MeSH] über die AND-Funktion kombiniert.

---

<sup>42</sup> (M.M.) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> 01.03.2011, 21:36 Uhr

Dies ergab 36 Treffer, die einer tiefergehenden Analyse unterzogen wurden und nachfolgend unter „Suchstrategie 1“ dargestellt werden. Aus den Treffern wurden 14 einbezogen.

Ergänzend entschied sich der Autor, über eine Recherche in den Titeln und Abstracts weitere themenbezogene Aspekte auszufiltern.

Die unter der Suchstrategie (psych\* AND qual\*) aufgefundenen 1680 Treffer bzw. die einbezogenen 2 Ergebnisse werden in tabellarischer Form unter „Suchstrategie 2“ vorgestellt.

Unter „Suchstrategie 3“ finden sich in der Tabelle die Rechercheergebnisse aus "Hospitals, Psychiatric"[Mesh] AND Quality[All Fields], die insgesamt 143 Titel lieferte. Die einbezogenen 6 Titel werden nachfolgend vorgestellt.

„Suchstrategie 4“ stellt die Ergebnisse der Suche aus „(psychiatric department, hospital[MeSH Terms]) AND (quality[All Fields])“ vor. Von 58 Treffern wurden 10 einbezogen, die in der Folge dargestellt werden.

„Suchstrategie 5“ kombiniert „(psychiatry[MeSH Terms]) AND (quality[All Fields])“. Aus 332 Titeln wurden 6 einbezogen und vorgestellt.

Strategie 6 nutzt eine Kombination der wichtigsten MeSH-Terms (((("Psychiatry"[Mesh]) AND ("Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh])) AND "Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) in Kombination. Von 274 Treffern wurden 2 einbezogen.

Abschließend wurde für alle Suchstrategien ein automatisierter Suchauftrag online angelegt. Hierüber gingen während der Erstellung der Masterarbeit bis zum 10.05.2011 insgesamt 11 Emails mit Informationen über neu gelistete Publikationen ein. Aus 17 Titeln wurden 5 einbezogen, diese werden unter Strategie 7 dargestellt.

Die nicht einbezogenen Titel der Hauptrecherche (Suchstrategie 1) werden nach beschriebener Muster bewertet und vorgestellt. Eine separate Aufstellung der nicht einbezogenen Titel der Suchstrategien 2 bis 7 unterbleibt aus Ressourcen-gründen.

## 2.7.1 Rechercheergebnisse PubMed

Suchstrategie 1:

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	„Psychiatric Hospitals“[MeSH] OR „Psychiatric Department“ [MeSH] AND „Clinical Audit“[MeSH]
Treffer	36/14

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Anders RL et al.	Assessment of inpatient treatment of patients with schizophrenia in Japan: Implications for practice	2001	Ja	Studie analysiert 202 Patientenfälle, Setting wird nicht genau beschrieben. Als Kontextwissen einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Bailey LJ; Sheehy RJ	The state of residential care for people with mental illness; insights from an audit of the screening tool for entry to licensed residential facilities.	2009	Nein	Bezieht sich auf den Aufnahmestatus von Patienten bei Heimeinzug. Kein direkter Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Benson A et al.	Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit.	2003	Ja (Nein)	Publikation war im Rahmen der Erstellung der Arbeit über 2 Fernleihsysteme nicht erhältlich. Daher trotz potentieller Relevanz Ausschluss erfolgt.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Botvinik L et al.	Audit of antipsychotic prescribing in a private psychiatric hospital.	2004	Ja	Befasst sich mit dem fokussierten Thema. Gegenstand ist die Analyse der Verschreibung von Antipsychotika.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Carballo JJ et al.	Demographic and clinical features of adolescents and young adults with alcohol related disorders admitted to the psychiatric emergency room.	2006	Nein	Kein direkter Bezug zum Thema. Analysiert soziographische Variablen junger Heranwachsender.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Cheung G; Strachan J	Routine Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS65+) collection in an acute psychogeriatric inpatient unit in New Zealand.	2007	Nein	Kein direkter Bezug. Befasst sich mit dem outcome älterer Patienten.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
7	Clements KM et al.	Comparison of self report and clinician rated measures of psychiatric symptoms and functioning in predicting 1 year hospital readmission.	2006	Ja	Als Kontext einbezogen. Bezieht sich auf die Analyse von 1.034 Einzelfällen und vergleicht zwei Skalen zur Vorhersage der 1-Jahres-Wiederaufnahmerate.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
8	Compton MT et al.	Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization.	2006	Ja (Nein)	Publikation war im Rahmen der Erstellung der Arbeit über 2 Fernleihsysteme nicht erhältlich. Daher trotz potentieller Relevanz Ausschluß erfolgt.



Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
9	Davies SJ et al.	Potential for drug interactions involving cytochromes P450 2D6 and 3A4 on general adult psychiatric and functional elderly psychiatric wards.	2004	Nein	Sehr spezifische Population. Allgemeine neuere Publikation des gleichen Autors bereits einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
10	Davies SJ et al.	PRN prescribing in psychiatric inpatients: potential for pharmacokinetic drug interactions.	2007	Ja	Beschreibt die Gefahren von Medikamenteninteraktionen bei Applikation von Bedarfsmedikation.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
11	Deraas TS et al.	Acute psychiatric admissions from an out of hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree?	2006	Nein	Beleuchtet das Vorgehen der stationären Aufnahme in Norwegen und der Übereinstimmung des Einweisers mit dem Aufnehmenden. Keine direkte Relevanz.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
12	Devasagayam D, Clarke D	Changes to inpatient consultation liaison psychiatry service delivery over a 7 year period.	2008	Nein	Bezieht sich auf den ambulanten Bereich. Kein direkter Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
13	Dixon L et al.	Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization.	2009	Nein	Bezieht sich auf den ambulanten Bereich nach Überleitung aus dem stationären Sektor. Kein direkter Bezug zum Thema.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
14	Feeney L et al.	Parasuicide assessment in the emergency department	2006	Ja (Nein)	Publikation war im Rahmen der Erstellung der Arbeit über 2 Fernleihsysteme nicht erhältlich. Daher trotz potentieller Relevanz Ausschluß erfolgt.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
15	Finnegan A et al.	A review of one year of British Armed Forces mental health hospital admissions.	2007	Nein	Spezifische militärische Studie. Übertragbarkeit nicht gesichert.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
16	Ganeshalingam Y et al.	The evidence for effective psychiatric admissions as measured by an audit of Health of the Nation Outcome Scales recording.	2010	Nein	Kein Abstract verfügbar.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
17	Gangaram P, Kumar PS	The use of section 5(2) of the mental health act 1983: an audit.	2008	Nein	Analyse der Verwirklichung eigener Regeln anhand eines Dokumentationsaudits. Keine neuen Impulse für die Verfahrensentwicklung.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
18	Haw C et al.	Antipsychotics for BPSD: an audit of prescribing practice in a specialist psychiatric inpatient unit.	2008	Nein	Beschreibt den Nutzen des Einsatzes von Antipsychotika bei Demenz. Kein Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
19	Hudson CG, Chafets J	A comparison of acute psychiatric care under Medicaid carve-outs, HMOs, and fee for service.	2010	Nein	Spezifischer Vergleich von US-amerikanischen Versorgungseinheiten. Keine Übertragbarkeit.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
20	Jacob C, Freer T	Cross sectional survey of the use of section 5(2), Mental Health Act 1983, within a psychiatric hospital.	2005	Nein	Analyse der Verwirklichung eigener Regeln anhand eines Dokumentationsaudits. Keine neuen Impulse für die Verfahrensentwicklung.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
21	Knight MM	Quality improvement initiatives to minimize seclusion and restraint.	2005	Ja	Zentrales Thema der Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
22	Lund C et al.	Pathways to inpatient mental health care among people with schizophrenia spectrum disorders in South Africa.	2010	Nein	Fokussiert auf Gesundheits- und Sozialsystem in Südafrika. Nicht übertragbar.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
23	Needham J, Sands N	Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention.	2010	Ja	Zentrales Thema der psychiatrisch-pflegerischen Versorgung sowie Fokus auf Qualitätsentwicklung.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
24	Neilson P, Brennan W	The use of special observations: an audit within a psychiatric unit.	2001	Ja	Bericht und Analyse über ein Audit zu Überwachungen im psychiatrischen Bereich.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
25	Novak B et al.	Sex offenders and insanity: an examination of 42 individuals found not guilty by reason of insanity.	2007	Nein	Befasst sich mit Sexualstraftätern. Kein Bezug zum Thema.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
26	Park JM et al.	Factors associated with extended length of stay for patients presenting to an urban psychiatric emergency service: a case control study.	2009	Nein	Kein direkter Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
27	Paton C et al.	High dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing.	2008	Ja	Evaluation eines Qualitätsverbesserungsprogramms für die Pharmakotherapie.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
28	Puamau ES	Utilisation review of first admissions in 2002: St Giles Psychiatric hospital, Suva, Fiji.	2006	Nein	Analyse der Aufnahmen in einem spezifischen Setting auf den Fidschi-Inseln. Kein Nutzen für die Fragestellung.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
29	Ramirez-Bermudez J et al.	Delusional parasitosis in neurological patients.	2010	Nein	Zahnmedizinisches Problem. Kein Bezug zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
30	Salerno S et al.	Occupational risk due to violence in a psychiatric ward.	2009	Ja	Zentrales Thema und direkter Bezug. Hinweis auf Gefahrenquelle für Patienten und Personal.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
31	Salmon MP et al.	A national audit of joint mother and baby admissions to UK psychiatric hospitals: an overview of findings.	2004	Nein	Befasst sich mit der Fragestellung der Aufnahme von Mutter und Kind. Kein direkter Themenbezug.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
32	Stubbs B et al.	Physical intervention to manage aggression in older adults: how often is it employed?	2008	Nein	Zwar direkter Bezug zum Thema vorhanden, aber kein Abstract publiziert. Daher Ausschluss.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
33	Taylor PJ et al.	Presentations of psychosis with violence: variations in different jurisdictions. A comparison of patients with psychosis in the high security hospitals of Scotland and England.	2008	Ja	Vergleichende Studie zwischen Schottland und England. Als Kontextarbeit einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
34	Thomas SD	Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2 year period.	2009	Ja	Zentrales Thema, Analyse von Faktoren, auf die Einfluß genommen werden kann.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
35	Wilson DA et al.	A perinatal psychiatric service audit in New Zealand: patient characteristics and outcomes.	2004	Nein	Berücksichtigt den perinatalen Bereich. Kein Bezug zur Fragestellung.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
36	Wye P et al.	An audit of the prevalence of recorded nicotine dependence treatment in an Australian psychiatric hospital.	2010	Nein	Berücksichtigt die Nikotinabhängigkeit bei psychiatrischen Patienten. Kein direkter Bezug zum Thema.

Suchstrategie 2:

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	(psych* AND qual*)
Treffer/einbezogen	1680/2

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Forsner T et al.	Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers.	2010	Ja	Befasst sich mit der Einführung klinischer Leitlinien und analysiert fördernde und hemmende Faktoren. Als Kontextthema relevant.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Livingston JD et al.	A narrative Review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff.	2010	Ja (Nein)	Publikation war im Rahmen der Erstellung der Arbeit über 2 Fernleihsysteme nicht erhältlich. Daher trotz potentieller Relevanz Ausschluß erfolgt.

Suchstrategie 3:

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	"Hospitals, Psychiatric"[MeSH] AND Quality[All Fields]
Treffer/einbezogen	143/6

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Mann K et al.	Standardized documentation procedure as a basis for improvement of process quality of treatment in psychiatric hospitals.	2003	Ja	Beschreibt das Vorgehen einer Dokumentationsanalyse als Basis der Qualitätsentwicklung.
2	Miller BJ et al.	Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness.	2006	Ja	Grundlagen der Komorbiditäten psychisch kranker Menschen. Wesentlich zur Beleuchtung von Schnittstellen in der Versorgung.
3	Nakanishi M et al.	Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia.	2010	Ja	Der Behandlungspfad liefert wesentliche Informationen für die Gestaltung von Prozessabläufen.
4	Ružić K et al.	Predictors of aggressiveness in schizophrenic patients treated in inpatient forensic institutions.	2008	Ja	Relevantes Thema, potentielle Beeinflussung des Versorgungsprozesses.
5	Tunde-Ayinmode M, Little J	Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit.	2004	Ja	Untersucht das spezifische Thema der Isolation in einer akutpsychiatrischen Einheit.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Weinmann S et al.	Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study.	2005	Ja	Analyse der Empfehlungen der aktuellen Leitlinienempfehlungen im Bereich der Psychopharmakotherapie.

Suchstrategie 4:

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	(psychiatric department, hospital[MeSH Terms]) AND (quality[All Fields])
Treffer/einbezogen	58/10

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Jones J et al.	Psychiatric Wards: places of safety?	2010	Ja	Beschreibt die organisationalen Umstände akutpsychiatrischer Settings anhand 60 qualitativer Interviews.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Larue C et al.	The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility.	2010	Ja	Relevantes Thema der pflegerischen Entscheidungsfindung im Rahmen der Anwendung von Isolationsmassnahmen.



Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Kudo K et al.	Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and non-hospitalized group.	2010	Ja	Als relevantes, qualitätsbeschreibendes Thema einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Bowers L	Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England.	2009	Ja	Als relevantes Kontextthema einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Schanz B, Scheurich A	Systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse anhand einer psychiatrischen Beispielstation: Es kommt darauf an, was man erreicht, nicht was man macht!	2008	Ja	Arbeit stellt qualitätsbeeinflussende Faktoren einer psychiatrischen Station dar.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Muir-Cochrane E, Mosel KA	Abscinding: A review of the literature 1996-2008.	2008	Ja	Behandelt das relevante Phänomen des unerlaubten Entweichens.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
7	Wilkening A et al.	Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation	2007	Ja	Befasst sich mit dem übergreifenden Thema der Qualitätssicherung und des Qualitätsmonitorings mit Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
8	Grassi L et al.	Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients.	2006	Ja	Relevante Themen Gewalt und Aggression durch Patienten.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
9	Tunde-Ayinmode M, Little J	Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit.	2004	Ja	Oben bereits beschrieben.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
10	Müller MJ et al.	Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward.	2002	Ja	Relevante Themen: Patientenzufriedenheit sowie offene/geschlossene Unterbringung.

Suchstrategie 5:

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	(psychiatry[MeSH Terms]) AND (quality[All Fields])
Treffer/einbezogen	332/6

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Forsner T et al.	Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers.	2010	Ja	Leitlinieneinführung stellt einen wesentlichen Eingriff in die organisationale Kultur dar, daher einbezogen.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Mahal SK et al.	Improving the Quality of Suicide Risk Assessments in the Psychiatric Emergency Setting: Physician Documentation of Process Indicators.	2009	Ja	Von den beschriebenen Prozessindikatoren wird Übertragbarkeit erwartet.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Muir-Cochrane E, Mosel KA	Abscinding: A review of the literature 1996-2008.	2008	Ja	Oben bereits einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Ružić K et al.	Predictors of Aggressiveness in Schizophrenic Patients Treated in Inpatient Forensic Institutions.	2008	Ja	Oben bereits einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Forsner T et al.	An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care.	2008	ja	Über die Erfolgskontrolle der Leitlinien-Compliance ggf. Impulse nutzbar.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Tunde-Ayinmode M, Little J	Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit.	2004	Ja	Oben bereits beschrieben.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Calabrese C	Psychiatric Residents' Views of Quality of Psychotherapy Training and Psychotherapy Competencies: A Multisite Survey.	2010	Ja	Als Grundlagenwerk zur Qualitätsentwicklung einbezogen, da es die Sichtweisen der Psychiatrie-Nutzer analysiert.

Suchstrategie 6:

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	((("Psychiatry"[Mesh]) AND ("Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh])) AND "Quality Assurance, Health Care"[Mesh])
Treffer/einbezogen	274/2

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Bowers L et al.	Locked doors: a survey of patients, staff and visitors.	2010	Ja	Relevantes Thema bzgl. der Fragestellung, in welcher Form Zwangsbehandlungen stattfinden
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Needham H, Sands N	Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention.	2010	Ja	Oben bereits einbezogen.

Suchstrategie 7

Institution	National Library of Medicine
Datenbank(en)	NLM PubMed
Suchbegriff(e)	Automatisierte Recherche mit unter 1-6 angegebenen Suchbegriffen
Treffer/einbezogen	17/5

Trefferbewertung und Verwendung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Larue C et al.	Nursing practices recorded in reports of episodes of seclusion.	2010	Ja	Es werden relevante Informationen zum Prozessablauf beschrieben.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Duxbury JA et al.	A structured observation of the interaction between nurses and patients during the administration of medication in an acute mental health unit.	2010	Ja	Kann wichtige Impulse für den Prozess der Psychopharmakotherapie liefern. Daher relevant für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Agius M	Outcome Measures in Psychiatry	2010	Ja	Gibt Empfehlungen über Art und Umfang von Outcome-Messungen im psychiatrischen Bereich.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Galon PA, Wineman NM	Coercion and Procedural Justice in Psychiatric Care: State of the Science and Implications for Nursing.	2010	Ja	Ausführung zu Zwang und Gerechtigkeit der Maßnahmen sowie Möglichkeiten der Einflussnahme durch Pflegepersonal. Kontextwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Baskind R et al.	How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views.	2010	Ja	Berücksichtigt die Wünsche der Psychiatrie-Nutzer zur Qualitätsverbesserung über ein Akkreditierungsschema.

## 2.7.2 Rechercheergebnisbewertung PubMed

Die Recherche über PubMed erwies sich insgesamt als sehr ergiebig, insbesondere über die Nutzung verschiedener ergänzender Strategien und gezielter Nutzung des Thesaurus. Über die Hauptstrategie wurden 14 Publikationen als relevant eingestuft, über ergänzenden Strategien insgesamt 31 weitere einbezogen.

## 2.7.3 Vorstellung einbezogener Publikationen PubMed

### Suchstrategie 1:

ANDERS et al. (2001)<sup>43</sup> berichten zu einer Erhebung der Behandlung von 202 an Schizophrenie erkrankten Personen, von denen über die Behandlungsdauer 25% Zwangsmaßnahmen erleiden mussten. Weitere Problemfelder waren die Patientenedukation, das Monitoring von medikamentenbedingten Nebenwirkungen, Behandlungs- und Entlassungsplanung.

CLEMENTS et al. (2006)<sup>44</sup> vergleichen Selbsterhebung des Patienten der psychiatrischen Symptomatik und Fremdeinschätzung des Arztes bzgl. der Vorhersage der Wiederaufnahmenrate.

NEILSON & BRENNAN (2001)<sup>45</sup> berichten über ein umfassendes Audit des Bereiches der „Special Observations“ als pflegerische Aufgabe.

In einem Review zum Vergleich der Hochsicherheits-Krankenhäuser in Schottland und England führen TAYLOR et al. (2008)<sup>46</sup> zur Gewalt durch Psychose-erkrankte Patienten aus. Auch wenn regionale Unterschiede hinsichtlich beteiligter Komorbiditäten beobachtet wurden, so war insgesamt die Gewaltneigung bei den an Psychosen erkrankten Patienten erhöht.

THOMAS et al. (2009)<sup>47</sup> berichten zu Isolationsmaßnahmen im forensischen Kontext.

---

<sup>43</sup> Anders RL et al.: Assessment of Inpatient Treatment of Patients With Schizophrenia in Japan: Implications for Practice. Arch Psychiatr Nurs. 2001. 15 (6). 265-271

<sup>44</sup> Clements KM et al.: Comparison of Self-report and Clinician-rated Measures of Psychiatric Symptoms and Functioning in Predicting 1-year Hospital Readmission. Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res. 2006. 33 (5). 568-577.

<sup>45</sup> Neilson P, Brennan W: The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2001. 8 (2). 147-155

<sup>46</sup> Taylor PJ et al.: Presentations of Psychosis with Violence: Variations in Different Jurisdictions. A Comparison of Patients with Psychosis in the High Security Hospitals of Scotland and England. Behav Sci Law. 2008. 26 (5). 585-602.

<sup>47</sup> Thomas SDM et al.: Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. Int J Ment Health Nurs. 2009. 18 (1). 2-9

Zu Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung durch Reduktion von Isolations- und Zwangsmaßnahmen führt KNIGHT (2005)<sup>48</sup> aus. In Ihrer Analyse wurden von 3937 Patienten 129 mindestens einer S&R-Maßnahmen-Episode (Seclusion & Restraint) unterzogen. Diese Patienten wiesen ein niedrigeres GAF-Niveau und eine schlechtere Medikationscompliance auf, ebenfalls überwiegend psychotische Symptomatik. Der Mittelwert des Zeitpunktes der S&R-Maßnahme lag bei 5,3 Tagen nach Aufnahme. Nach Ausführung der Autorin ist somit ein großes Zeitfenster zur Anwendung alternativer Strategien vorhanden, sie empfiehlt ein zuverlässiges Ausfiltern der Risikogruppe bei Aufnahme. Ebenfalls indiziert sind ihrer Meinung nach retrospektive Fallanalysen zur Qualitätsverbesserung.

SALERNO et al. (2009)<sup>49</sup> zeigen auf, dass die nicht-freiwillige Aufnahme grundsätzlich mit höherem Gewaltpotential korreliert. Trainingsprogramme können helfen, das Risiko zu beherrschen.

Zur Notwendigkeit eines „Post-Seclusion-Debriefing“ als pflegerische Intervention berichten NEEDHAM & SANDS (2010)<sup>50</sup> und sprechen sich basierend auf einer umfangreichen Analyse der klinischen Dokumentation über einen 1-Jahres-Zeitraum für die Entwicklung eines standardisierten, evidenzbasierten, praxisorientierten Schemas aus, das sowohl den Klienten als auch das therapeutische Team einbezieht.

DAVIES et al. (2007)<sup>51</sup> beschreiben ein erhöhtes Risiko von pharmakokinetischen Wechselwirkungen bei der Verordnung von Bedarfsmedikationen.

BOTVINIK et al. (2004)<sup>52</sup> berichten zu einem Audit der Verschreibung von Antipsychotika in einem privaten psychiatrischen Krankenhaus. Neben dem direkten Zulassungs- und Anwendungsgebiet der Psychosen wurde auch eine Vielzahl nicht psychotischer Krankheitsbilder hiermit therapiert.

PATON et al. (2008)<sup>53</sup> beschreiben einen Unterschied zwischen der Leitlinienempfehlung, ein Antipsychotikum in Standarddosierung zu nutzen und der vorgefundenen Empirie. Immer noch weit verbreitet ist demnach die Anwendung von Hochdosis-Therapien.

---

<sup>48</sup> Knight MM: Quality Improvement Initiatives to Minimize Seclusion and Restraint. *J Healthc Qual.* 2005. 27 (2). 20-25.

<sup>49</sup> Salerno S et al.: Occupational Risk due to Violence in a Psychiatric Ward. *J Occup Health.* 2009. 51 (4). 349-354

<sup>50</sup> Needham H, Sands N: Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspect Psychiatr Care.* 2010. 46 (3). 221-233.

<sup>51</sup> Davies SJC et al.: PRN prescribing in psychiatric inpatients - potential for pharmacokinetic drug interactions. *J Psychopharmacology.* 2007. 21 (2). 153-160.

<sup>52</sup> Botvinik L et al.: Audit of antipsychotic prescribing in a private psychiatric hospital. *Australasian Psychiatry.* 2004. 12 (3). 227-233

<sup>53</sup> Paton C et al.: High-dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing. *Br J Psychiatry.* 2008. 192 (6). 435-439.

Die Publikationen von BENSON et al. (2003)<sup>54</sup>, COMPTON et al. (2006)<sup>55</sup> und FEENEY et al. (2005)<sup>56</sup> waren über Online-Bestellung und weitere Fernleihsysteme wie die ZBMed für die Dauer der Erstellung der Arbeit nicht verfügbar. Aus diesem Grund mussten sie nachträglich ausgeschlossen werden.

### **Suchstrategie 2:**

FORSNER et al. (2010)<sup>57</sup> berichten zu den spezifischen fördernden und hemmenden Bedingungen bei der Einführung klinischer Leitlinien in der Psychiatrie auf Basis einer qualitativen Studie.

Die Studie von LIVINGSTON et al. (2010)<sup>58</sup> hätte einbezogen werden sollen, war aber über verschiedene Fernleihsysteme während des Zeitraumes der Erstellung dieser Arbeit nicht verfügbar. Daher wurde die Arbeit nachträglich ausgeschlossen.

### **Suchstrategie 3:**

MANN et al. (2003)<sup>59</sup> berichten zur standardisierten Verlaufsdokumentation als Grundlage der Prozessverbesserung. Mit Hilfe standardisierter Assessmentinstrumente und Visualisierungen des Behandlungsverlaufs werden Therapiebewertungen erleichtert und stellen so einen wichtigen Bestandteil des internen QM dar.

Zu einem klinischen Behandlungspfad für Langzeitpatienten mit Schizophrenie führen NAKANISHI et al. (2010)<sup>60</sup> aus. Die frühzeitige, schrittweise Entlassungsplanung und Vorbereitung spielt hierbei eine wesentliche Rolle.

Zur Mortalität und medizinischen Komorbiditäten von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen führen MILLER et al. (2006)<sup>61</sup> aus. Als Haupttodesursachen werden Herzkrankheiten, Suizide, Pneumonien und Influenza beschrieben, als relevante Komorbiditäten werden Adipositas und Hypertonus herausgestellt.

---

<sup>54</sup> Benson A et al: Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Soc Sci Med.* 2003 Sep;57(5):917-26.

<sup>55</sup> Compton MT et al.: Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. *Psychiatr Serv.* 2006 Apr;57(4):531-7.

<sup>56</sup> Feeney L et al.: Parasuicide Assessment in the emergency department. *Ir Med J.* 2005 Apr;98(4):111-3.

<sup>57</sup> Forsner T et al.: Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry.* 2010. 10 (8). 1-10.

<sup>58</sup> Livingston JD et al.: A narrative Review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs.* 2010 Spring;6(1):15-28.

<sup>59</sup> Mann K et al.: Standardisierte Verlaufsdokumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung. *Nervenarzt.* 2003. 74 (3). 235-244.

<sup>60</sup> Nakanishi M et al.: Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2010. 64 (1). 99-103.

<sup>61</sup> Miller BJ et al.: Mortality and Medical Comorbidity Among Patients With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2006. 57 (10). 1482-1487.



RUZIC et al. (2008)<sup>62</sup> führen zur Vorhersage von Aggression und aggressiven Episoden bei Patienten mit Schizophrenie in der Forensik aus. Insbesondere stark ausgeprägte psychotische Episoden und geringer familiärer Rückhalt werden als wichtige Prädiktoren angesehen.

TUNDE-AYINMODE & LITTLE et al. (2004)<sup>63</sup> zeigen in ihrer Analyse auf, dass 31 % aller untersuchten akut aufgenommenen Patienten Isolation oder Zwang ausgesetzt waren, abends und nachts wurden mehr Maßnahmen durchgeführt als tagsüber. Sie fordern dazu auf, alle Maßnahmen zu monitorisieren und gewissenhaft zu evaluieren mit dem Ziel einer dauerhaften Reduktion.

Zur Einhaltung der Leitlinien im Medikationsmanagement berichten WEINMANN et al. (2005)<sup>64</sup>. Die Autoren ziehen den Schluß, dass Psychose-Erkrankte mit chronischem Verlauf ein höheres Risiko aufweisen, eine nicht-leitlinienkonforme Therapie zu erhalten.

#### **Suchstrategie 4:**

Zum pflegerischen Entscheidungsprozess bei der Anwendung von Isolationsmaßnahmen berichten LARUE et al. (2010)<sup>65</sup>. Neben Dokumentationsanalysen wurden 24 Pflegepersonen zu den Interventionen vor, während und nach der Episode befragt. Die Autoren folgern, dass systematische Evaluationen der Abläufe jedes Einzelfalles die Prozessqualität weiter verbessern könnten und die Ergebnisse für interne Schulungen genutzt werden sollten.

KUDO et al. (2010)<sup>66</sup> leiten aus ihrem Gruppenvergleich zum Outcome von Suizidversuchen potentielle Therapie- und Präventionsmöglichkeiten für die verschiedenen Patientenpopulationen ab.

GRASSI et al. (2006)<sup>67</sup> berichten zu einer 7-jährigen italienischen Studie zur Gewalt in psychiatrischen Einheiten. Als Grundlage der Erfassung diente die „Staff Observation Aggression Scale – SOAS“.

---

<sup>62</sup> Ružić K et al.: Predictors of Aggressiveness in Schizophrenic Patients Treated in Inpatient Forensic Institutions. *Coll Antropol.* 2008. 32 (2). 331-337.

<sup>63</sup> Tunde-Ayinmode M, Little J: Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry.* 2004 Dec;12(4):347-51.

<sup>64</sup> Weinmann S et al.: Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. *Acta Psychiatr Scand.* 2005. 112 (1). 18-25.

<sup>65</sup> Larue C et al.: The Nursing Decision Making Process in Seclusion Episodes in a Psychiatric Facility. *Issues Ment Health Nurs.* 2010. 31 (3). 208-215.

<sup>66</sup> Kudo K et al.: Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and nonhospitalized group. *BMC Psychiatry.* 2010. 10 (4). 1-8.

<sup>67</sup> Grassi L et al.: Violence in psychiatric units: A 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006. 41 (9). 698-703 [14172]

BOWERS (2009)<sup>68</sup> erläutert den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Konflikten (z.B. Aggression, unerlaubtes Entfernen, Substanzmissbrauch) auf psychiatrischen Stationen in England.

SCHANZ & SCHEURICH (2008)<sup>69</sup> erläutern die systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse in ihrer Klinik, indem sie Selbst- und Fremdwahrnehmung über standardisierte Assessmentinstrumente erheben und die Ergebnisse zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten zusammenführen.

WILKENING et al. (2007)<sup>70</sup> stellen die Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation vor.

MUIR-COCHRANE & MOSEL (2008)<sup>71</sup> berichten in einem Review über den Zeitraum 1996-2008 zum Thema des unerlaubten Entweichens von Patienten aus psychiatrischen Einheiten.

MÜLLER et al. (2002)<sup>72</sup> führen aus zur Patientenzufriedenheit im Vergleich einer offenen mit einer geschlossenen Station.

Zur Patientensicht des Sicherheitsempfindens auf psychiatrischen Stationen in England führen JONES et al. (2010)<sup>73</sup> aus.

Die Publikation von TUNDE-AYINMODE & LITTLE (2004)<sup>74</sup> wurde bereits unter Strategie 3 vorgestellt.

### **Suchstrategie 5:**

Zur Sicht der Patienten über die Qualität der psychotherapeutischen Kompetenzen und des Trainings führen CALABRESE et al. (2010)<sup>75</sup> et al. aus.

FORSNER et al. (2008)<sup>76</sup> führten eine Studie zur Messung der Compliance bei der Anwendung klinischer Leitlinien in Schweden durch. Aktiv implementierte

---

<sup>68</sup> Bowers L: Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. *Psychiatr Serv.* 2009. 60 (2). 231-239.

<sup>69</sup> Schanz B, Scheurich A: Systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse anhand einer psychiatrischen Beispielstation: Es kommt darauf an, was man erreicht, nicht was man macht!. *Pflegezeit-schrift.* 2008. 11. 620-623.

<sup>70</sup> Wilkening A et al.: Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation. Ziele, Methodik und erste Ergebnisse eines Projektes zur Qualitätssicherung. *Wien Klin Wochenschr.* 2007. 119 (21-22). 654-662.

<sup>71</sup> Muir-Cochrane E, Mosel KA: Absconding: A review of the literature 1996-2008. *Int J Ment Health Nurs.* 2008. 17 (5). 370-378.

<sup>72</sup> Müller MJ et al.: Patients' Satisfaction with Psychiatric Treatment: Comparison between an open and a closed ward. *Psychiatr Q.* 2002. 73 (2). 93-107.

<sup>73</sup> Jones J et al.: Psychiatric wards: places of safety?. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010. 17 (2). 124-130.

<sup>74</sup> Tunde-Ayinmode M, Little J: Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry.* 2004 Dec;12(4):347-51.

<sup>75</sup> Calabrese Ch et al.: Psychiatric Residents' Views of Quality of Psychotherapy Training and Psychotherapy Competencies: A Multisite Survey. *Acad Psychiatry.* 2010. 34 (1). 13-20.

Leitlinien wiesen einen deutlich höheren Anwendungs- und Bekanntheitsgrad aus als solche, die lediglich passiv eingeführt wurden. Im Zuge der passiven Einführung kam es zu keiner Prozessverbesserung.

Zur Qualitätsverbesserung der Suizid-Risiko-Assessments in der Notaufnahme führen MAHAL et al. (2009)<sup>77</sup> aus. In Ihrem Review hatten sie 145 Fälle der ärztlichen Dokumentation analysiert, viele wesentliche Risikofaktoren fanden in der Anamnese keine Berücksichtigung, was die Gesamtversorgungsqualität für den jeweiligen Fallverlauf minderte. Verbesserungsmaßnahmen sollten ihrer Meinung nach auf die weitere Entwicklung evidenzbasierter Prozessstandards, Verbesserung der klinischen Ausbildung und Dokumentationsschulungen und –überprüfungen fokussieren.

ZU den Publikationen von MUIR-COCHRANE & MOSEL (2008)<sup>78</sup>, RUZIC et al. (2008)<sup>79</sup> und FORSNER et al. (2010)<sup>80</sup> wurde oben bereits ausgeführt.

#### **Suchstrategie 6:**

Zur Publikation von NEEDHAM & SANDS (2010)<sup>81</sup> wurde oben bereits ausgeführt.

BOWERS et al. (2010)<sup>82</sup> berichten zu den Einstellungen von Patienten, Personal und Besuchern zum Thema der geschlossenen Tür, die über Fragebögen ermittelt wurden. Patienten tendierten eher zur „offenen Tür“, das Personal eher zum „geschlossenen System“, Besucher fanden sich zwischen beiden Systemen.

---

<sup>76</sup> Forsner T et al.: An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. BMC Psychiatry. 2008. 8.

<sup>77</sup> Mahal SK et al.: Improving the Quality of Suicide Risk Assessments in the Psychiatric Emergency Setting: Physician Documentation of Process Indicators. J Am Osteopath Assoc. 2009. 109 (7). 354-358.

<sup>78</sup> Muir-Cochrane E, Mosel KA: Absconding: A review of the literature 1996-2008. Int J Ment Health Nurs. 2008. 17 (5). 370-378.

<sup>79</sup> Ružić K et al.: Predictors of Aggressiveness in Schizophrenic Patients Treated in Inpatient Forensic Institutions. Coll Antropol. 2008. 32 (2). 331-337.

<sup>80</sup> Forsner T et al.: Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. BMC Psychiatry. 2010. 10 (8). 1-10.

<sup>81</sup> Needham H, Sands N: Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. Perspect Psychiatr Care. 2010. 46 (3). 221-233.

<sup>82</sup> Bowers L et al.: Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. J Psychiatric Ment Health Nurs. 2010. 17 (10). 873-880

### Suchstrategie 7:

DUXBURY et al. (2010)<sup>83</sup> führen aus zu einer strukturierten Beobachtung der Interaktionen zwischen Pflegepersonen und Patienten bei der Medikamentenvergabe mit Hilfe der „Ward Administration of Medication Schedule“ (WAMS).

GALON & WINEMAN (2010)<sup>84</sup> erläutern den Stand der Wissenschaft zum Thema Zwang und gerechten Verfahren in der psychiatrischen Versorgung.

LARUE et al. (2010)<sup>85</sup> erläutern die dokumentierten Maßnahmen während Episoden von Isolation und Zwang. Als Hauptgründe konnten Agitation, Verwirrtheit und Aggressives Verhalten ausgefiltert werden, zudem wurden mehr Maßnahmen abends und nachts als tagsüber durchgeführt.

BASKIND et al. (2010)<sup>86</sup> evaluierten den Nutzen der Einführung des Akkreditierungsschemas für Psychiatrische Intensivstationen (Accreditation for Inpatient Mental Health Services, AIMS) anhand einer explorativen Untersuchung der Sichtweisen der Teilnehmer der Pilotphase (11 Kliniken).

AGIUS et al. (2010)<sup>87</sup> berichten zu den Möglichkeiten von Outcome-Messungen in der Psychiatrie und fordern dazu auf, verschiedene Methoden miteinander zu kombinieren.

---

<sup>83</sup> Duxbury JA et al.: A structured observation of the interaction between nurses and patients during the administration of medication in an acute mental health unit. *J Clin Nurs*. 2010. 19 (17-18). 2481-2492.

<sup>84</sup> Galon PA, Wineman NM: Coercion and Procedural Justice in Psychiatric Care: State of the Science and Implications for Nursing. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010. 24 (5). 307-316.

<sup>85</sup> Larue C et al.: Nursing Practices Recorded in Reports of Episodes of Seclusion. *Issues Ment Health Nurs*. 2010. 31 (12). 785-792

<sup>86</sup> Baskind R et al.: How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. *J Ment Health* . 2010. 19 (5). 405-411.

<sup>87</sup> Agius M: Outcome measures in psychiatry. *Psychiatr Danub*. 2010 Nov;22 Suppl 1:S38-41.

## 2.8 Recherche Psyndex

„PSYINDEX ist eine kostenpflichtige Referenzdatenbank (keine Volltexte), die aus den Segmenten PSYINDEX Literatur und AV-Medien sowie PSYINDEX Tests besteht.“<sup>88</sup>

„PSYINDEX Literatur und AV-Medien enthält Nachweise mit Kurzreferaten von psychologischen Publikationen (...).“ Darüber hinaus stehen umfassende Beschreibungen von psychologischen Behandlungsprogrammen und audiovisuelle Medien zur Verfügung. Im Segment PSYINDEX Tests sind teilweise ausführliche Testbeschreibungen enthalten.<sup>89</sup>

Es wurde die freie Suchoberfläche „Psych-Spider“ in der erweiterten Suche genutzt.

### 2.8.1 Rechercheergebnisse PSYINDEX

Suchstrategie 1:

Institution	PSYINDEX
Datenbank(en)	PSYINDEXplus Database
Suchbegriff(e)	audit
Treffer	110

Zu unspezifisch, Eingrenzung erfolgt:

Institution	PSYINDEX
Datenbank(en)	PSYINDEXplus Database
Suchbegriff(e)	Audit AND Qual*
Treffer	35/0

<sup>88</sup> (M.M.): <http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=fee&uwahl=psyndexinfo> 04.03.2011, 20:00h

<sup>89</sup> (M.M.): <http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=fee&uwahl=psyndexinfo> 04.03.2011, 20:00h

Es werden Themen des allgemeinen Qualitätsmanagements behandelt, kein direkter Bezug zum Thema. Es erfolgt die Anwendung einer weiteren Suchstrategie.

Suchstrategie 2:

Institution	PSYINDEX
Datenbank(en)	PSYINDEXplus Database
Suchbegriff(e)	Hospital, psychiatric
Treffer	3270

Zu unspezifisch, Eingrenzung erfolgt:

Institution	PSYINDEX
Datenbank(en)	PSYINDEXplus Database
Suchbegriff(e)	Hospitals, psychiatric AND audit
Treffer	144

Es erfolgt eine Sichtung aller Titel.

### 2.8.2 Rechercheergebnisbewertung PSYINDEX

Nach einer intensiven Durchsicht ergeben sich viele Treffer aus Jahresberichten und Kongresszusammenfassungen sowie Hinweise zu aktuellen Leitlinien der DGPPN. Eine Publikation wurde einbezogen, diese aber auch in PubMed bereits aufgefunden.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Forsner T et al.	An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care.	2008	Ja	Oben bereits einbezogen.

### 2.8.3 Vorstellung einbezogener Publikationen PSYINDEX

Es kann über die erste Suchstrategie keine weitere Publikation aufgefunden und einbezogen werden. Die zweite Recherche-Strategie zeigte die Arbeit von FORSNER et al. (2008)<sup>90</sup> auf, diese wurde bereits in PubMed aufgefunden und einbezogen.

---

<sup>90</sup> Forsner T et al.: An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. BMC Psychiatry. 2008 Jul 25;8:64.

## 2.9 Recherche ZBMed/MEDPILOT

Die DEUTSCHE ZENTRALBIBLIOTHEK FÜR MEDIZIN (ZB MED) ist die zentrale Fachbibliothek für „Medizin, Gesundheitswesen, Ernährung, Umwelt und Agrarwissenschaften für die Bundesrepublik Deutschland.“<sup>91</sup>

1969 gegründet und hervorgegangen aus der Medizinischen Abteilung der Universitäts- und Stadtbibliothek Köln, deren Aufgaben sie weiterhin wahrnimmt, ist die ZB MED heute die größte medizinische Bibliothek Europas.

Die Bibliothek hält in ihren Sammlungen über 1,5 Mio. Bücher- und Zeitschriftenbände bereit. Von den 27.500 Zeitschriftentiteln des Bestandes werden 7.300 fortlaufend bezogen. Rund 7.000 weitere Zeitschriftentitel sind elektronisch und gebührenfrei verfügbar.

Über die Suchportale MEDPILOT<sup>92</sup> (Medizinwissenschaften etc.) und GREENPILOT<sup>93</sup> (Agrarwissenschaften etc.) können Information und Literatur recherchiert, online gelesen und bestellt werden.<sup>94</sup>

Für die vorliegende Recherche wurde MEDPILOT genutzt. Es wurde über Freitext recherchiert, in den Einschränkungen wie angegeben teilweise über ergänzende Freitextsuche, teilweise über Titel ergänzt, da nicht alle vernetzten Datenbanken die Schlagwortsuche unterstützen. Als zeitliches Limit wurden die Jahre 2001 bis 2011 gewählt.

### 2.9.1 Rechercheergebnisse ZBMed/MEDPILOT

Suchstrategie 1:

Institution	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
Datenbank(en)	MedPilot
Suchbegriff(e)	Psych*
Treffer gesamt	Pro Jahr >10000

<sup>91</sup> (M.M.): <http://www.zbmed.de/> 05.03.2011, 20:30h

<sup>92</sup> (M.M.): <http://www.medpilot.de> 05.03.2011, 21:30 Uhr

<sup>93</sup> (M.M.): <http://www.greenpilot.de/beta2/app?extended=1> 05.03.2011, 21:31 Uhr

<sup>94</sup> (M.M.): Modifizierter Text angelehnt an: <http://www.zbmed.de/> 05.03.2011, 20:30h



Es wurde eingegrenzt.

Institution	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
Datenbank(en)	MedPilot
Suchbegriff(e)	Psych* AND Qual*
Treffer gesamt	Pro Jahr 3200-7400 Publikationen

Es musste ein Suchstrategiewechsel erfolgen, da keine weiteren Einschränkungen in der erweiterten Suche möglich sind.

Suchstrategie 2:

Institution	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
Datenbank(en)	MedPilot
Suchbegriff(e)	Hospitals, psychiatric
Treffer gesamt	Pro Jahr >3000

Es wurde eingegrenzt.

Institution	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
Datenbank(en)	MedPilot
Suchbegriff(e)	Hospitals, psychiatric AND audit (Titel)
Treffer gesamt	209 (Pro Jahr 3-33 Publikationen)

Ergebnisdarstellung und Bewertung:

Institution	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
Datenbank(en)	MedPilot
Suchbegriff(e)	Hospitals, psychiatric AND audit (Titel)
Treffer gesamt	209
Σ MEDLINE	197
Σ ZBMed	10
Σ CCMed	2

Da über PubMed immer in Kombination mit den MeSH-Terms recherchiert wurde, in MEDPILOT aber über Freitextsuche, erfolgte auch an dieser Stelle eine Durchsicht der 197 Treffer.

Hiervon wurden 2 einbezogen, die nachfolgend vorgestellt werden.

Ergebnisdarstellung und Bewertung MEDLINE:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Taylor L, Jones S	Clinical govern- ance in practice: closing the loop with integrated audit systems.	2006	Ja	Relevante Publika- tion zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Neilson P, Bren- nan W	The use of spe- cial observati- ons: an audit within a psychi- atric unit.	2001	Ja	Oben bereits einbe- zogen.

Ergebnisdarstellung und Bewertung ZBMed:

Mit der Suche wurden 10 Bücher aus den Beständen der ZBMed aufgefunden, wovon sich eines mit der Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Krankenhäusern befasst und einbezogen wurde.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Schweitzer J et al.	Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen.	2005	Ja	Grundlagenliteratur zur Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Krankenhäusern aus systemischer Sicht.

Ergebnisdarstellung und Bewertung CCMed:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Wolfersdorf M	Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus. Einige Gedanken im Zusammenhang mit dem Audit bez. suizidpräventiver Maßnahmen im Psychiatrie-Zentrum Schaffhausen am 12. April 2002	2003	Ja	Befasst sich mit der Umsetzung von Ergebnissen eines Audits suizidpräventiver Maßnahmen. Relevant für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Hempel U	"Ich wollte Worte hören"	2010	Nein	Literarische Verarbeitungen des Krankenhausaufenthaltes. Kein direkter Bezug zum Thema.

Suchstrategie 3:

Datenbank(en)	MedPilot
Suchbegriff(e)	Psychiatrie (Titel) AND Qualität (Freitext)
Treffer gesamt	2093
Σ CCMed	127

Diese Begriffskombination wurde bereits komplett über die PubMed-Suche abgebildet und dient an dieser Stelle der Exploration deutscher Publikationen über CCMed. Von 127 Treffern wurden 5 einbezogen, die nachfolgend dargestellt werden.

Ergebnisdarstellung und Bewertung CCMed:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Wobrock T et al.:	Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation.	2009	Ja	Grundlagenpublikation zu Indikatoren und Leitlinienimplementierung. Relevant für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Steinert T et al.:	Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergriffen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation.	2009	Ja	Befasst sich mit dem Prozessmanagement basierend auf systematischen Ablauf- und Dokumentationsanalysen. Hohe Relevanz.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Schanz B, Scheurich A	Systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse anhand einer psychiatrischen Beispielstation: Es kommt darauf an, was man erreicht, nicht was man macht!	2008	Ja	Oben bereits einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Richter D	Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung - Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme.	2004	Ja	Grundlagenpublikation zu spezifischen Qualitätsindikatoren.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Mann K et al.:	Standardisierte Verlaufsdocumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung.	2003	Ja	Befasst sich mit Standardisierungen von Abläufen zur Verbesserung der Prozessqualität. Als Grundlagenliteratur einbezogen.

## 2.9.2 Rechercheergebnisbewertung ZBMed/MEDPILOT

Es wurden über die gelisteten Datenbanken vier für das Thema wichtige Publikationen aufgefunden, eine wurde bereits über eine andere Recherche einbezogen.

## 2.9.3 Vorstellung einbezogener Publikationen ZBMed/MEDPILOT

Die aufgefundenen Publikationen bilden wichtige Themengebiete ab. WOLFERSDORF (2003)<sup>95</sup> beschäftigt sich mit der Umsetzung von Ergebnissen eines Audits suizidpräventiver Maßnahmen. Aus dieser Publikation können inhaltliche Impulse zum Thema der Suizidprophylaxe extrahiert werden. TAYLOR & JONES (2006)<sup>96</sup> berichten zu einem integrierten Auditsystem. SCHWEITZER et al. (2005)<sup>97</sup> greifen mit ihrer radikal systemischen Sichtweise Prozesse in psychiatrischen Organisationen auf und liefern mit systemischen Checklisten Anregungen zur Bewertung eines klinischen Auditverfahrens. (Beispiel: „*Wenn Krankenhäuser Besuch bekommen. Der Besuch mit der Reflexionsliste*“).

WOBROCK et al. (2009)<sup>98</sup> und RICHTER (2004)<sup>99</sup> befassen sich mit spezifischen Qualitätsindikatoren und Grundlagen der Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung und stellen damit Grundlagenwissen zur Prozesssteuerung bereit.

SCHANZ & SCHEURICH (2008)<sup>100</sup>, STEINERT et al. (2009)<sup>101</sup> und MANN et al. (2003)<sup>102</sup> liefern mit ihren Publikationen einen wesentlichen Beitrag zu Analysen der Prozess- und Ergebnisqualität sowie Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung.

---

<sup>95</sup> Wolfersdorf M: Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus. Einige Gedanken im Zusammenhang mit dem Audit bez. suizidpräventiver Maßnahmen im Psychiatrie-Zentrum Schaffhausen am 12. April 2002. Suizidprophylaxe 2003, Band 30, Heft 1, Seite(n) 23. ISSN 0173-458X.

<sup>96</sup> Taylor L, Jones S: Clinical governance in practice: closing the loop with integrated audit systems. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006. 13 (2). 228-233

<sup>97</sup> Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4

<sup>98</sup> Wobrock T et al.: Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009. 259 (Suppl 2). S219-S226

<sup>99</sup> Richter D: Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung - Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme. Krankenhauspsychiatrie. 2004. 15. 104-113

<sup>100</sup> Schanz B, Scheurich A: Systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse anhand einer psychiatrischen Beispielstation: Es kommt darauf an, was man erreicht, nicht was man macht!. Pflegezeitschrift. 2008. 11. 620-623.

<sup>101</sup> Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergriffen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik. 2009. 14. 44-48.

<sup>102</sup> Mann K et al.: Standardisierte Verlaufsdocumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung. Nervenarzt. 2003. 74 (3). 235-244

## 2.10 Handrecherche

Es wurde zur Ergänzung eine Handrecherche in den Publikationen des PSYCHIATRIE-VERLAGS<sup>103</sup> und der DGPPN<sup>104</sup> durchgeführt (Erste Strategie).

In den privaten wie dienstlichen Beständen des Autors befinden sich eine Vielzahl von Büchern und Fachzeitschriften zu Themen des Qualitäts-, Projekt- und Prozessmanagements sowie der Pflege- und Medizinwissenschaften. Darüber hinaus wird ein dienstlicher Bestand an Fachartikeln verschiedener Fachbereiche vorgehalten, der regelmäßig anhand festgeschriebener Kriterien erweitert und aktualisiert wird. Zum 31.03.2011 befanden sich mehr als 15.000 Publikationen in diesem Bestand, es wurden alle Artikel der Bereiche Qualitätsmanagement, Qualitätsindikatoren, Qualitätsaudits, Patientensicherheit, Leitlinien und Psychiatrie gesichtet und bewertet. Des Weiteren wurden Empfehlungen der betreuenden Professoren ausgesprochen, insbesondere zu Literatur zur Bewertung. Alle einbezogenen Publikationen werden nachfolgend vorgestellt (Zweite Strategie).

### 2.10.1 Rechercheergebnisse Handrecherche

Suchstrategie 1:

Institution	Psychiatrie-Verlag
Datenbank(en)	Online-Bestand
Suchbegriff(e)	Handrecherche
Treffer	1
Institution	DGPPN
Datenbank(en)	Online-Publikationsverzeichnis
Suchbegriff(e)	Handrecherche
Treffer	1

---

<sup>103</sup> (M.M.) <http://www.psychiatrie-verlag.de/> 28.02.2011, 19:32 Uhr

<sup>104</sup> (M.M.) <http://www.dgppn.de> 28.02.2011, 19:45 Uhr

Ergebnisdarstellung und Bewertung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Bundesverband ev. Behindertenhilfe e.V., Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (Hg.)	PPQ: ProPsychiatrieQualität Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement.	2009	Ja	Generalistisches Werk zu Qualitätsanforderungen und Qualitätsmanagement in der Sozialpsychiatrie
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Möller HJ (Hrsg.)	Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 6, Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie.	2003	Ja	Konsensusmeinung zur Therapie mit psychiatrisch wirksamer Medikation. Wesentlich für das Thema.

Suchstrategie 2:

Institution	Eigenbestände
Datenbank(en)	Eigene und dienstliche Bestände des Autors
Suchbegriff(e)	Handrecherche in den Beständen
Treffer	39



Ergebnisdarstellung und Bewertung:

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
1	Krause P et al.	Interventionen Psychiatrischer Pflege	2004	Ja	Relevantes Grundlagenwissen, einzelne enthaltene Artikel beschreiben qualitativ Prozesse.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
2	Sauter D et al.	Lehrbuch psychiatrische Pflege	2006	Ja	Relevantes Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
3	Arbeits- gemein- schaft für Methodik und Do- kumenta- tion in der Psychia- trie (Hrsg.)	Das AMDP- System	2007	Ja	Allgemein anerkanntes System der Beschreibung psychiatrischer Phänomene im Rahmen der Kodierung nach ICD 10 und DSM IV.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
4	Gaebel F et al.	Routinedaten in der Psychatrie. Sektorenüber- greifende Ver- sorgungsfors- chung und Qualitätssiche- rung	2009	Ja	Grundlagenwissen zu den Möglichkeiten der Qualitätssicherung mit Routinedaten in der Psychiatrie.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
5	Luhmann N	Einführung in die Systemtheo- rie	2004	Ja	Grundlagenwissen der Systemtheorie. Nachschlagewerk.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
6	Bundes- ministe- rium für Gesund- heit	Leitfaden zur Qualitätsbeurtei- lung in Psychia- trischen Klini- ken.	1996	Ja	Grundlagenwerk zur Qualitätsbeurteilung unabhängig von den aktuellen Finanzierungsgrundlagen.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
7	Augurzky B et al.	Krankenhaus Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit.	2008	Ja	Kontextwissen zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
8	Ise W	DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar.	2001	Ja	Kontextwissen zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
9	Stranz St, Schanz B	DRGs sind grundsätzlich möglich	2010	Ja	Kontextwissen zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
10	Bormuth M	Psychiatrie als Kulturwissenschaft. Überlegungen nach Max Weber.	2010	Ja	Kontextwissen zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
11	Kunze H, Schmidt-Michel PO	Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.	2007	Ja	Kontextwissen zur PSYCH-PV.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
12	Oldham JM	Quality Improvement in Psychiatry: Why Measures Matter.	2008	Ja	Publikation zur Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie. Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
13	Rössler W	Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?	2003	Ja	Grundsätzliche Überlegungen zur Definition von Qualität in der Psychiatrie. Grundlagenwissen.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
14	Harnett PJ et al.:	Refocusing acute psychiatry, performance management, standards and accountability, a new context for mental health nursing.	2009	Ja	Es werden Aspekte der Standardisierung in der Akutpsychiatrie aufgegriffen. Grundlagenwissen zum Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
15	Dyer JG, McGuinness TM	Update on Early Intervention in Schizophrenia.	2008	Ja	Grundlagenwissen zu frühzeitigen Interventionsmöglichkeiten bei Psychosen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
16	Hewer W	Anhaltend hohe Sterblichkeit. Wichtig ist eine allgemeinmedizinische Behandlung, die auf die spezifischen Belange dieser Patientengruppe zugeschnitten ist.	2010	Ja	Bildet wichtige Schnittstelle zur somatischen Medizin ab, daher ggf. relevant für das Verfahren.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
17	Page MJ et al.	Using an accreditation scheme to demonstrate quality in mental healthcare settings.	2010	Ja	Bericht zum angewandten Akkreditierungsschema für psychiatrische Stationen in England. Es werden Impulse für die Verfahrensentwicklung erwartet.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
18	Selbmann HK, Kopp I	Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag.	2005	Ja	Autoren führen aus zur Implementierung von LL im psychiatrischen Kontext. Grundlagenwissen, ggf. Übertragbarkeit.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
19	Callaly T et al.	Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk.	2010	Ja	Autoren berichten zur Identifikation des Wiederaufnahmerisikos innerhalb 28 Tagen („Drehtüreffekt“). Als Kontextwissen der Versorgung psychisch Kranker aufgenommen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
20	Watkins K et al.:	Developing Medical Record-Based Performance Indicators to Measure the Quality of Mental Health-care.	2011	Ja	Qualitätsmessungen anhand Dokumentationsbezogener Qualitätsindikatoren. Wesentliches Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
21	Clarke DE et al.:	The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting.	2010	Ja	Publikation zur Möglichkeit der standardisierten Vorhersage gewalttätiger Übergriffe. Als Beitrag zur Patientensicherheit relevant.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
22	Grann M et al.:	Psychiatric Risk Assessment Methods. Are Violent Acts Predictable? A Systematic Review.	2005	Ja	Übersichtsarbeit zum Risikoassessment und zur Vorhersage gewalttätiger Übergriffe. Relevant für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
23	Richter D, Needham I	Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht.	2007	Ja	Übersichtsarbeit zu den Effekten von Trainingsprogrammen. Relevant für das Thema im manageriellen Kontext.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
24	Rohde M	Gewaltprävention auf psychiatrischen Akutstationen als Aufgabe der Pflege.	2008	Ja	Präventive Gestaltung der Versorgungsprozesse. Kontextwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
25	Johnson ME	Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units.	2010	Ja	Autoren führen zur Vermeidung von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Einheiten aus. Relevant für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
26	Steinert T, Lepping P	Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries.	2009	Ja	Europäischer Vergleich im Umgang mit gewalttätigen Patienten. Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
27	Lepping Pet al.:	Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence.	2009	Ja	Vergleich dreier europäischer Länder zum Sicherheitserleben auf psychiatrischen Stationen mit Analyse der beitragenden Faktoren. Relevant für das Thema.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
28	Janssen W et al.	The influence of staffing levels on the use of seclusion.	2007	Ja	Einflussgröße Personalausstattung im Verhältnis zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
29	Niméus A et al	The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters.	2000	Ja	Standardisierte Erhebung des Phänomens der Suizidalität. Grundlagenwissen.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
30	Bowers L et al.:	Real world application of an intervention to reduce absconding.	2005	Ja	Beschreibt Interventionen zur Reduktion des unerlaubten Entweichens. Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
31	van der Merwe M et al.	Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review.	2009	Ja	Übersichtsarbeit zum Thema der geschlossenen Tür. Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
32	Gören JL et al.:	Development and Delivery of a Quality Improvement Program to Reduce Antipsychotic Polytherapy.	2010	Ja	Beschreibt Qualitätsverbesserungsprogramm zur Reduktion der antipsychotischen Polytherapie (Praxis zur LL-Empfehlung). Grundlagenwissen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
33	Moldaschl M	Audit- Explosion und Controlling-Revolution	2005	Ja	Zur Bewertung des Verfahrens als Kontextliteratur einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
34	Power M	From Risk Society to Audit Society	1997	Ja	Zur Verfahrensanalyse als Systemische Grundlage einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
35	Becker A, Beck U	Personalausstattung und Ergebnisqualität	2010	Ja	Kontextliteratur zum Thema Personalausstattung als Qualitätsdimension. Zur Verfahrensanalyse einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
36	Gärtner HW	Schwerfälliger Tanker oder flotte Fregatte? Zur Veränderungsfähigkeit von sozialen Organisationen.	2008	Ja	Kontextliteratur zum Veränderungsmanagement in sozialen Systemen. Zur Verfahrensanalyse einbezogen.

Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
37	Fischer M	Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive.	2010	Ja	Kontextliteratur zur Gestaltung von Krankenhäusern. Eröffnet Differenzierungsmöglichkeiten.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
38	Simon FB	Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus.	2007	Ja	Zur Verfahrensanalyse als Systemische Grundlage einbezogen.
Nr	Autor	Titel	Jahr	Einb.	Begründung
39	Küpper W, Ortmann G	Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen	1992	Ja	Buchb wurde wegen eines Fachartikels von Luhmann zur Verfahrensanalyse als Systemische Grundlage einbezogen.

### 2.10.2 Rechercheergebnisbewertung Handrecherche

Über die Recherche wurde ein Buch über den Psychiatrie-Verlag aufgefunden und einbezogen. Acht Bücher fanden sich in den Beständen des Autors. Zudem konnten aus dem dienstlichen Bestand archivierter Fachartikel 30 aufgefunden und einbezogen werden.

### 2.10.3 Vorstellung einbezogener Publikationen Handrecherche

Die Werke von LUHMANN (2004)<sup>105</sup>, GÄRTNER (2008)<sup>106</sup>, MOLDASCHL (2005)<sup>107</sup> POWER (1997)<sup>108</sup>, KÜPPER & ORTMANN (1992)<sup>109</sup> und SIMON (2007)<sup>110</sup> wurden als Systemische Kontextliteratur zur Verfahrensanalyse und Bewertung einbezogen.

AUGURZKY et al. (2008)<sup>111</sup>, BECKER & BECK (2010)<sup>112</sup>, ISE (2001)<sup>113</sup>, STRANZ & SCHANZ (2010)<sup>114</sup>, BORMUTH (2010)<sup>115</sup>, KUNZE & SCHMIDT-MICHEL (2007)<sup>116</sup>, OLDHAM et al. (2008)<sup>117</sup> und RÖSSLER (2003)<sup>118</sup> befassen sich mit den Grundlagen der Finanzierung und weiterem Grundlagenwissen und sind daher im Gesamtkontext als relevant einzustufen.

KRAUSE et al. (2004)<sup>119</sup>, SAUTER et al. (2006)<sup>120</sup>, AMDP (2007)<sup>121</sup>, GAEBEL et al. (2009)<sup>122</sup> und das BMG (1996)<sup>123</sup> beschreiben Grundlagen in der psychiatrischen Versorgung und werden als Basiswissen angewendet.

DYER & McGUINNESS (2008)<sup>124</sup> berichten zu frühen Interventionsmöglichkeiten bei der Schizophrenie.

HEWER (2010)<sup>125</sup> bilden in ihrer Studie zur Sterblichkeit psychiatrisch erkrankter Patienten Hinweise auf relevante Schnittstellen zur Somatik ab.

---

<sup>105</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004 (ISBN: 978-3-89670-459-7).

<sup>106</sup> Gärtner HW: Schwerfälliger Tanker oder flotte Fregatte? Zur Veränderungsfähigkeit von sozialen Organisationen. In: Norbert Schuster: Management und Theologie. Führen und Leiten als spirituelle und theologische Kompetenz. Freiburg 2008, 77-88.

<sup>107</sup> Moldaschl M: Audit-Explosion und Controlling-Revolution. Zur Verstetigung und Verselbständigung reflexiver Praktiken in der Wirtschaft. Soziale Welt 56:2-32-3, 267-294, NOMOS, 2005.

<sup>108</sup> Power M: From Risk Society to Audit Society. Soziale Systeme 3, H.1, S. 3-21. Lucius&Lucius, 1997.

<sup>109</sup> Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8.

<sup>110</sup> Simon FB: Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Car-Auer Verlag 2007. (ISBN: 978-3-89670-547-1).

<sup>111</sup> Augurzky B et al.: Krankenhaus Rating Report 2008 - Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI, 04/2008, ISBN 978-3-86788-040-4, [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M\\_41\\_-\\_Krankenhaus-Rating-2008.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_41_-_Krankenhaus-Rating-2008.pdf)

<sup>112</sup> Becker A, Beck U: Personalausstattung und Ergebnisqualität. Die Schwester/Der Pfleger. 2010. 49 (1). 74-79.

<sup>113</sup> Ise W: DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar. ku (Krankenhaus Umschau). 2001. 70(1). 57-58.

<sup>114</sup> Stranz St.; Schanz B.: DRGs sind grundsätzlich möglich. So könnte das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie aussehen. ku (Krankenhaus Umschau). 2010. 79 (6). 17-21.

<sup>115</sup> Bormuth M.: Psychiatrie als Kulturwissenschaft Überlegungen nach Max Weber. Nervenarzt. 2010. 81 (11). 1346-1353

<sup>116</sup> Kunze H, Schmidt-Michel PO: Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt. 2007. 78 (12). 1460-1468

<sup>117</sup> Oldham JM et al.: Quality Improvement in Psychiatry: Why Measures Matter. J Psychiatr Pract. 2008. 14 (Suppl 2). 8-17.

<sup>118</sup> Rössler W: Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?. Nervenarzt. 2003. 74 (7). 552-560.

<sup>119</sup> Krause P et al.: Interventionen psychiatrischer Pflege. Ibicura 2004. ISBN 3-9809304-8-3.

<sup>120</sup> Sauter D et al. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege; Verlag Hans Huber 2006 (ISBN 3-456-84273-2)

<sup>121</sup> Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.): Das AMDP-System; Hogrefe Verlag GmbH 2007 (ISBN: 3-8017-1925-1)

<sup>122</sup> Gaebel F et al: Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung; Steinkopff Verlag 2009 (ISBN: 978-3-7985-1874-2)

<sup>123</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

<sup>124</sup> Dyer JG, McGuinness TM: Update on Early Intervention in Schizophrenia. J Psychosocial Nurs . 2008. 46 (6). 19-22.



HARNETT et al. (2009)<sup>126</sup> greifen den Aspekt des „Performance Management“ für den Bereich der akutpsychiatrischen Pflege auf und führen die Vorteile transparenter Verfahrensstandards auf.

PAGE et al. (2010)<sup>127</sup> berichten zur Einführung eines Akkreditierungsschemas für psychiatrische Intensivstationen in England mit dem Namen „AIMS-PICU“, das vom Royal College of Psychiatrists 2009 inhaltlich entwickelt wurde und nach deren Anforderungen psychiatrische Intensivstationen zertifiziert bzw. akkreditiert werden können. Die inhaltlichen Kategorien sind nur über den Log-In-Bereich der Homepage verfügbar (nur für Mitglieder der Fachgesellschaft) und können deshalb leider nicht einbezogen werden.<sup>128</sup>

SELBMANN & KOPP (2005)<sup>129</sup> zeigen Möglichkeiten zur Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag auf.

WATKINS et al. (2011)<sup>130</sup> stellen die Entwicklung von Leistungsindikatoren zur Bewertung der psychiatrischen Versorgungsqualität vor. In weiteren Entwicklungsschritten sollen diese verfeinert werden.

CALLALY et al. (2010)<sup>131</sup> führen aus zur gezielten Entlassplanung und Vermeidung frühzeitiger Wiederaufnahmen.

GÖREN et al. (2010)<sup>132</sup> erläutern ihr Programm zur Qualitätsverbesserung in Bezug zum Phänomen der medikamentösen antipsychotischen Polytherapie.

GRANN et al. (2005)<sup>133</sup> führen aus zur Vorhersage von Gewaltübergriffen und können gestützt über ihr Review eine Zuverlässigkeit von 70-75% über aktuelle Risk-Assessment-Methoden nachweisen.

RICHTER & NEEDHAM (2007)<sup>134</sup> stellen die Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in einer systematischen

---

<sup>125</sup> Hewer W: Anhaltend hohe Sterblichkeit. Wichtig ist eine allgemeinmedizinische Behandlung, die auf die spezifischen Belange dieser Patientengruppe zugeschnitten ist. Deutsches Ärzteblatt. 2010. 2. 68-70.

<sup>126</sup> Harnett PJ et al.: Refocusing acute psychiatry, performance management, standards and accountability, a new context for mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009. 16. 434-439.

<sup>127</sup> Page MJ et al.: Using an accreditation scheme to demonstrate quality in mental healthcare settings. Demonstrating quality is an important aim for all healthcare services. An accreditation scheme allowed mental health services to show their strengths. Nurs Time. 2010. 106 (25). 18-19.

<sup>128</sup> (M.M.) <http://www.rcpsych.ac.uk/quality/quality.accreditationaudit/aims-old/aims-picudata.aspx> 05.03.2011, 22:05 Uhr

<sup>129</sup> Selbmann HK, Kopp I: Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Psychiatrie. 2005. 1. 33-38.

<sup>130</sup> Watkins K et al.: Developing Medical Record-Based Performance Indicators to Measure the Quality of Mental Healthcare. J Healthc Qual. 2011. 33 (1). 49-67.

<sup>131</sup> Callaly T et al.: Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk. Aust Health Rev. 2010. 34 (3). 282-285.

<sup>132</sup> Gören JL et al.: Development and Delivery of a Quality Improvement Program to Reduce Antipsychotic Polytherapy. J Manag Care Pharm. 2010. 16 (6). 393-401.

<sup>133</sup> Grann M et al.: Psychiatric Risk Assessment Methods. Are Violent Acts Predictable? A Systematic Review. SBU. 2005. 175. 3-13.

Literaturübersicht dar. ROHDE (2005)<sup>135</sup> sieht in der Gewaltprävention auf Psychiatrischen Akutstationen eine wesentliche Aufgabe der Pflege, die sich in der Gestaltung eines gewaltarmen Milieus zeigen sollte. Zur Reduktion von Gewalt und Isolation auf psychiatrischen Stationen führt JOHNSON (2010)<sup>136</sup> in ihrem Review aus und gibt eine umfassende Übersicht der aktuellen Studienlage zum Thema.

Zu den unterschiedlichen Formen der Behandlung gewalttätiger und aggressiver Patienten in 16 europäischen Ländern berichten STEINERT & LEPPING (2009)<sup>137</sup>.

Zur Anwendung der Broset Violence Checklist auf einer psychiatrischen Intensivstation berichten CLARKE et al. (2010)<sup>138</sup>. Über einen Zeitraum von 5 Jahren kann ein positiver Nutzen bei bekannten und unbekanntem Patienten aufgezeigt werden.

LEPPING et al. (2009)<sup>139</sup> berichten zur Wahrnehmung der Stationsleiter zur Sicherheit auf den Stationen in Großbritannien, Deutschland und der Schweiz.

JANSSEN et al. (2007)<sup>140</sup> beziehen sich in ihrer Studie auf den Einfluss von Teamfaktoren hinsichtlich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Eine größere Anzahl weiblicher zu männlichen Pflegekräften und geringerer Erfahrungsstand des Personals waren assoziiert mit höheren Raten von Zwangsmaßnahmen.

BOWERS et al. (2005)<sup>141</sup> et al. berichten zu einer pflegerischen Intervention zur Reduktion des unerlaubten Entweichens von einer psychiatrischen Station. Zu verschiedenen Aspekten der „geschlossenen Tür“ in der Akutpsychiatrie führen VAN DER MERWE et al. (2009)<sup>142</sup> aus, können aber aus ihrem Review aufgrund geringer Studienanzahl und stark unterschiedlichen Settings keine allgemeingültigen Empfehlungen ableiten.

---

<sup>134</sup> Richter D, Needham I: Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe - Systematische Literaturübersicht. Psychiatr Praxis. 2007. 34. 7-14

<sup>135</sup> Rohde M: Gewaltprävention auf psychiatrischen Akutstationen als Aufgabe der Pflege. Psych Pflege Heute. 2008, 14. 147-152.

<sup>136</sup> Johnson ME: Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. Issues Ment Health Nurs. 2010. 31 (3). 181-197.

<sup>137</sup> Steinert T, Lepping P: Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. Eur Psychiatr. 2009. 24 (2). 135-141.

<sup>138</sup> Clarke DE et al.: The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. J Psychiatric Ment Health Nurs. 2010. 17 (7). 614-620.

<sup>139</sup> Lepping P et al.: Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. J Psychiatric Ment Health Nurs. 2009. 16 (7). 629-635.

<sup>140</sup> Janssen W et al.: The influence of staffing levels on the use of seclusion. Int J Law Psychiatry. 2007. 30 (2). 118-126.

<sup>141</sup> Bowers L et al.: Real world application of an intervention to reduce absconding. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005. 12 (5). 598-602.

<sup>142</sup> Van der Merwe M et al.: Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. J Psychiatric Ment Health Nurs. 2009. 16. 293-299.

Zur „Suicide Assessment Scale (SUAS)“ führen NIMÉUS et al. (2000)<sup>143</sup> aus und beschreiben hierin eine Methode zur Ergänzung der klinischen Einschätzung mit Hilfe objektivierbarer Daten.

## **2.11 Darstellung des Recherchegesamtresultates**

Aus den verschiedenen Recherchen konnten relevante Dimensionen der psychiatrischen Versorgung extrahiert werden. International zeigen sich gute Ansätze und Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung im Fachbereich der psychiatrischen Versorgung, die sich für die Bewicklung und Bewertung eines klinischen Auditverfahrens eignen. Die vertiefte Vorstellung der Ergebnisse erfolgt unter 2.12.

---

<sup>143</sup> Niméus A et al.: The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. Eur Psychiatr. 2000. 15 (7). 416-423.

## 2.12 Entwicklung der theoretischen Verfahrensgrundlage

Die recherchierten Inhalte wurden im nächsten Schritt vertieft ausgearbeitet und themenspezifisch geordnet. Hieraus ergibt sich folgende Darstellung:

### Allgemeines

Die PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (PSYCH-PV, 1991)<sup>144</sup> wurde zur Verbesserung der Behandlungsqualität in psychiatrischen Kliniken erlassen, zudem sollte ein geregelter Personalzuwachs realisiert werden. Die modernisierte psychiatrische Krankenhausbehandlung basiert hiernach auf folgenden Rahmenbedingungen:

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

Patienten sollen entsprechenden Behandlungsbereichen zugeordnet werden, die Personalausstattung wiederum in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt werden (§4).

Die Personalstellen für eine Berufsgruppe können auch mit Fachkräften anderer Berufsgruppen besetzt werden, soweit das zugrundeliegende therapeutische Konzept erfüllt wird (§6).

KUNZE & SCHMIDT-MICHEL (2007)<sup>145</sup> berichten zur Gegenwärtigen Erosion der Psych-PV und der zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.

Der von der Bundesministerium für Gesundheit beauftragte LEITFADEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER PSYCHIATRIE (1996)<sup>146</sup> beabsichtigte die Entwicklung des Qualitätsmanagements in Psychiatrischen Kliniken durch Anregung der beteiligten Mitarbeiter sowie Krankenhausträger hinsichtlich Ihrer Ver-

---

<sup>144</sup> Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV) <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf> 08.02.2011, 22:03 Uhr

<sup>145</sup> Kunze H, Schmidt-Michel PO: Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt. 2007. 78 (12). 1460-1468

<sup>146</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

antwortung für die Ihnen anvertrauten Patienten. Gleichzeitig fordert er auf, die Leitlinienentwicklung voranzutreiben, vergleichende Qualitätssicherungsprogramme und Richtlinien für die Weiterbildung der therapeutischen Berufsgruppen aufzulegen. Als Grundlage für die Versorgung in psychiatrischen Kliniken werden folgende Qualitätsanforderungen (Ziel- und Handlungsvorgaben) definiert:

## **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

**Abb.3: Qualitätsanforderungen für Psychiatrische Kliniken.**<sup>147</sup>

<sup>147</sup> Entnommen aus: Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

Die Qualitätsanforderungen werden in einer Kontextmatrix den jeweiligen Prozessschritten des Behandlungsverlaufs zugeordnet (Aufnahme bis Verlegung oder Entlassung) und sind somit in der Praxis leichter überprüfbar.

Über dieses Instrument soll in den Fokus der Beobachtung genommen werden:

- Patient (Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis)
- Behandlungseinheit (Behandlungskonzept und praktische Umsetzung im multiprofessionellen Team)
- Institution (stationsübergreifende Konzepte, Rahmenbedingungen)

Der BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE e.V. hat in Zusammenarbeit mit dem CARITAS BEHINDERTENHILFE UND PSYCHIATRIE e.V. ein im Arbeitsfeld der Sozialpsychiatrie entwickeltes, leitzielorientiertes Qualitätsmanagementsystem mit dem Namen PPQ - PRO PSYCHIATRIE QUALITÄT<sup>148</sup> herausgegeben. In der überarbeiteten Version (2009) werden folgende fachlich-ethische Leitziele berücksichtigt:

- Würde achten- Rechte sicherstellen
- Selbstbestimmung wahren- Eigenverantwortung stärken
- Verantwortung in gegenseitiger Achtsamkeit übernehmen
- Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen
- Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten
- Leiden und Symptome vermindern
- Mit Ressourcen nachhaltig umgehen

Das Qualitätsmanagementsystem baut sich über sechs PPQ-Qualitätsdimensionen auf, denen sich alle Aktivitäten in der (sozial-) psychiatrischen Versorgung zuordnen lassen:

- Hilfeplanung, -gestaltung und -evaluation
- Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen
- Beteiligung der Angehörigen

---

<sup>148</sup> Bundesverband evang. Behinderhilfe e.V. (Hrsg.); ProPsychiatrieQualität; Psychiatrie-Verlag GmbH 2009 (ISBN 978-3-88414-474-9)

- Gemeinwesenorientierung
- Organisationsentwicklung
- Personalentwicklung

Triologisch entwickelte Qualitätsindikatoren bilden die Grundlage für die Auswahl der geeigneten Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements.

Die ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION e.V. (AMDP, 2007)<sup>149</sup> hat ein umfangreiches Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde und einen Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes entwickelt.

CASSIDY & CRAMER (2009)<sup>150</sup> sehen im EFQM-Modell eine geeignete Möglichkeit, Qualitätsmanagement in der Psychiatrie zu etablieren und zeigen hierzu Möglichkeiten und Problemfelder auf.

WILKENING et al. (2007)<sup>151</sup> stellen die Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation vor. Über eine explorative Feldstudie wurden Behandlungsverläufe von Patienten erfasst und hinsichtlich der Ergebnisindikatoren Psychopathologie, psychosoziales Funktionsniveau, Gewaltanwendung von Seiten des Patienten, Zwangsmaßnahmen, Suizidversuche, rechtlicher Status und Therapiemotivation des Patienten ausgewertet. Zur Entlassung konnte über die genutzten Instrumentarien (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Hamilton Depression Rating Scale (HAMD), Global Assessment of Function (GAF), Symptom-Checkliste (SCL-9)) über alle Diagnosegruppen hinweg eine potentielle Veränderung signifikant abbilden. Das eingesetzte Datenerhebungsinstrument ist nach Meinung der Autoren geeignet, Behandlungsergebnisse zu erfassen und die Befunde in die therapeutische Arbeit zurückfließen zu lassen.

Zur Qualitätsentwicklung führen OLDHAM et al. (2008)<sup>152</sup> aus. Als Schwerpunkt sollen über die Messung und Überwachung der Leistung unerwünschte Variationen klinischen Handelns reduziert werden. Kern der Qualitätsverbesserung sind die Einführung klinischer Praxis-Leitlinien, entsprechende Prozessgestaltung,

---

<sup>149</sup> Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie e.V. (Hrsg.): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe, Göttingen 2007. (ISBN 978-3-8017-1825-8)

<sup>150</sup> Cassidy C, Kramer M: UPK Basel: Recognised for Excellence. Psychiatrie und EFQM. MQ Management und Qualität. 2009. 5. 18-20

<sup>151</sup> Wilkening A et al.: Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation. Ziele, Methodik und erste Ergebnisse eines Projektes zur Qualitätssicherung. Wien Klin Wochenschr. 2007. 119 (21-22). 654-662

<sup>152</sup> Oldham JM et al.: Quality Improvement in Psychiatry: Why Measures Matter. J Psychiatr Pract. 2008. 14 (Suppl 2). 8-17

Messung der Prozessleistung und – wenn erforderlich – erneute Anpassung der klinischen Prozesse.

TAYLOR & JONES (2005)<sup>153</sup> berichten zur Überprüfung der klinischen Praxis durch ein integriertes Auditsystem, das organisationale und klinische Entscheidungen gleichermaßen reflektiert und auch auf andere Bereiche übertragen werden kann.

RÖSSLER (2003)<sup>154</sup> führt aus zur Definition von Qualität in der psychiatrischen Versorgung, indem er die politischen Entwicklungen heranzieht und zu strukturellen Grundlagen Stellung bezieht. Das Konzept der „bedarfsgerechten Versorgung“ wird kritisch diskutiert.

Zur Sicht der Patienten über die Qualität der psychotherapeutischen Kompetenzen und des Trainings führen CALABRESE et al. (2010)<sup>155</sup> aus.

HARNETT et al. (2009)<sup>156</sup> greifen den Aspekt des „Performance Management“ für den Bereich der akutpsychiatrischen Pflege auf und führen zum Vorteil transparenter Verfahrensstandards aus.

Zu den Anforderungen an die psychiatrische Fachpflege wurde von SAUTER et al. (2006)<sup>157</sup> das LEHRBUCH PSYCHIATRISCHE PFLEGE herausgegeben, das wesentliche Inhalte über Grundlagen, Rahmenbedingungen, Werkzeuge, Techniken, Pflegekonzepte und spezifische Behandlungssettings abbildet. Zu den einzelnen Schritten des Behandlungsprozesses (Assessment, Pflegediagnose, Ziele, Interventionen) wird in jedem Bereich spezifisch ausgeführt.

Zu frühen Interventionsmöglichkeiten in der Therapie schizophrener Erkrankungen führen DYER & McGUINNESS (2008)<sup>158</sup> zum aktuellen Stand der Diskussion aus.

HEWER (2010)<sup>159</sup> berichtet zur anhaltend hohen Sterblichkeit psychiatrischer Patienten (Serious Mental Illness - SMI), die sich in Teilen mit Faktoren des individuellen Lebenswandels begründen lassen, wobei Tabakkonsum, Bewegungsmangel und Fehlernährung zu nennen sind. In der Gruppe der aufgrund ihrer

---

<sup>153</sup> Taylor L, Jones S: Clinical governance in practice: closing the loop with integrated audit systems. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006. 13 (2). 228-233 [14174]

<sup>154</sup> Rössler W: Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?. Nervenarzt. 2003. 74 (7). 552-560

<sup>155</sup> Calabrese Ch et al.: Psychiatric Residents' Views of Quality of Psychotherapy Training and Psychotherapy Competencies: A Multisite Survey. Acad Psychiatry. 2010. 34 (1). 13-20 [14465]

<sup>156</sup> Harnett P et al.: Refocusing acute psychiatry, performance management, standards and accountability, a new context for mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009. 16. 434-439.

<sup>157</sup> Sauter D et al. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege; Verlag Hans Huber 2006 (ISBN 3-456-84273-2)

<sup>158</sup> Dyer JG, McGuinness TM: Update on Early Intervention in Schizophrenia. J Psychosocial Nurs. 2008. 46 (6). 19-22.

<sup>159</sup> Hewer W: Anhaltend hohe Sterblichkeit. Wichtig ist eine allgemeinmedizinische Behandlung, die auf die spezifischen Belange dieser Patientengruppe zugeschnitten ist. Deutsches Ärzteblatt. 2010. 2. 68-70.



schizophrenen Erkrankung antipsychotisch behandelten Patienten ist die Sterblichkeit jedoch signifikant niedriger als jene der unbehandelten Vergleichsgruppe. Zu einem klinischen Behandlungspfad für Langzeitpatienten mit Schizophrenie führen NAKANISHI et al. (2010)<sup>160</sup> aus. Die frühzeitige, schrittweise Entlassungsplanung und Vorbereitung spielte hierbei eine wesentliche Rolle und wurde in drei Phasen aufgeteilt. Assessment und Zielsetzung erfolgte in Phase 1, Phase 2 bestand aus der Entlassungsvorbereitung und Phase 3 aus der eigentlichen Entlassung.

KTQ (2009)<sup>161</sup> fordert unter 3.2.1 das Management zum Umgang mit Kriseninterventionen (z.B. bei aggressivem oder suizidalen Verhalten).

PAGE et al. (2010)<sup>162</sup> berichten zur Einführung eines Akkreditierungsschemas für Psychiatrische Intensivstationen in England mit dem Namen „AIMS-PICU“, das vom Royal College of Psychiatrists 2009 inhaltlich entwickelt wurde. Das System baut auf evidenzbasierten Qualitätsstandards auf. Zunächst erfolgt auf Ebene des Anforderungskataloges eine „Self Review“, gefolgt vom „Peer Review“ und der Entscheidung zur Akkreditierung. Es können vier Akkreditierungsstufen erreicht werden: „accreditation with excellence“, „accreditation“, „accreditation deferred“, „not accredited“.

BASKIND et al. (2010)<sup>163</sup> evaluierten den Nutzen der Einführung des Akkreditierungsschemas für Psychiatrische Intensivstationen (AIMS) anhand einer explorativen Untersuchung der Sichtweisen der Teilnehmer der Pilotphase (11 Kliniken). Im Vordergrund stehen die insgesamt verbesserte Kommunikation im therapeutischen Team, das verbesserte Schnittstellenmanagement, der klare Praxisbezug durch Erarbeitung klinischer Standards für die Kernprozesse, die Befähigung des Personals gute Qualität sichtbar zu machen und schlechte Qualität frühzeitig wahrzunehmen sowie die Befähigung, bedarfsgerecht Ressourcen einfordern zu können.

SCHANZ & SCHEURICH (2008)<sup>164</sup> erläutern die systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse in ihrer Klinik, indem sie Selbst- und Fremdwahr-

---

<sup>160</sup> Nakanishi M et al.: Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010. 64 (1). 99-103.

<sup>161</sup> KTQ-Manual/KTQ-Katalog 2009 Krankenhaus. Fachverlag Matthias Grimm, Berlin 2009. ISBN 978-3-940286-16-1.

<sup>162</sup> Page MJ et al.: Using an accreditation scheme to demonstrate quality in mental healthcare settings. Demonstrating quality is an important aim for all healthcare services. An accreditation scheme allowed mental health services to show their strengths. *Nurs Time*. 2010. 106 (25). 18-19.

<sup>163</sup> Baskind R et al.: How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. *J Ment Health*. 2010. 19 (5). 405-411.

<sup>164</sup> Schanz B, Scheurich A: Systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse anhand einer psychiatrischen Beispielstation: Es kommt darauf an, was man erreicht, nicht was man macht!. *Pflegezeit-schrift*. 2008. 11. 620-623.

nehmung über standardisierte Assessmentinstrumente erheben und die Ergebnisse zu unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten zusammenführen.

MANN et al. (2003)<sup>165</sup> berichten zur standardisierten Verlaufsdokumentation als Grundlage der Prozessverbesserung. Mit Hilfe standardisierter Assessmentinstrumente und Visualisierungen des Behandlungsverlaufs werden Therapiebewertungen erleichtert und stellen so einen wichtigen Bestandteil des internen QM dar.

CLEMENTS et al. (2006)<sup>166</sup> vergleichen Selbsterhebung des Patienten der psychiatrischen Symptomatik und Fremdeinschätzung des Arztes bzgl. der Vorhersage der Wiederaufnahmerate. Als Instrumente wurden BASIS-32 (Behaviour and Symptom Identification Scale; Selbsterhebung) und GAF (Global Assessment of Function; Arzterhebung). Der höhere Punktwert der BASIS-32-Erhebung war assoziiert mit einem signifikanten Rückgang der 1-Jahres-Wiederaufnahmerate, wohingegen Veränderungen im GAF-Score keine Vorhersagekraft besaßen.

NEILSON & BRENNAN (2001)<sup>167</sup> berichten über ein umfassendes Audit des Bereiches der „Special Observations“ pflegerische Aufgabe. Sie empfehlen, die Verordnungen kritischer und gezielter einzusetzen und besser zu dokumentieren. Schulungsprogramme, insbesondere auch im Risk-Assessment, sollten etabliert werden.

Zur Mortalität und medizinischen Komorbiditäten von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen führen MILLER et al. (2006)<sup>168</sup> aus. Als Haupttodesursachen werden Herzkrankheiten, Suizide, Pneumonien und Influenza beschrieben, als relevante Komorbiditäten wurden Adipositas und Hypertonus beobachtet.

## Leitlinien

SELBMANN & KOPP (2005)<sup>169</sup> zeigen Möglichkeiten auf, Leitlinien effektiv in den Versorgungsalltag zu implementieren.

---

<sup>165</sup> Mann K et al.: Standardisierte Verlaufsdokumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung. *Nervenarzt*. 2003. 74 (3). 235-244.

<sup>166</sup> Clements KM et al.: Comparison of Self-report and Clinician-rated Measures of Psychiatric Symptoms and Functioning in Predicting 1-year Hospital Readmission. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res*. 2006. 33 (5). 568-577.

<sup>167</sup> Neilson P, Brennan W: The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001. 8 (2). 147-155.

<sup>168</sup> Miller BJ et al.: Mortality and Medical Comorbidity Among Patients With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2006. 57 (10). 1482-1487.

<sup>169</sup> Selbmann HK, Kopp I: Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Psychiatrie*. 2005. 1. 33-38.

FORSNER et al. (2010)<sup>170</sup> berichten zu den spezifischen fördernden und hemmenden Bedingungen bei der Einführung klinischer Leitlinien in der Psychiatrie auf Basis einer qualitativen Studie.

FORSNER et al. (2008)<sup>171</sup> führten eine Studie zur Messung der Compliance bei der Anwendung klinischer Leitlinien in Schweden durch. Aktiv implementierte Leitlinien wiesen einen deutlich höheren Anwendungs- und Bekanntheitsgrad aus als solche, die lediglich passiv eingeführt wurden. Im Zuge der passiven Einführung kam es zu keiner Prozessverbesserung.

Zur Einhaltung der Leitlinien im Medikationsmanagement berichten WEINMANN et al. (2005)<sup>172</sup>. Von 508 Personen wurden 17% mit höheren antipsychotischen Dosierungen therapiert, als empfohlen. 73 % der Patienten hatten eine nicht suffiziente antipsychotische Therapie, 58% der Patienten mit depressiver Symptomatik wurden nicht leitlinienkonform behandelt. 53% der Patienten erhielten keine adäquaten Maßnahmen zur Linderung der aufgetretenen Nebenwirkungen. Die Autoren ziehen den Schluß, dass Psychose-Erkrankte mit chronischem Verlauf ein höheres Risiko aufweisen, eine nicht-leitlinienkonforme Therapie zu erhalten.

### **Psychopharmakotherapie**

Die DGPPN führt in der BEHANDLUNGSLEITLINIE PSYCHOPHARMAKOTHERAPIE (2003)<sup>173</sup> zu Indikationen und Kontraindikationen der Psychopharmakotherapie sowie zur Dokumentation aus.

### **Persönlichkeitsstörungen**

Die DGPPN führt in der S2-LEITLINIE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN<sup>174</sup> zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und deren differentialdiagnostischer Abgrenzung aus.

---

<sup>170</sup> Forsner T et al.: Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. BMC Psychiatry. 2010. 10 (8). 1-10.

<sup>171</sup> Forsner T et al.: An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. BMC Psychiatry. 2008. 8.

<sup>172</sup> Weinmann S et al.: Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. Acta Psychiatr Scand. 2005. 112 (1). 18-25.

<sup>173</sup> Möller HJ et al. (Hrsg.), Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 6, Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie. Steinkopf Verlag 2003 (ISBN 3-7985-1359-7)

<sup>174</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-015\\_S2\\_Persoenlichkeitsstoerungen\\_05-2008\\_05-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-015_S2_Persoenlichkeitsstoerungen_05-2008_05-2013.pdf) 20.02.2011, 19:52 Uhr

## Schizophrenie

Die DGPPN äußert sich zur Behandlung der Schizophrenie in ihrer S3-LEITLINIE SCHIZOPHRENIE<sup>175</sup> mit Konkretisierung in Hinblick auf Differentialdiagnostik sowie Erstmanifestation und Wiedererkrankung.

## Unipolare Depression

Über die DGPPN wurde im November 2009 die S3-LEITLINIE/NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE UNIPOLARE DEPRESSION<sup>176</sup> publiziert.

## Therapie bei aggressivem Verhalten

Zur Therapie und zur Vermeidung von aggressivem Verhalten führt die DGPPN in der S2-LEITLINIE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN BEI AGGRESSIVEM VERHALTEN IN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE<sup>177</sup> aus.

## Weitere Leitlinien

Zu verschiedenen Diagnosefeldern liegen Leitlinien vor. Dies sind z.B. Leitlinien zu posttraumatischen Belastungsstörungen, Schmerzbeurteilung, substanzbezogenen Suchtkrankheiten<sup>178</sup>. Allen gemein ist die Forderung nach intensiver psychiatrischer, somatischer und sozialer Anamnese. Es soll ein individueller, multiprofessioneller Behandlungsplan erstellt werden, der in regelmäßigen Abständen evaluiert wird.

Die SIGN-Leitlinien werden aufgrund gleicher inhaltlicher Ausrichtung an dieser Stelle nicht mehr separat aufgeführt.

## Routinedaten und Qualitätsindikatoren

WOBROCK et al. (2009)<sup>179</sup> führen zu Leitlinienimplementierung und Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie aus. Durch Nutzung von Routinedaten, die sowohl den Versorgungsprozess, als auch das Ergebnis abbilden können muss kein zusätzlicher Erhebungsaufwand notwendig werden. Die Implementierung

---

<sup>175</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Schizophrenie [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009k\\_S3\\_Schizophrenie.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie.pdf) 20.02.2011, 19:50 Uhr

<sup>176</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005\\_S3\\_NVL\\_DGPPN-S3\\_Unipolare\\_Depression\\_kurz\\_12-2009\\_05-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005_S3_NVL_DGPPN-S3_Unipolare_Depression_kurz_12-2009_05-2013.pdf) 20.02.2011, 19:45 Uhr

<sup>177</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022k.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022k.pdf) 20.02.2011, 19:55 Uhr

<sup>178</sup> z.B. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-009\\_S2\\_Medikamenten-abhaengigkeit\\_05-2006\\_05-2011.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-009_S2_Medikamenten-abhaengigkeit_05-2006_05-2011.pdf) 20.02.2011, 20:03 Uhr

<sup>179</sup> Wobrock T et al.: Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009. 259 (Suppl 2). S219-S226.

von Leitlinien soll zudem die Lücke zwischen optimaler Versorgung und Routinebehandlung verkleinern.

RICHTER (2004)<sup>180</sup> berichtet in einem Literaturreview über Qualitätsindikatoren in der psychiatrischen Versorgung. Qualitätsindikatoren müssen sowohl die Behandlungsdimensionen (Struktur, Prozess, Ergebnis) berücksichtigen, als auch die verschiedenen Perspektiven (Behandler, Nutzer). Unter Berücksichtigung methodischer Grenzen ist die Qualität in psychiatrischen Einrichtungen messbar und vergleichbar.

GAEBEL et al. (2009)<sup>181</sup> geben eine umfangreiche Übersicht zum aktuellen Stand der Nutzung von Routinedaten in der Psychiatrie im Kontext der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

STEINERT et al. (2009)<sup>182</sup> berichten zur Häufigkeit von Patientenübergriffen und freiheitsberaubenden Zwangsmaßnahmen als wichtigen Qualitätsindikatoren bei stationären psychiatrischen Behandlungen. Durch Implementation einer Kriseninterventionsstation konnten für die Diagnosegruppe „Persönlichkeitsstörungen“ Zwangsmaßnahmen und Übergriffe deutlich reduziert werden, ohne interne und externe Kosten dafür zu steigern. Das angewendete Modell wird als übertragbar auf andere Settings angesehen, zudem wird ein Überblick über sinnvolle Qualitätsindikatoren gegeben.

CALLALY et al. (2010)<sup>183</sup> führen aus zur Wiederaufnahme von Patienten innerhalb von 28 Tagen nach Entlassung. Durch gezielte Entlassplanung sollen nicht notwendige, frühzeitige Wiederaufnahmen reduziert werden. Zu berücksichtigende Einflussgrößen sind u.a. vormalige psychiatrische Aufenthalte, fehlende Entlassungsberichte an den Niedergelassenen, Arbeitslosigkeit, ambulante Weiterbehandlung.

WATKINS et al. (2010)<sup>184</sup> stellen die Entwicklung von Leistungsindikatoren zur Bewertung der psychiatrischen Versorgungsqualität vor. In weiteren Entwicklungsschritten sollen diese weiter verfeinert werden.

---

<sup>180</sup> Richter D: Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung - Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme. Krankenhauspsychiatrie. 2004. 15. 104-113.

<sup>181</sup> F Gaebel et al.: Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung; Steinkopff Verlag (ISBN: 978-3-7985-1874-2)

<sup>182</sup> Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergriffen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik. 2009. 14. 44-48.

<sup>183</sup> Callaly T et al.: Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk. Aust Health Rev. 2010. 34 (3). 282-285.

<sup>184</sup> Watkins K et al.: Developing Medical Record-Based Performance Indicators to Measure the Quality of Mental Healthcare. J Healthc Qual. 2011. 33 (1). 49-67.

## **Personal**

BOWERS (2009)<sup>185</sup> erläutert den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Konflikten (z.B. Aggression, unerlaubtes Entfernen, Substanzmissbrauch) auf psychiatrischen Stationen in England sowie deren Eindämmung. Er beschreibt die Personalausstattung als wichtige Einflussgröße, benennt hierfür aber auch die organisationale Struktur sowie das Aufrechterhalten täglicher Routinen.

## **Aggression, Gewalt und Zwang**

GRASSI et al. (2006)<sup>186</sup> berichten zu einer 7-jährigen italienischen Studie zur Gewalt in psychiatrischen Einheiten. Als Grundlage der Erfassung diente die „Staff Observation Aggression Scale – SOAS“. Bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Gewaltakten konnten zwischen den verschiedenen Diagnosen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Auch konnte hinsichtlich der sozio-demographischen Variablen, der Art der Aufnahme (Zwang bzw. Freiwilligkeit) und auch der organisationalen Bedingungen (z.B. überfüllte Stationen) keine signifikante Unterscheidung getroffen werden.

ABDERHALDEN (2004)<sup>187</sup> berichtet zur systematischen Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos auf Akutstationen. Über eine Modifikation und Übertragung der Norwegischen Broset-Gewaltcheckliste (BVC) zur BVC-CH konnte deren klinische Anwendbarkeit bestätigt und deren Integration in das Assessment generell empfohlen werden.

Zur Anwendung der Broset Violence Checklist auf einer psychiatrischen Intensivstation berichten CLARKE et al. (2010)<sup>188</sup>. Über einen Zeitraum von 5 Jahren kann ein positiver Nutzen bei bekannten und unbekanntem Patienten aufgezeigt werden.

GRANN et al. (2005)<sup>189</sup> führen aus zur Vorhersage von Gewaltübergriffen und können gestützt über ihr Review eine Zuverlässigkeit von 70-75% über aktuelle Risk-Assessment-Methoden nachweisen.

RUZIC et al. (2008)<sup>190</sup> führen zur Vorhersage von Aggression und aggressiven Episoden bei Patienten mit Schizophrenie in der Forensik aus. Insbesondere

---

<sup>185</sup> Bowers L: Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. *Psychiatr Serv.* 2009. 60 (2). 231-239.

<sup>186</sup> Grassi L et al.: Violence in psychiatric units: A 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006. 41 (9). 698-703.

<sup>187</sup> Abderhalden Ch: Systematische Einschätzung des kurzfristigen Gewalttrisikos auf Akutstationen. Buch 0333: Interventionen Psychiatrischer Pflege; P Krause et al. (Hrsg.); Ibcura Verlag 2004 (ISBN 3-9809304-8-3). 2004. . 70-83.

<sup>188</sup> Clarke DE et al.: The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *J Psychiatric Ment Health Nurs.* 2010. 17 (7). 614-620.

<sup>189</sup> Grann M et al.: Psychiatric Risk Assessment Methods. Are Violent Acts Predictable? A Systematic Review. *SBU.* 2005. 175. 3-13.

stark ausgeprägte psychotische Episoden und geringer familiärer Rückhalt werden als wichtige Prädiktoren angesehen.

RICHTER & NEEDHAM (2006)<sup>191</sup> stellen die Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in einer systematischen Literaturübersicht dar. Auch wenn kein eindeutiger Trend zur Reduktion aggressiver Vorfälle beweisbar ist, werden umfassende Trainingsprogramme empfohlen, da sich durchweg positive Effekte auf Wissen und Zuversicht in der Bewältigung schwieriger Situationen einstellen.

ROHDE (2008)<sup>192</sup> sieht in der Gewaltprävention auf Psychiatrischen Akutstationen eine wesentliche Aufgabe der Pflege, die sich in der Gestaltung eines gewaltarmen Milieus zeigen sollte.

Zur Reduktion von Gewalt und Isolation auf psychiatrischen Stationen führt JOHNSON (2010)<sup>193</sup> in ihrem Review aus und gibt eine umfassende Übersicht der aktuellen Studienlage zum Thema.

Zu den unterschiedlichen Formen der Behandlung gewalttätiger und aggressiver Patienten in 16 europäischen Ländern berichten STEINERT & LEPPING (2008)<sup>194</sup> und zeigen auf, dass eine Entwicklung einheitlicher Standards anhand objektiver Daten zukünftig angestrebt werden sollte.

LEPPING et al. (2009)<sup>195</sup> berichten zur Wahrnehmung der Stationsleiter zur Sicherheit auf den Stationen in Großbritannien, Deutschland und der Schweiz. Als für das Sicherheitsempfinden relevante Faktoren werden folgende beschrieben:

- Verfügbarkeit von „Control-and-Restraint-Teams“
- Regelmäßige Trainingseinheiten für das Stationspersonal
- Klare Anweisungen und Leitlinien für den Umgang mit Gewalt
- Standardisierte Risk-Assessments, bevorzugt per SOAS
- Nachbesprechungen von aggressiven Vorfällen und Gewaltanwendung mit Personal und Patienten

---

<sup>190</sup> Ružić K et al.: Predictors of Aggressiveness in Schizophrenic Patients Treated in Inpatient Forensic Institutions. *Coll Antropol.* 2008. 32 (2). 331-337.

<sup>191</sup> Richter D, Needham I: Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe - Systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Praxis.* 2007. 34. 7-14.

<sup>192</sup> Rohde M: Gewaltprävention auf psychiatrischen Akutstationen als Aufgabe der Pflege. *Psych Pflege Heute.* 2008, 14. 147-152.

<sup>193</sup> Johnson ME: Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues Ment Health Nurs.* 2010. 31 (3). 181-197.

<sup>194</sup> Steinert T, Lepping P: Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiatr.* 2009. 24 (2). 135-141.

<sup>195</sup> Lepping P et al.: Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatric Ment Health Nurs.* 2009. 16 (7). 629-635.

Zur Patientensicht des Sicherheitsempfindens führen JONES et al. (2009)<sup>196</sup> aus. Die meisten über Interviews in 60 psychiatrischen Stationen in England befragten Patienten fühlten sich sicher. Diebstahl persönlicher Gegenstände und die leichte Zugänglichkeit zu Drogen führte zu Unsicherheit. Sicherheitserhöhend wirkte sich gegenseitige Unterstützung zwischen den Patienten aus.

JANSSEN et al. (2006)<sup>197</sup> beziehen sich in ihrer Studie auf den Einfluss von Teamfaktoren hinsichtlich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Eine größere Anzahl weiblicher zu männlichen Pflegekräften und geringerer Erfahrungsstand des Personals waren assoziiert mit höheren Raten von Zwangsmaßnahmen.

GALON & WINEMAN (2010)<sup>198</sup> erläutern den Stand der Wissenschaft zum Thema Zwang und gerechten Verfahren in der psychiatrischen Versorgung.

Zur Nowendigkeit eines „Post-Seclusion-Debriefing“ als pflegerische Intervention berichten NEEDHAM & SANDS (2010)<sup>199</sup>, und sprechen sich, basierend auf einer umfangreichen Analyse der klinischen Dokumentation über einen 1-Jahres-Zeitraum, für die Entwicklung eines standardisierten, evidenzbasierten, praxisorientierten Schemas aus, das sowohl den Klienten als auch das therapeutische Team einbezieht.

In einem Review zum Vergleich der Hochsicherheits-Krankenhäuser in Schottland und England führen TAYLOR et al. (2008)<sup>200</sup> zur Gewalt durch Psychose-erkrankte Patienten aus. Auch wenn regionale Unterschiede hinsichtlich beteiligter Komorbiditäten beobachtet wurden, so war insgesamt die Gewaltneigung bei den an Psychosen erkrankten Patienten erhöht.

THOMAS et al. (2009)<sup>201</sup> berichten zu Isolationsmaßnahmen im forensischen Kontext. In einer retrospektiven Analyse über 2 Jahre wurden 44% der Patienten isoliert, diese waren im Durchschnitt jünger, hatten eine ausgeprägtere psychiatrische Geschichte und wiesen höhere Werte im LSI-R: SV (Level of Service Inventory-Revised: Screening Version) auf.

---

<sup>196</sup> Jones J et al.: Psychiatric wards: places of safety?. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010. 17 (2). 124-130.

<sup>197</sup> Janssen W et al.: The influence of staffing levels on the use of seclusion. *Int J Law Psychiatry.* 2007. 30 (2). 118-126.

<sup>198</sup> Galon PA, Wineman NM: Coercion and Procedural Justice in Psychiatric Care: State of the Science and Implications for Nursing. *Arch Psychiatr Nurs.* 2010. 24 (5). 307-316.

<sup>199</sup> Needham H, Sands N: Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspect Psychiatr Care.* 2010. 46 (3). 221-233.

<sup>200</sup> Taylor PJ et al.: Presentations of Psychosis with Violence: Variations in Different Jurisdictions. A Comparison of Patients with Psychosis in the High Security Hospitals of Scotland and England. *Behav Sci Law.* 2008. 26 (5). 585-602.

<sup>201</sup> Thomas SDM et al.: Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. *Int J Ment Health Nurs.* 2009. 18 (1). 2-9.



Zu Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung durch Reduktion von Isolations- und Zwangsmaßnahmen führt KNIGHT (2005)<sup>202</sup> aus. In Ihrer Analyse wurden von 3937 Patienten 129 mindestens einer S&R-Maßnahmen-Episode (Seclusion & Restraint) unterzogen. Diese Patienten wiesen ein niedrigeres GAF-Niveau und eine schlechtere Medikationscompliance auf, ebenfalls überwiegend psychotische Symptomatik. Der Mittelwert des Zeitpunktes der S&R-Maßnahme lag bei 5,3 Tagen nach Aufnahme. Nach Ausführung der Autorin ist somit ein großes Zeitfenster zur Anwendung alternativer Strategien vorhanden, sie empfiehlt ein zuverlässiges Ausfiltern der Risikogruppe bei Aufnahme. Ebenfalls indiziert sind ihrer Meinung nach retrospektive Fallanalysen zur Qualitätsverbesserung.

SALERNO et al. (2008)<sup>203</sup> zeigen auf, dass die nicht-freiwillige Aufnahme grundsätzlich mit höherem Gewaltpotential korreliert. Ausgeübte Gewalt richtet sich zumeist gegen Pflegepersonal. Aggressives Verhalten wurde innerhalb der ersten beiden Tage nach Aufnahme beobachtet, junge psychotische Patienten waren überproportional beteiligt. Trainingsprogramme können helfen das Risiko zu beherrschen.

ANDERS et al: (2002)<sup>204</sup> berichten zu einer Erhebung der Behandlung von 202 an Schizophrenie erkrankten Personen, von denen über die Behandlungsdauer 25% Zwangsmaßnahmen erleiden mussten. Weitere Problemfelder waren die Patientenedukation, das Monitoring von medikamentenbedingten Nebenwirkungen, Behandlungs- und Entlassungsplanung.

Zum pflegerischen Entscheidungsprozess bei der Anwendung von Isolationsmaßnahmen berichten LARUE et al. (2010)<sup>205</sup> Neben Dokumentationsanalysen wurden 24 Pflegepersonen zu den Interventionen vor, während und nach der Episode befragt. Die Autoren folgern, dass systematische Evaluationen der Abläufe jedes Einzelfalles die Prozessqualität weiter verbessern könnten und die Ergebnisse für interne Schulungen genutzt werden sollten.

LARUE et al. (2010)<sup>206</sup> erläutern die dokumentierten Maßnahmen während Episoden von Isolation und Zwang. Als Hauptgründe konnten Agitation, Verwirrtheit und aggressives Verhalten ausgefiltert werden, zudem wurden mehr Maßnahmen abends und nachts als tagsüber durchgeführt.

---

<sup>202</sup> Knight MM: Quality Improvement Initiatives to Minimize Seclusion and Restraint. J Healthc Qual. 2005. 27 (2). 20-25.

<sup>203</sup> Salerno S et al.: Occupational Risk due to Violence in a Psychiatric Ward. J Occup Health. 2009. 51 (4). 349-354.

<sup>204</sup> Anders RL et al.: Assessment of Inpatient Treatment of Patients With Schizophrenia in Japan: Implications for Practice. Arch Psychiatr Nurs. 2001. 15 (6). 265-271.

<sup>205</sup> Larue C et al.: The Nursing Decision Making Process in Seclusion Episodes in a Psychiatric Facility. Issues Ment Health Nurs. 2010. 31 (3). 208-215.

<sup>206</sup> Larue C et al.: Nursing Practices Recorded in Reports of Episodes of Seclusion. Issues Ment Health Nurs. 2010. 31 (12). 785-792.

TUNDE-AYINMODE & LITTLE (2004)<sup>207</sup> zeigen in ihrer Analyse auf, dass 31 % aller untersuchten, akut aufgenommenen Patienten Isolation oder Zwang ausgesetzt waren, abends und nachts wurden mehr Maßnahmen durchgeführt als tagsüber. Sie fordern dazu auf, alle Maßnahmen zu monitorisieren und gewissenhaft zu evaluieren mit dem Ziel einer dauerhaften Reduktion.

NÜTZEL<sup>208</sup> fordert zur Prävention von Gewalt Maßnahmen der Organisationsgestaltung (z.B. Arbeitssicherheit und Arbeitsplatzgestaltung), des Qualitätsmanagements (z.B. Vorgaben zum Umgang mit Aggression, Gefährdungsanalysen, Behandlungsvereinbarungen) und der Personalentwicklung (z.B. Schulungsmaßnahmen).

### **Suizidalität und Selbstverletzung**

SCHOPPMANN (2004)<sup>209</sup> führt aus zu Interventionen bei der Pflege von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten.

KUDO et al. (2010)<sup>210</sup> leiten aus ihrem Gruppenvergleich zum Outcome von Suizidversuchen potentielle Therapie- und Präventionsmöglichkeiten für die verschiedenen Patientenpopulationen ab. Für Patienten aus dem critical-care-Bereich wird die 24-Stunden Betreuung durch einen Psychiater in Ergänzung von einem Sozialarbeiter, einem klinischen Psychotherapeuten sowie einem multi-professionellen Betreuungsteam empfohlen. Für Patienten der psychiatrischen Normalstation können Psychoedukation und spezifische körperliche Ertüchtigungsprogramme zur Verhütung wiederholter Versuche hilfreich sein. Für die nicht-stationär versorgte Klientel sind individuelle Unterstützungs- und Problemlösungssysteme erforderlich.

Zur „Suicide Assessment Scale (SUAS)“ führen NIMEUS et al. (2000)<sup>211</sup> aus und beschreiben hierin eine Methode zur Ergänzung der klinischen Einschätzung mit Hilfe objektivierbarer Daten.

Zur Qualitätsverbesserung der Suizid-Risiko-Assessments in der Notaufnahme führen MAHAL et al. (2009)<sup>212</sup> aus. In Ihrem Review hatten sie 145 Fälle der

---

<sup>207</sup> Tunde-Ayinmode M, Little J: Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australasian Psychiatry*. 2004. 12 (4). 347-351.

<sup>208</sup> Nützel C: Handlungsoptionen des Managements zur Prävention von Gewalt durch Patienten in der Psychiatrie. Diplomarbeit, Hamburger Fern-Hochschule (HFH), 2010, [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=615](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=615)

<sup>209</sup> Schoppmann S: Interventionen bei der Pflege von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten. Buch 0333: Interventionen Psychiatrischer Pflege; P Krause et al. (Hrsg.); Ibicura Verlag 2004 (ISBN 3-9809304-8-3). 2004. . 138-147.

<sup>210</sup> Kudo K et al.: Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and nonhospitalized group. *BMC Psychiatry*. 2010. 10 (4). 1-8.

<sup>211</sup> Niméus A et al.: The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatr*. 2000. 15 (7). 416-423.

<sup>212</sup> Mahal SK et al.: Improving the Quality of Suicide Risk Assessments in the Psychiatric Emergency Setting: Physician Documentation of Process Indicators. *J Am Osteopath Assoc*. 2009. 109 (7). 354-358.

ärztlichen Dokumentation analysiert, viele wesentliche Risikofaktoren fanden in der Anamnese keine Berücksichtigung, was die Gesamtversorgungsqualität für den jeweiligen Fallverlauf minderte. Verbesserungsmaßnahmen sollten ihrer Meinung nach auf die weitere Entwicklung evidenzbasierter Prozessstandards, Verbesserung der klinischen Ausbildung und Dokumentationsschulungen und – überprüfungen fokussieren.

WOLFERSDORF (2003)<sup>213</sup> berichtet zu einem Audit zur Thematik der Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus in Schaffhausen und führt aus, dass es keine „suizidsichere“ Klinik gebe. In der Verantwortung der Klinik läge vielmehr die Einschränkung „sich anbietender Möglichkeiten“ wie fest verschraubter Duschvorhangstangen, Terrassenüberdachungen mit freiliegenden Balken usw.

### **Unerlaubtes Entweichen**

MUIR-COCHRANE & MOSEL (2008)<sup>214</sup> berichten in einem Review über den Zeitraum 1996-2008 zum Thema des unerlaubten Entweichens von Patienten aus psychiatrischen Einheiten und sehen insbesondere die Verlängerung des stationären Aufenthaltes in Korrelation zum Phänomen. Bei der Patientenklientel stehen solche mit schizophrener Diagnose und/oder Suchterkrankung im Vordergrund, als Zeitpunkt des Entweichens wurde zumeist der Zeitpunkt der Übergabe genutzt.

BOWERS et al. (2005)<sup>215</sup> berichten zu einer pflegerischen Intervention zur Reduktion des unerlaubten Entweichens von einer psychiatrischen Station, die über ein „Self-Training-Package“ multipliziert und nach Implementierung auditert wurde.

### **„Geschlossene Tür“**

VAN DER MERWE et al. (2009)<sup>216</sup> berichten zu verschiedenen Aspekten der „geschlossenen Tür“ in der Akutpsychiatrie, können aber aus ihrem Review aufgrund geringer Studienanzahl und stark unterschiedlichen Settings keine allgemeingültigen Empfehlungen ableiten.

---

<sup>213</sup> Wolfersdorf M: Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. Einige Gedanken im Zusammenhang mit dem Audit bzgl. suizidpräventiver Maßnahmen im Psychiatrie-Zentrum Schaffhausen am 12. April 2002. Suizidprophylaxe. 2003. 30 (1). 23-25.

<sup>214</sup> Muir-Cochrane E, Mosel KA: Absconding: A review of the literature 1996-2008. Int J Ment Health Nurs. 2008. 17 (5). 370-378.

<sup>215</sup> Bowers L et al.: Real world application of an intervention to reduce absconding. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005. 12 (5). 598-602.

<sup>216</sup> Van der Merwe M et al.: Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. J Psychiatric Ment Health Nurs. 2009. 16. 293-299.

MÜLLER et al. (2002)<sup>217</sup> führen aus zur Patientenzufriedenheit im Vergleich einer offenen mit einer geschlossenen Station. Auf beiden Stationen wurde ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Behandlung unter den Befragten vorgefunden, auf der geschlossenen Station war die Zufriedenheit mit der Medikation, mit Besuchs- und Ausgangsregelungen sowie der Stationsausstattung signifikant niedriger.

BOWERS et al. (2010)<sup>218</sup> berichten zu den Einstellungen von Patienten, Personal und Besuchern zum Thema der geschlossenen Tür, die über Fragebögen ermittelt wurden. Jede befragte Gruppe sah Vor- und Nachteile in beiden Systemen, jeweils aus ihrer individuellen Sichtweise heraus. Patienten tendierten eher zur „offenen Tür“, das Personal eher zum „geschlossenen System“, Besucher fanden sich zwischen beiden Systemen. Lebenserfahreneres Personal urteilte grundsätzlich sanfter als weniger erfahrenes Personal.

### **Psychopharmakotherapie**

DAVIES et al. (2007)<sup>219</sup> beschreiben ein erhöhtes Risiko von pharmakokinetischen Wechselwirkungen bei der Verordnung von Bedarfsmedikationen. Vor allem bei der Behandlung von Psychosen sowie in der Gerontopsychiatrie sollen den nahezu unvorhersehbaren Plasmakonzentrationen mehr Beachtung geschenkt werden.

Zum Phänomen der medikamentösen antipsychotischen Polytherapie haben GÖREN et al. (2010)<sup>220</sup> ein Programm zur Qualitätsverbesserung entwickelt, dessen Wirksamkeit sie in ihrer Studie belegen. Als mit der Reduktion assoziierte Faktoren wurden die Schulungen des Personals sowie monatliche Audit-Feedbacks herausgestellt.

DUXBURY et al. (2010)<sup>221</sup> führen aus zu einer strukturierten Beobachtung der Interaktionen zwischen Pflegepersonen und Patienten bei der Medikamentenvergabe mit Hilfe der „Ward Administration of Medication Schedule“ (WAMS). Es sollten insbesondere der Informationsaustausch und die Überwachung des Gesundheitszustandes der Patienten in Bezug zur Medikation und entsprechenden

---

<sup>217</sup> Müller MJ et al.: Patients' Satisfaction with Psychiatric Treatment: Comparison between an open and a closed ward. *Psychiatr Q.* 2002. 73 (2). 93-107.

<sup>218</sup> Bowers L et al.: Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *J Psychiatric Ment Health Nurs.* 2010. 17 (10). 873-880.

<sup>219</sup> Davies SJC et al.: PRN prescribing in psychiatric inpatients - potential for pharmacokinetic drug interactions. *J Psychopharmacology.* 2007. 21 (2). 153-160.

<sup>220</sup> Gören JL et al.: Development and Delivery of a Quality Improvement Program to Reduce Antipsychotic Polytherapy. *J Manag Care Pharm.* 2010. 16 (6). 393-401.

<sup>221</sup> Duxbury JA et al.: A structured observation of the interaction between nurses and patients during the administration of medication in an acute mental health unit. *J Clin Nurs.* 2010. 19 (17-18). 2481-2492.

Interaktionen/Nebenwirkungen verbessert werden, wobei die „WAMS“ nutzbringend in Klinik oder Ausbildung eingesetzt werden kann.

BOTVINIK et al. (2004)<sup>222</sup> berichten zu einem Audit der Verschreibung von Antipsychotika in einem privaten psychiatrischen Krankenhaus. Neben dem direkten Zulassungs- und Anwendungsgebiet der Psychosen wurde auch eine Vielzahl nicht psychotischer Krankheitsbilder hiermit therapiert.

PATON et al. (2008)<sup>223</sup> beschreiben einen Unterschied zwischen der Leitlinienempfehlung ein Antipsychotikum in Standarddosierung zu nutzen und der vorgefundenen Empirie. Immer noch weit verbreitet ist demnach die Anwendung von Hochdosis-Therapien, auch in Kombinationstherapie und ergänzt durch hohe Bedarfsdosen weiterer Wirkstoffe. Eine regelmäßige Überprüfung wird empfohlen.

---

<sup>222</sup> Botvinik L et al.: Audit of antipsychotic prescribing in a private psychiatric hospital. *Australasian Psychiatry*. 2004. 12 (3). 227-233.

<sup>223</sup> Paton C et al.: High-dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing. *Br J Psychiatry*. 2008. 192 (6). 435-439.

### **3. PRAKTISCHER TEIL**

#### **3.1 Das Auditverfahren in der Praxis**

Als Grundlage des Auditverfahrens diente die Erarbeitung der theoretischen Verfahrensgrundlage und damit der zu auditierenden Qualitätsdimensionen, die in der praktischen Entwicklung herangezogen wurden.

##### **3.1.1 Validation der Verfahrensgrundlage**

Zur inhaltlichen Validation der Auditinhalte erfolgte am 23.03.2011 mit der Bereichsleitung Pflege und dem leitenden Oberarzt der psychiatrischen Fachabteilung eines Mitgliedshauses ein gemeinsamer Termin.

Zunächst wurde das Auditverfahren erläutert, wie es im CLINOTEL-Krankenhausverbund etabliert ist. Die Ansprechpartner wiesen darauf hin, dass ihres Erachtens im Audit vor Ort möglichst folgende Personen in der Eröffnungsbesprechung anwesend sein sollten:

- Mitglied der Geschäftsführung (Verantwortung für die Rahmenbedingungen)
- Ärztliche Leitung (Hauptverantwortung medizinisch-therapeutischer Bereich)
- Pflegerische Leitung (Fachverantwortung pflegetherapeutischer Bereich)
- Psychologische Leitung (Fachverantwortung psychologisch-therapeutischer Bereich)

Für die Zusammensetzung des Auditteams empfehlen sie als Fachexperten aufgrund der stark interdisziplinär ausgerichteten therapeutischen Teams ebenfalls eine Beteiligung von mindestens zwei Berufsgruppen (Arzt-Pflege bzw. Arzt-Psychologe).

Im nächsten Schritt wurde die inhaltliche Ebene abgeglichen. Der Autor ließ die Ansprechpartner zunächst aus ihrer Sicht erläutern, welche Bereiche in einer „guten Einrichtung“ aus ihrer Sicht unbedingt beachtet werden müssen, folgende fanden Erwähnung:

- Übergeordnete Qualitätsentwicklung, QMS, Dokumente
- Aus-, Fort- und Weiterbildung der versch. Berufsgruppen
- Gestaltung von Besprechungen, Übergaben, Visiten
- PsychKG-Kommission, Empfehlungen
- Aufnahmeorganisation Zwangsaufnahme/freiwillige Aufnahme
- Anamnese, Diagnostik und Therapie
- Pharmakotherapie
- Gewalt, Zwang, Suizidalität, Unerlaubtes Entweichen
- Umgang mit besonderen Vorkommnissen
- Psychiatrisches Notfallmanagement und Sicherheit für Mitarbeiter und Patienten

Im nächsten Schritt wurde gemeinsam die theoretische Verfahrensgrundlage durchgearbeitet und mit den eingangs geäußerten Themen abgeglichen. Themen wie die Nutzung von Leitlinien, Routinedaten und Qualitätsindikatoren, PsychPV-Umsetzung, Messung des Behandlungsergebnisses und weitere allgemeine Themen des Qualitätsmanagements wurden nach Prüfung der zugrunde gelegten Literatur ebenfalls als wesentlich bewertet.

In der abschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die Verfahrensgrundlage inhaltlich zunächst keiner weiteren Ergänzung bedurfte, aber mittels eines Verfahrenstests in Form eines Testaudits überprüft werden sollte.

### 3.1.2 Extraktion einer Auditcheckliste

Um die aus der Literatur extrahierten Inhalte für ein Audit nutzbar zu machen, mussten entsprechende Kategorien erarbeitet werden, die die spezifischen Anforderungen abbilden. Neben einer Kategorie „Allgemeines/Struktur“ wird die weitere Ausrichtung am Versorgungsprozess orientiert, um die Patientensicht im Rahmen des klinischen Auditverfahrens optimal abbilden zu können.

#### Allgemeines/Struktur

##### Die Einrichtung

- stellt eine bedarfsorientierte Versorgung und wohnortnahe Behandlung sicher (*Psych-PV*)
- stellt den vorgeschriebenen Personalschlüssel in den Behandlungsbereichen sicher und setzt das Personal entsprechend des definierten therapeutischen Konzeptes ein. (§§4,6 *Psych-PV*)
- definiert die Behandlungseinheiten (*Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- stellt die Umsetzung der eigenen Behandlungskonzepte im multiprofessionellen Team sicher (*Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- setzt stationsübergreifende Konzepte um (*Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- setzt Kommunikations- und Informationsmodelle zielgerichtet ein
- stellt eine hinreichende Qualifikation des eingesetzten Personals gemäß den gesetzlichen Anforderungen (*PsychPV*) und den Anforderungen/Empfehlungen der Leitlinien sicher. (*DGPPN*)
- verfügt über ein Personalentwicklungskonzept, in dem Festlegungen über den Entwicklungsbedarf in der Organisation und über die Fort- und Weiterbildungsperspektiven der Mitarbeiter erfasst sind (*PPQ 3.6.5*)
- führt Schulungsmaßnahmen und Trainingseinheiten zu den Themen Ursachen und Formen aggressiven Verhaltens, Deeskalationstechniken/Gewaltvermeidung sowie Abwehrtechniken (*LL Therapie bei aggressivem Verhalten, Grann 2005, Richter & Needham 2006, Rohde 2008*), Risikoassessment (*Neilson & Brennan 2001*) und Wissensvermittlung zu spezifischen Risikogruppen/Patientenkollektiven (*Taylor 2008, Thomas 2009, Knight 2005, Salerno 2008*) durch.



- stellt sicher, dass die Deeskalations- und Abwehrtechniken bekannt sind und sicher angewendet werden können. Über die hinreichende Schulung der Mitarbeiter werden Aufzeichnungen geführt (*LL Therapie bei aggressivem Verhalten, Grann 2005, Richter & Needham 2006, Rohde 2008*)
- stellt sicher, dass die Zuordnung der Patienten zu den Stationen geschlechts- und Diagnosedurchmischter erfolgt (*LL Therapie bei aggressivem Verhalten*)
- regelt den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Fixierung und Isolierung), es liegt ein Konzept für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen vor und es werden hierzu die erforderlichen Aufzeichnungen geführt. Gemäß geltendem Recht werden schriftliche, begründete Anordnungen des Arztes bzw. eine richterliche Genehmigung erforderlich. Zwangsmaßnahmen und Übergriffe von Patienten werden monitorisiert und als Qualitätsindikator vergleichend verwendet. Es findet eine zeitnahe Nachbesprechung aller Gewaltvorfälle (aggressives Verhalten, Zwangsmaßnahmen) im multiprofessionellen Team statt. (*LL Therapie bei aggressivem Verhalten*)
- trifft geeignete Maßnahmen zur Vermeidung des unerlaubten Entweichens aus der Institution. Die Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten sind Bestandteil des Schulungsprogramms. (*Muir-Cochrane 2008, Bowers 2005*)
- überwacht den Versorgungsprozess mittels geeigneter Qualitätsindikatoren. Zentrale Themen wie Aggression, Gewalt, Patientenübergriffe, Zwangsmaßnahmen, unerlaubtes Entweichen, Substanzmißbrauch, Wiedervorstellungsraten, Komplikationen/Todesfälle, unerwünschte Arzneimittelwirkungen etc. finden angemessene Berücksichtigung. Ergebnisse fließen in die Prozesse zurück, Maßnahmen der Prozessverbesserung werden hieraus abgeleitet (*Wobrock 2009, Steinert 2009, Gaebel 2009, Wilkening 2007, Richter 2004*).
- formuliert differenzierte Unternehmensziele und macht sie bei den Mitarbeitern bekannt (*PPQ 3.5.6*)
- formuliert Ziele des Qualitätsmanagements und macht sie bei den Mitarbeitern bekannt (*PPQ 3.5.6*)  
(Siehe hierzu auch die Abschnitte *Qualitätspolitik* und *Qualitätsziele*)
- legt die Zuständigkeiten im Unternehmen fest und macht sie bei den Mitarbeitern bekannt (*PPQ 3.5.6*)
- gestaltet den QM-Prozess über die Arbeit in dialogischen Qualitätszirkeln (*PPQ 3.2.9*)
- nutzt ein internes und ein externes Beschwerdemanagement (*PPQ 3.2.9*)

- führt regelmäßig Befragungen Psychiatrie-Erfahrener, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiter der Einrichtung durch (PPQ 3.2.9)  
(Siehe hierzu auch Abschnitt *Kundenorientierung*)

## **Kernprozesse**

### **Die Stationäre Aufnahme**

- erfolgt geplant nach einer Leit-/Richtlinie oder einem Verfahren
- wird von hierzu qualifizierten MA durchgeführt
- erfolgt unter Beteiligung von Vertretern aller an der Versorgung mitwirkenden Berufsgruppen (*Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- erfolgt (ggf. unter Einbeziehung Sorgeberechtigter, Betreuer, Angehöriger und Bezugspersonen) unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen der verschiedenen Anforderungsbereiche (*LL DGPPN, Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie, PPQ*).

Die Einrichtung stellt die Aufnahme der Patienten sicher unter Berücksichtigung der Aspekte

- Freiwilligkeit
- Zwangseinweisung

Es kommen bei Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung die jeweils gültigen gesetzlichen Vorschriften zur Anwendung (*PsychKG, sonstige Landesgesetze*)

- Jeder Patient erhält eine individuelle Indikationsklärung, Anamnese und Diagnose (medizinisch und pflegerisch) unter Nutzung empfohlener Assessment- und Diagnostikmethoden (*LL DGPPN, Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- Die Dokumentation von Anamnese und Befunden bedient sich der konsentierten Terminologie des *AMDP-Dokumentationssystems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie)*
- Jeder Patient erhält eine angemessene (somatische) Differentialdiagnostik (*LL DGPPN, Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- Jeder Patient erhält eine individuelle Behandlungsplanung unter Festlegung individueller Behandlungsziele und therapeutischer Maßnahmen (*LL DGPPN, Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- Erfolgt über ein personenzentriertes Verfahren unter Berücksichtigung der informationellen Selbstbestimmung (*PPQ 3.1.8*)

- Die Daten werden gemeinsam mit dem Hilfesuchenden erhoben, Ziele und Maßnahmen möglichst im Konsens vereinbart (*PPQ 3.1.8*)
- Der Einbezug von Angehörigen und anderen Bezugspersonen erfolgt mit Einverständnis des betroffenen Menschen (*PPQ 3.1.8*)
- Die Suizidalität wird aktiv exploriert (*LL DGPPN*)
- Mit den Patienten werden (wenn erforderlich) Therapievereinbarungen getroffen (*LL Persönlichkeitsstörungen, LL Aggressives Verhalten*)
- Es werden standardisierte Assessmentinstrumente eingesetzt und vergleichbare Verlaufsdokumentationen angefertigt (*Mann 2003*).

### **Die Behandlung/Therapie**

- erfolgt geplant nach einer Leit-/Richtlinie oder einem Verfahren
- wird von hierzu qualifizierten MA durchgeführt
- erfolgt für jeden Patienten einschließlich individueller Indikationsklärung, Anamnese und Diagnose (medizinisch und pflegerisch) unter Nutzung empfohlener Assessment- und Diagnostikmethoden (*LL DGPPN, Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- Jeder Patient erhält eine körperliche und neurologische Untersuchung, die ggf. mit einer testpsychologischen Untersuchung kombiniert wird.
- Ergänzende Laboruntersuchungen und Verfahren zur Differentialdiagnostik (CT/MRT, EEG, EKG, Röntgen-Thorax etc.) finden Berücksichtigung (*LL Schizophrenie, LL unipolare Depression*)
- Für jeden Patienten werden individuelle und multiprofessionelle Therapie- und Behandlungspläne erstellt (*LL Schizophrenie, LL Persönlichkeitsstörungen, LL Unipolare Depression*)
- Für jeden Patienten werden individuelle Behandlungsziele und ggf. Therapievereinbarungen festgelegt, die der jeweiligen Behandlungsphase angemessen sind (*LL Schizophrenie, LL Persönlichkeitsstörungen, LL Unipolare Depression*) unter Berücksichtigung mehrdimensionaler Bedingungsgefüge (*Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in der Psychiatrie*)
- Jeder Patient erhält eine individuelle Aufklärung in Abhängigkeit von der Diagnose (*LL Persönlichkeitsstörungen, LL Unipolare Depression, LL Schizophrenie*)
- Es erfolgt eine regelmäßige Erfassung und Exploration der Suizidalität, die Behandlungsplanung wird entsprechend angepasst. Maßnahmen der Krisenintervention können (wenn benötigt) jederzeit durchgeführt werden (*LL DGPPN*)

- Bedarfsgerechte Behandlungsangebote werden individuell eingesetzt (Psychoedukative Behandlungsangebote, Kognitives Training, Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Training, Ergotherapie, Soziotherapie etc.) (*LL DGPPN*)
- Mit den Patienten werden (wenn erforderlich) Therapievereinbarungen getroffen (*LL Persönlichkeitsstörungen, LL Aggressives Verhalten*)

### **Der Einsatz somatischer Therapieformen**

- erfolgt geplant nach einer Leit-/Richtlinie oder einem Verfahren
- wird von hierzu qualifizierten MA durchgeführt
- bleibt auf Einzelfälle begrenzt, die Indikation wird streng gestellt (*LL Schizophrenie*)
- wird als Therapieoption in besonderen Fällen erwogen (*LL unipolare Depression*)

### **Der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Fixierung und Isolierung) und anderen Zwangsmaßnahmen**

- erfolgt geplant nach einer Leit-/Richtlinie oder einem Verfahren
- wird von hierzu qualifizierten MA durchgeführt
- Es werden hierzu die erforderlichen Aufzeichnungen geführt
- Es liegen gemäß geltendem Recht schriftliche, begründete Anordnungen des Arztes bzw. eine richterliche Genehmigung vor
- Zwangsmaßnahmen und Übergriffe von Patienten werden monitorisiert und als Qualitätsindikator vergleichend verwendet. (*Steinert 2009*)
- Es finden zeitnahe Nachbesprechungen aller Gewaltvorfälle (aggressives Verhalten, Zwangsmaßnahmen) im multiprofessionellen Team statt
- Mit dem beteiligten Patienten und ggf. Bezugsperson und /oder Therapeut erfolgt eine zeitnahe Nachbesprechung.
- Die Gespräche werden in der Patientenakte dokumentiert
- Die Gesprächsinhalte sind in der Behandlungsplanung erkennbar
- Die getroffenen Absprachen finden in der weiteren Behandlung Berücksichtigung. (*LL Therapie bei aggressivem Verhalten*)

## **Der Einsatz von Psychopharmaka**

- erfolgt geplant nach einer Leit-/Richtlinie oder einem Verfahren gemäß Therapieempfehlungen der Leitlinie der *DGPPN*
- wird von hierzu qualifizierten MA durchgeführt
  
- Jeder Patient wird über die Pharmakotherapie aufgeklärt (*LL Schizophrenie, LL Persönlichkeitsstörungen, LL Unipolare Depression, LL Psychopharmakotherapie*)
- Jeder Patient wird über die Pharmakotherapie schriftlich aufgeklärt und seine Einverständniserklärung liegt vor (*LL Psychopharmakotherapie, LL Unipolare Depression*)
- Es werden entsprechende Aufzeichnungen hierzu geführt
- Es wird eine Anamnese der bisherigen Arzneimitteltherapie erhoben
- Bei ungewöhnlichen Präparaten/Dosierungen liegt eine schriftliche Indikationsstellung/Begründung vor
- Es erfolgt die tägliche Dokumentation der Vergabe in der Patientenakte
- Es wird (mindestens) wöchentlich der psychopathologische Befund erhoben und dokumentiert, ggf. die Medikation adaptiert
- Es werden bei unerwünschten Wirkungen/klinisch relevanten Nebenwirkungen entsprechende Interventionen eingeleitet
- Es erfolgen regelmäßige Kontrollen der Plasmakonzentration um unerwünschten Wirkungen vorzubeugen (*Davies 2007*)
- Änderungen in der Medikation werden schriftlich angeordnet und begründet (*LL Psychopharmakotherapie*)
- Es liegen Regelungen für den Off-Label-Use von Neuroleptika vor (*Botvinik 2004*)
- Es werden regelmäßige Überprüfungen der Anwendung der eigenen Vorgaben durchgeführt (*Paton 2008*)

## **Die Entlassung/Überleitung**

- erfolgt geplant nach einer Leit-/Richtlinie oder einem Verfahren
- wird von hierzu qualifizierten MA durchgeführt
  
- Angehörige, Betreuer, Freunde etc. werden nach Patientenerfordernissen einbezogen (*Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken*) und auf Wunsch beraten und unterstützt (*PPQ 3.3.4*)
- Nachuntersuchungen erfolgen im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Behandlung, insbesondere bei stationärer Behandlung aufgrund von Suizidalität (*LL unipolare Depression*)
- Der Zugang zu niederschweligen, nachstationären Angeboten wird ermöglicht (*LL DGPPN, Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken*)
- Kooperationsbeziehungen werden konzeptionell und systematisch gestaltet (*PPQ 3.4.7*)
- Nicht-professionelle Hilfen haben Vorrang vor professionellen Hilfen (*PPQ 3.4.7*)

### 3.1.3 Testaudit

Am 04.04.2011 wurde ein Testaudit als praktischer Verfahrenstest<sup>224</sup> durchgeführt. Beteiligt war neben dem Autor in Funktion des Auditleiters ein Bereichsleiter Pflege in der Funktion des Fachexperten. Als Grundlage wurde die entwickelte Auditcheckliste eingesetzt.

Von Seiten des Hauses begleitete das Testaudit der Chefarzt, der leitende Oberarzt des Aufnahmebereiches, der Sprecher der Psychologen und die pflegerische Bereichsleitung der psychiatrischen Klinik.

In der Eröffnungsbesprechung wurden die Themenbereiche Lenken und Leiten, Aufnahme (inkl. Zwangsaufnahme), Behandlung und Therapie sowie die Entlassung und Überleitung besprochen.

Das Verfahren zeigt sich in diesem Setting als praktikabel, die angesetzten 60 Minuten erscheinen dem Auditteam als knapp bemessen aber ausreichend.

Der Aufnahmebereich der auditierten Klinik steht organisatorisch unter der Leitung des Intensivmediziners, für den Fachbereich der Psychiatrie ist aber ein Oberarzt aus der psychiatrischen Klinik verantwortlich. Es zeigte sich in diesem Bereich eine starke somatische Orientierung, Patienten verbleiben i.d.R. sehr kurz auf der Aufnahmestation.

Die geplanten Themen ließen sich gemäß Auditplan vor Ort besprechen, insgesamt zeigten sich hier potentielle Kontaktstellenproblematiken.

Der geschützte Bereich -wie der stationäre Bereich zur geschlossenen Unterbringung und psychiatrischen Intensivbehandlung auch genannt wird- bildet den thematischen Kern des Testaudits, da hier die Akutversorgung der nach PsychKG und BGB untergebrachten Patienten erfolgt. Zum Teil werden Patienten auch auf eigenen Wunsch „geschlossen“ untergebracht.

Die geplanten Themen ließen sich gemäß Auditplan vor Ort besprechen, insgesamt zeigte sich in diesem Fachbereich eine hohe Sensibilität der Mitarbeiter für die Themen Sicherheit und Notfallmanagement (medizinisch und psychiatrisch). Für den geschützten Bereich sollten nach den Erfahrungen des Testaudits im Audit mindestens 90 Minuten zur Verfügung stehen.

---

<sup>224</sup> Auditplan s. Anhang

Für alternative Betreuungsformen wie beispielsweise ein „Konzept der offenen Tür“ zeigten sich die Gesprächspartner eher ablehnend, da man hierzu personell zu schlecht ausgestattet sei.

Als dritte Einheit wurde eine der „offen geführten“ Stationen begangen. Die vorgesehenen Themen konnten nach Auditplan mit den Mitarbeitern vor Ort besprochen werden und bildeten die wesentlichen Aufgaben ab.

Um allen Berufsgruppen in ihren spezifischen Erfordernissen und dem interdisziplinären Ansatz im Audit gerecht werden zu können, sollten idealerweise mindestens 60-90 Minuten pro Station eingeplant werden.

Im Rahmen der Abschlußbesprechung wurden die Feststellungen und möglichen Schlußfolgerungen diskutiert.

Über die Rückmeldungen der beteiligten Personen auf Seiten des auditierten Hauses wurde die Praktikabilität bestätigt. Als Anregung wurde ausgesprochen, das Auditteam möglichst interdisziplinär zu besetzen. Ein Teilnehmer sollte in Funktion eines leitenden Arztes sein, um der fachlich-juristischen Verantwortlichkeit auch im Audit mit praktischer Erfahrung begegnen zu können.

Auf inhaltlicher Ebene sollte den strukturellen hausspezifischen Besonderheiten bei Aufnahme, Therapie und Entlassung bereits im Vorfeld besondere Beachtung geschenkt werden. Dies sollte im Rahmen der Zusendung prozesslenkender Dokumente zur Vorbereitung des Audits ergänzend abgefragt werden.



### 3.1.4 Analyse und Anpassung der Kriterien

Nach Durchführung des Testaudits erfolgte die kritische Reflexion des Verfahrens mit dem beteiligten Fachexperten. Dies entspricht auch dem in der DIN EN ISO 9001:2008, 7.3.6 (*Entwicklungsvalidierung*)<sup>225</sup> festgeschriebenen Validierungsprozess im Rahmen einer Entwicklung vor der Freigabe des Produktes.

Das Verfahren wird als funktional und in der Praxis realisierbar bewertet.

Im Audit wurde von den Ansprechpartnern an verschiedenen Stellen erwähnt, dass sich die strukturellen Bedingungen der Krankenhäuser stark unterscheiden können. Dies wurde insbesondere bei der Auditierung der stationären Aufnahmesituation deutlich, da in der auditierten Klinik eine spezielle Aufnahmestation vorgehalten wurde. Es wurden auch verschiedene Konzepte der psychiatrischen Versorgung diskutiert, die eine unterschiedliche Vorgehensweise bezogen auf die Behandlung verschiedener Diagnosegruppen ergeben können (beispielsweise störungsspezifische vs. diagnosedurchmischte Belegung der Stationen).

Aus diesem Grund wurde festgelegt, welche Informationen zu strukturellen Gegebenheiten im Vorfeld des Audits erhoben werden sollten. Zudem wurde ein Mindeststandard der zu auditierenden Bereiche und Themen festgelegt, um eine breitgefächerte Sichtweise und Beurteilung zu ermöglichen:

Folgende Hinweise wurden der Auditcheckliste als Ergänzung beigefügt:

#### **Hinweise für Auditoren**

Die individuellen organisatorischen Gegebenheiten des jeweiligen Hauses müssen im Vorfeld des Audits erfasst werden. Es kann von Bedeutung sein, ob eine Notaufnahmeeinheit vorgehalten wird. Dies kann eine psychiatrische Ambulanz oder eine „Nacht- und Notstelle“ bzw. eine spezielle Aufnahmestation sein. Auch kann es vorkommen, dass getrennte Wege für die Aufnahme von Patienten mit rein psychiatrischen Diagnosen und solchen mit Suchterkrankungen vorgesehen sind. Durch Erhebung der strukturellen Gegebenheiten wird die Gestaltung des Auditplanes erleichtert, thematische Schwerpunkte können zielgerichteter gebildet werden.

Es sollen im Sinne eines Mindeststandards ein kompletter Patientenpfad jeweils für die freiwillige und die unfreiwillige Aufnahme erfasst werden.

---

<sup>225</sup> Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): Qualitätsmanagementsysteme –Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.

Hierbei sollen der Aufnahmebereich, eine „offene“ Therapiestation und eine Station, auf der eine „Sichernde Behandlung“ möglich ist, audiiert werden. Hierbei sind die Methoden zu prüfen, mit denen die Organisation das interne medizinische und psychiatrische Notfallmanagement sicherstellt.

Ebenso sollen die Möglichkeiten der Überleitung in niederschwellige Therapie- und Betreuungsangebote dargestellt werden.

### **3.1.5 Freigabe des Verfahrens**

Für die Freigabe des Verfahrens war es zunächst erforderlich, die theoretisch-inhaltliche Verfahrensentwicklung, die Hinweise für Auditoren und die entwickelte Auditcheckliste in den bestehenden CLINOTEL-Auditkatalog zu integrieren.

Zudem wurden folgende Verweise auf andere bereits bestehende Kapitel des Auditkatalogs eingearbeitet:

- Themenbereich Allgemeines/Struktur: Verweis auf Abschnitte „*Verantwortung der Leitung*“ und „*Personal*“
- Themenbereich Aufnahme: Verweis auf Abschnitte „*Ersteinschätzung*“ und „*Planung der Behandlung*“
- Themenbereich Psychopharmakotherapie: Verweis auf den Abschnitt „*Sichere Arzneimittel*“.
- Themenbereich Entlassung/Überleitung: Verweis auf Abschnitt „*Entlassung & Verlegung*“

Abschließend wurde die neue Version des Auditkataloges über die Geschäftsführung des CLINOTEL-Krankenhausverbundes freigegeben und entsprechend der vorgesehenen Kommunikationswege veröffentlicht und ausgeliefert.

### 3.1.6 Durchführung zweier Audits

Unmittelbar nach Freigabe des Verfahrens lagen in der Geschäftsstelle zwei Anmeldungen für Audits im psychiatrischen Bereich vor, für die nach Maßgabe des als Auditleiter fungierenden Autors die erbetenen prozesslenkenden Dokumente zur Auditvorbereitung übersendet wurden.

Es wurden zwei Termine vereinbart, für das erste Audit stellte sich ein psychiatrischer Chefarzt des Verbundes als Fachexperte zur Verfügung, das Audit wurde am 02.05.2011 durchgeführt.

Für das zweite Audit war es dem Auditleiter möglich, auf Seiten der Fachexperten einen Chefarzt und eine leitende Pflegeperson aus dem Fachbereich Psychiatrie eines weiteren Mitgliedshauses zu akquirieren. Somit konnte dieses Audit gemäß der im Testaudit und in der inhaltlichen Validation erarbeiteten Empfehlungen am 11.05.2011 stattfinden.

Für beide Audits wurde jeweils ein umfassender Auditbericht<sup>226</sup> erstellt, der den Ansprechpartnern des Hauses in gedruckter und digitaler Fassung zu Verfügung gestellt wurde.

Der Aufbau der Auditberichte ist nach folgender Struktur geordnet:

- Einführung
  - Dokumentlebenslauf, Mitgeltende Unterlagen, Anlagen
  - Erklärung des Auditteams, allgemeine Informationen
  - Rahmenbedingungen
- Auditnachweise und Auditfeststellungen
  - Allgemeines
  - QM-Handbuch und prozesslenkende Dokumente
  - Auditerte Einheiten/Stationen/Bereiche
- Auditschlussfolgerungen
  - Allgemeines
  - Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu den Feststellungen der auditerten Themen und zur Patientensicherheit in den auditerten Einheiten/Stationen/Bereichen
- Zusammenfassung

---

<sup>226</sup> Hinweis: Beide Auditberichte liegen dem Erstbetreuer dieser Arbeit vor.

- Überwachung und Bewertung
- Abkürzungen, Glossar, Literaturverzeichnis

Zu den Ergebnissen der Audits wird themenbezogen unter 3.2 berichtet.

## **3.2 Auditergebnisse**

Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Kapitel Auditfeststellungen und Schlußfolgerungen themenbezogen geordnet. Wenn Differenzierungen erforderlich sind, werden Unterschiede mit „Haus 1“ und „Haus 2“ entsprechend der Reihenfolge der Auditdurchführung dargestellt. Unter der Überschrift „Psychiatrie als Organisationseinheit“ finden sich alle nicht separat aufgeführten Themen.

In beiden durchgeführten Audits (siehe 3.1.6) konnte der jeweilige Auditplan verwirklicht werden, Änderungen in Themen und Ablauf waren nicht erforderlich.

### **3.2.1 Qualitätsmanagementsystem**

In beiden Audits wurden von den leitenden Mitarbeitern der auditierten Häuser Wertvorstellungen und Qualitätsziele benannt, die in der Praxis gelebt wurden.

Empfehlungen zur geplanten Weiterentwicklung konnten in beiden Settings vom Auditteam ausgesprochen werden. Beispielhaft lässt sich hier die Ausgestaltung eines Management-Reviews (Haus 2) nennen, wie es die DIN EN ISO 9001:2008 im Kapitel 5.6 fordert.

Vorgabedokumente im Sinne prozesslenkender Dokumente fanden sich in beiden Häusern für einzelne Prozesse. Abweichungen zu den Empfehlungen der Leitlinien und der Fachliteratur fanden sich in beiden Häusern.

Die Erhebung von Qualitätsindikatoren bzw. Auswertung von Qualitätskennzahlen zur Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität erfolgte in beiden Häusern nicht systematisch, entsprechende Planungen waren in unterschiedlichen Abstufungen vorhanden. Die Nutzung von Routinedaten zur Qualitätssicherung war zum Zeitpunkt des Audits nicht etabliert.

### 3.2.2 Sichere Dokumente und Aufzeichnungen

Positive Feststellungen:

- Bekenntnis der Organisation zu einer zielgerichteten kontinuierlichen Qualitätsentwicklung (beide Häuser)
- Angestrebte Überarbeitung des Dokumentationssystems (Haus 1)
- Pflegeanamnese nach Vorgaben erfolgt. Standardisierter Pflegeplanungsbogen auf Basis einzelner Pflegediagnosen (Haus 1)
- QMHB und Verfahrensanweisungen lagen vor (Haus 2)
- Konzept zur Dokumentenlenkung wurde erarbeitet (Haus 2)

Verbesserungspotentiale/Empfehlungen:

- Abweichungen zu den Vorgaben der eigenen Formulare in der ärztlichen/psychologischen Anamnese und Behandlungsplanung (beide Häuser)
- Abweichungen der ärztlichen/psychologischen Anamnesedokumente zu den Vorgaben der AMDP (Haus 1)
- Maßnahmendokumentation nicht nachvollziehbar (Haus 1)
- Zielplanung nicht immer nachvollziehbar (beide Häuser)
- Ergänzung Zielplanung spezifischer psychiatrischer Pflegephänomene empfohlen (beide Häuser)
- Fachlich-inhaltliche Überarbeitung des Dokumentationssystems und Verschriftlichung der wesentlichen Versorgungsprozesse empfohlen (Haus 1)
- Verbesserung der Schnittstelle zum Krankenhausinformationssystem sowie Verbesserung der EDV-Ausstattung, da zum Zeitpunkt des Audits nur ein PC zum Datentransfer vorgehalten wurde (Haus 1)
- Berücksichtigung der Dokumentation über internes Auditprogramm empfohlen (Haus 2)

### 3.2.3 Personal

Positive Feststellungen:

- Erarbeitung eines Personalentwicklungskonzepts (Haus 1)
- Umsetzung Psych-PV für Ärzte, Psychologen und Pflegepersonal
- Ausbildung von Deeskalationstrainern (beide Häuser)
- Rotationskonzepte in der ärztlichen Facharztweiterbildung sowie in der Ausbildung der Psychologen im Praktikum (Haus 2)
- Rotationskonzepte zwischen Kinder- und Jugend-Psychiatrie sowie Adoleszenzpsychiatrie (Haus 2)
- Planungen bzgl. Kooperationen mit anderen Kliniken zur Fachweiterbildung in der psychiatrischen Pflege (Haus 2)
- Planungen für Crashkurse in der Notfallpsychiatrie für neue Dienstärzte (Haus 2)

Verbesserungspotentiale/Empfehlungen:

- Erweiterung der Fortbildungsmaßnahmen zu gezielten Abwehrtechniken zur physischen Sicherung der eskalierten Situation und zum Schutz der eigenen Mitarbeiter (beide Häuser)
- Erweiterung der Rotationskonzepte für alle Berufsgruppen und Einheiten im Rahmen der Personalentwicklung (beide Häuser)
- Überprüfung der Psych-PV-Quoten für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter (Haus 1)
- Überprüfung der Psych-PV-Quoten für alle Berufsgruppen, da keine konkreten Zahlen vorlagen (Haus 2)

### 3.2.4 Sichere Arzneimittel/Psychopharmakotherapie

Positive Feststellungen:

- Auf allen Stationen einheitliches Konzept zur sicheren Lagerhaltung von Arzneimitteln (beide Häuser)
- Ordnungssystem nach dem „first in, first out“-Prinzip (beide Häuser)
- System zur Kennzeichnung und Überprüfung der Medikamente auf Haltbarkeit und Verfall (beide Häuser)
- Aufklärung der Patienten über Anwendung, Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie gemäß Empfehlung der *DGPPN-LL Psychopharmakotherapie* und Dokumentation Gespräch in Patientenakte (beide Häuser)
- Gutes Gesamtsystem Medikamentenmanagement (Haus 2)
- Schriftliche Aufklärung zu Medikamenten mit erhöhtem Risiko (Haus 2)
- Hohes Maß an Sensibilität für die Risiken der medikamentösen Therapie (Haus 2)
- Durchführung pharmakologischer Visiten (Haus 2)
- EDV-gestütztes System zur Prüfung von Arzneimittelinteraktionen und Single-Unit-Dose-Verblisterung zur Erhöhung der Sicherheit (Haus 2)

Verbesserungspotentiale/Empfehlungen:

- Fehlende schriftliche Aufklärung und Einverständniserklärung zur Anwendung von Medikamenten im „Off-Label-Use“
- Empfehlung der Anwendung atypischer Neuroleptika als Monotherapie gemäß Empfehlung der *DGPPN-LL Psychopharmakotherapie* sowie *Behandlungsleitlinie Schizophrenie* (Haus 1)
- Empfehlung Etablierung Rückmeldesystem Medikamenteninteraktionen (Haus 1)
- Ergänzung 4-Augen-System bei der Herrichtung flüssiger Arzneimittel (Haus 2)
- Reduktion Doppel- und Dreifachdokumentation (Haus 2)



### 3.2.5 Medizinisches und Psychiatrisches Notfallmanagement

Positive Feststellungen:

- Standardisierter Notfallkoffer auf jeder Station (beide Häuser)
- Volle Funktionsfähigkeit aller geprüften Geräte (beide Häuser)
- Etablierte Prüfsysteme und genutzte Checklisten (beide Häuser)
- Eigeninitiative zur Sicherstellung der Reanimationsschulungen (Haus 1)
- Funktionales Funksystem zur Alarmierung bei psychiatrischen Notfällen (Haus 1)
- Vorhaltung von Überwachungsplätzen mit Basis-Monitoring auf allen Stationen (Haus 2)
- Hohes Maß an Sensibilität für Gefahren auf Seiten der Mitarbeiter (beide Häuser)
- Notfallindikationen für die Durchführung somatischer Diagnostik allen Mitarbeitern bekannt, schnelle Verlegungsmöglichkeit jederzeit gewährleistet (Haus 2)
- Alarmsystem mit Ortungsfunktion, gut ausgearbeiteter Alarmdienstplan (Haus 2)

Verbesserungspotentiale/Empfehlungen:

- Etablierung eines organisationsweiten Konzeptes zur Sicherstellung der Reanimations- und Notfallschulungen im Sinne eines „Basic Life Support“ (Haus 1)
- Etablierung eines Überwachungsplatzes mit Basis-Monitoring-Ausstattung für intensivmedizinische Delirbehandlung (Haus 1)
- Festlegung klarer Definitionen der Notfallindikationen für die Durchführung somatischer Diagnostik (Haus 1)
- Empfehlung zur Weiterentwicklung des Organisationssystems durch schriftlich hinterlegte Definitionen absoluter und relativer Notfallindikationen im Sinne der Transparenz (beide Häuser)
- Empfehlung zur Erweiterung der Schulungsmaßnahmen um gezielte Trainingseinheiten der Notfallteams in den Bereichen Deeskalation, Abwehrtechniken sowie Maßnahmen zur effektiven und schnellen Erreichung der physischen Beherrschung der eskalierten Situation (beide Häuser)

### 3.2.6 Aggression, Gewalt, Zwangsmaßnahmen

Positive Feststellungen:

- Sicheres Konzept der Behandlung psychiatrischer Notfälle und Anwendung von Zwangsmaßnahmen als „Ultima Ratio“ (beide Häuser)
- Klare Regelung der Zuständigkeiten (beide Häuser)
- Protokolle für Anordnungen und Überwachung lagen vor (beide Häuser)
- Überwiegend nachvollziehbare Dokumentation (beide Häuser)
- Gute pflegerische Überwachung der Patienten (beide Häuser)

Verbesserungspotentiale/Empfehlungen:

- Erfassung von Anzahl, Grund und Dauer von Fixierungen und anderen Zwangsmaßnahmen und Anwendung als Kennzahl zur Prozesssteuerung (beide Häuser)
- Vergleichende Erfassung von Patientenübergriffen, Zwangsmaßnahmen und unerlaubtem Entweichen (beide Häuser)
- Festlegung des Überprüfungsintervalls der Fixierungsindikation sowie deren Dokumentation und Prüfung über interne Audits (beide Häuser)
- Anwendung von Schnellfixationssystemen im Aufnahmenbereich (Haus 2)
- Etablierung einer Kultur für die frühzeitige, interdisziplinäre Nachbesprechung unerwünschter Ereignisse, z.B. Fixierungen und anderer Zwangsmaßnahmen im Sinne der Leitlinienempfehlung der *DGPPN-LL Therapie bei aggressivem Verhalten* (beide Häuser)

### 3.2.7 Psychiatrie als Organisationseinheit

Positive Feststellungen:

- Werte und Ziele allen Mitarbeitern bekannt (beide Häuser)
- Aktive Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen (beide Häuser)
- Aktive Einbindung der Mitarbeiter in die geplante Qualitätsentwicklung des Fachbereiches (beide Häuser)
- Praktizierte berufsgruppenübergreifende, gemeinsame Anamnese und Behandlungsplanung in der Suchthilfe (Haus 1)
- Leitliniengerechte Therapieplanung unter Berücksichtigung individueller Wünsche (beide Häuser)
- Aushandlung und schriftliche Niederlegung eines Therapievertrags mit dem zu behandelnden Patienten (Haus 1)
- Vorhalten einer Aufnahmestation mit der Möglichkeit einer umfassenden (somatischen) Diagnostik einschließlich aller bildgebenden Verfahren zu jeder Tages- und Nachtzeit (Haus 2)
- Aktive Exploration der Suizidalität (beide Häuser)
- Entlassungskonzept des Pflege- und Sozialdienstes zur frühzeitigen Planung der Versorgung bei erkennbaren poststationären Versorgungsdefiziten (Haus 2)

Verbesserungspotentiale/Empfehlungen:

- Empfehlung der Umsetzung des erklärten Ziels der störungsspezifischen Ausrichtung der einzelnen Stationen (Haus 1)
- Anregung zur Etablierung einer Aufnahmestation mit erweiterter Notfall- und Basisdiagnostikmöglichkeit (Haus 1)
- Reduktion interner Verlegungen im Sinne einer Steigerung der Beziehungskonstanz (Haus 1)
- Stärkere Einbindung des Pflegepersonals in therapeutische Konzepte wie z.B. Psychoedukation (Haus 1)
- Überprüfung Stationsvisitenkonzept hinsichtlich der Anforderungen des Datenschutzes (Haus 1)
- Einbindung von Ergotherapeuten und Sozialarbeitern zur Ergänzung der Visite (Haus 1)

- Erweiterung der Beziehungskonstanz durch Etablierung eines Bezugspflegesystems (Haus 2)
- Erleichterter Zugang zum „Psychiatrie-Garten“ und zur Stationsküche im geschützten Bereich als erster Schritt zu einer „offenen Tür“ (Haus 2)

## 4. BEWERTUNG DES VERFAHRENS

### 4.1 Allgemeines

Auch das Auditverfahren selbst unterliegt einem Qualitätssicherungsprozess und soll im Rahmen des in der DIN EN ISO 9001:2008<sup>227</sup> unter 8.2.4 (*Überwachung und Messung des Produkts*) geforderten kontinuierlichen Verbesserungsprozesses einer Bewertung unterzogen werden. Diese wird primär über eine Erhebung von Rückmeldungen der beteiligten Akteure erfolgen, in einem weiteren Schritt erfolgt die Bewertung gegen die vorab gesetzten Ziele.

### 4.2 Rückmeldungen der beteiligten Akteure

Nach Durchführung der beiden Audits erfolgte die kritische Reflexion des Verfahrens mit den Ansprechpartnern der auditierten Organisationen und den beteiligten Fachexperten. Abschließend wurde das Verfahren vom Auditleiter unter Einbezug der Rückmeldungen bewertet.

Die Erhebungen erfolgten über protokollierte Telefongespräche. Die Gesprächspartner sind mit ihrer jeweiligen Funktion bezeichnet. Als inhaltliche Gesprächsvorgabe wurde jeweils darum gebeten, positive wie negative Beobachtungen und Erfahrungen wiederzugeben, abschließend sollte ein Gesamtfazit gezogen werden.

#### 4.2.1 Fachexperten

Ärztlicher Fachexperte, Audit Haus 1:

Das Verfahren wird in der Durchführbarkeit als praktikabel und zielführend bewertet. Durch Verfolgung der klinischen Pfade der freiwilligen sowie der zwangsweisen Aufnahme lassen sich spezifische Risiken durchleuchten.

Insbesondere die Prüfung des Patientenzustandes bei Aufnahme (Prüfung Anamnese→weiterer Verlauf) wird als wesentlich betrachtet. Positiv bewertet der Fachexperte den kollegialen Austausch auf „der gleichen Augenhöhe mit dem

---

<sup>227</sup> Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): Qualitätsmanagementsysteme –Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.

anderen Chefarzt“, hierüber seien auch Diskussionen über Themen möglich, für die es keine einheitliche Empfehlung gebe (beispielsweise offene vs. geschlossene Tür; Dienstkleidung usw.). Als unbedingt anzustreben wird die Beteiligung der anderen Berufsgruppen (Pfleger, Psychologen) angesehen.

Gesamtfazit: Gutes und praktikables Verfahren mit hohem Nutzen aus klinischer Leitungsperspektive. Eine Anmeldung für die eigene Organisation ist bereits erfolgt.

Ärztlicher Fachexperte, Audit Haus 2:

Der zweite Fachexperte bewertet das Verfahren durch die Strukturierung nach DIN EN ISO 19011:2002 als sehr systematisch und organisatorisch wie inhaltlich auf hohem Niveau. Der kollegiale Austausch wird als wichtig und in dieser Form des Audits als gut durchführbar beschrieben. Der Nutzen des Verfahrens sei im Verhältnis zum Aufwand sehr hoch. Die Zusammensetzung des Auditteams aus Auditleiter und zwei Fachexperten unterschiedlicher beruflicher Sozialisation wird als zielführend gesehen. Verbesserungsvorschläge werden keine genannt.

Gesamtfazit: Professionelles, gut strukturiertes Verfahren, das auch inhaltlich alle wesentlichen Kategorien abdeckt. Vergleichbares sei nicht bekannt. Über den optimalen Zeitpunkt für ein Audit in der eigenen Organisation würde derzeit mit der leitenden Pflegeperson und dem leitenden Psychologen beraten.

Pflegerische Fachexpertin, Audit Haus 2:

Die beteiligte Pflegedienstleiterin bewertet das Verfahren als gelungene Entwicklung. In der Praxis habe sie besonders die offene Gesprächsatmosphäre genossen, die ihr in den Zertifizierungsaudits, an denen sie teilgenommen habe, immer gefehlt habe. Die Orientierung am Versorgungsprozess des Patienten habe für sie den Vorteil, professionell im Sinne des Patienten die Risiken der Behandlung zu evaluieren. Bereichernd habe sie zudem den Diskurs zwischen den verschiedenen Professionen empfunden, aus dem deutlich geworden sei, dass jeder Mitarbeiter seinen Teil zum Versorgungsprozess beitrage. Dieser Faktor wäre ihres Erachtens auch sehr gut in den verschiedenen Auditthemen ausgearbeitet worden.

Als Verbesserungspotential wird die Einbindung eines Psychologen in das Auditteam benannt.

Gesamtfazit: Gelungene Ausarbeitung und Umsetzung eines wichtigen Instrumentes zur Qualitätsentwicklung. Sie hoffe auf weitere Beteiligung und strebe

nach Rücksprache mit dem ärztlichen Abteilungsleiter ein Audit in ihrem Bereich für das Jahr 2012 an.

#### **4.2.2 Auditierete Organisationen**

Chefarzt Haus 1:

Der Chefarzt bewertet das Verfahren als sinnvoll und angenehm, das Vorgehen sei angemessen und konstruktiv gewesen, so dass er auch Verbesserungspotentiale gerne angenommen habe. Die Kommunikation mit dem beteiligten Fachexperten habe er als sehr kollegial empfunden. Ihm sei im Vorfeld nicht bewusst gewesen, in welcher Tiefe auf klinischer und managerieller Ebene auditiert würde. Ein Folgeaudit komme für ihn in Frage, jedoch frühestens in zwei Jahren, vorher habe er noch Veränderungen umzusetzen.

Gesamtfazit: Er wird das Verfahren auch den anderen Chefärzten des Verbundes empfehlen und hat Interesse an einer Beteiligung als Fachexperte.

Leitende Pflegeperson, Haus 1:

Die Bereichsleitung des Pflegedienstes sieht den wichtigsten Vorteil in der Einbeziehung einer neutralen, externen Instanz zur Bewertung der eigenen Qualitätsfähigkeit. Man sei intern oftmals zu sehr mit der alltäglichen Routine beschäftigt, um überhaupt Verbesserungspotentiale wahrzunehmen. Durch das Audit sei man gezwungen, sich systematisch mit der eigenen Wirklichkeit auseinanderzusetzen.

Gesamtfazit: Klinische Audits sind aus ihrer Sicht ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung.

QMB, Haus 1:

Zum Zeitpunkt des Audits war die Stelle des Qualitätsmanagementbeauftragten des Hauses nicht besetzt. Von daher konnte keine Nachbesprechung stattfinden.

Chefarzt, Haus 2:

Der Chefarzt dankt für die Durchführung des Audits, insbesondere auch für die ehrenamtliche Tätigkeit beider Fachexperten. Er bewertet das Verfahren als angenehm kollegial und inhaltlich ausgefeilt. Besonders wichtig sei ihm der Austausch zur Aufnahmepraxis alkoholkranker Patienten gewesen, die in seiner Klinik bei Gangunsicherheit zunächst abgewiesen würden. Auch die Reflexion zum

Umgang mit einer „etwas offeneren Psychiatrie“ sei sehr hilfreich gewesen. Er sehe insgesamt die angestoßene Qualitätsentwicklung seiner Klinik durch das Audit bestätigt und habe über die Gespräche zur kennzahlengestützten Bewertung von Prozessen und ihren Ergebnissen viele neue Inspirationen erhalten. Innerhalb des nächsten Jahres wolle er hiermit weitere Verbesserungsmaßnahmen klinikintern anstoßen.

Gesamtfazit: Das Verfahren ist aus seiner Sicht eine willkommene Maßnahme, „nicht immer nur im eigenen Saft zu schmoren“.

Leitende Pflegeperson, Haus 2:

Die Pflegedienstleitung sieht das Auditverfahren als Möglichkeit, über Dinge offen zu sprechen, die „man schon immer gewusst oder geahnt hat“. Hierbei seien vor allem die Schnittstellen zwischen den Berufen wichtig, die man über die patientenorientierte Ausgestaltung gut abbilden könne.

Gesamtfazit: Hilfreiches Verfahren, auch intern in das gemeinsame, berufsgruppenübergreifende Gespräch zu kommen und sich über die Prozessgestaltung auszutauschen.

QMB, Haus 2:

Der Qualitätsmanagementbeauftragte sieht im klinischen Auditverfahren eine gute Ergänzung seines internen Auditprogramms. Die Diskussion der im Haus entwickelten Dokumente, sowie deren Einbettung in das QMS des Hauses wird als hilfreich beschrieben.

Gesamtfazit: Klinische Audits sind für den QMB wesentlich, da sie auf Ebene der klinischen Versorgung ansetzen und damit bei den für den Kernprozess verantwortlichen Mitarbeitern das Verständnis für QM im Allgemeinen anstoßen.

#### **4.2.3 Auditleiter**

In der Gesamtschau der Verfahrensentwicklung sowie der Durchführung der einzelnen Audits kann das Verfahren als inhaltlich und organisatorisch funktional beschrieben werden. Alle theoretisch entwickelten Themengebiete wiesen auch in der klinischen Praxis eine hohe Relevanz auf. Ergänzende, relevante Themenfelder wurden über die Audits nicht aufgefunden. Aspekte des Qualitätsmanagementsystems konnten aus den allgemeinen Anforderungen des CLINOTEL-Auditverfahrens hausindividuell zugeordnet und genutzt werden.



Bereits bei der Dokumentenprüfung konnten die Empfehlungen der Literatur angewendet werden und die Auditplanung für die auditierten Häuser erarbeitet werden. Die Erläuterungen der strukturellen Gegebenheiten ermöglichten eine individuelle Ablaufplanung.

Die Auditzeitpläne beider Audits erwiesen sich als ausreichend. Für die Eröffnungsbesprechung waren jeweils 60 Minuten, die geschützten Stationen jeweils 90 Minuten und die offen geführten Stationen jeweils 60 Minuten auskömmlich. Kleinere Zeitreserven (ca. 5 Minuten) könnten für Wegezeiten zukünftig eingeplant werden.

Für zukünftig stattfindende Audits wird angestrebt, möglichst mit zwei Fachexperten der verschiedenen Berufsgruppen (Arzt, Psychologe, Pflegeperson) zu auditieren.

### **4.3 Zusammenführung und Diskussion**

Wie man aus den Rückmeldungen der beteiligten Fachexperten erkennen kann, ist das Verfahren in der Praxis gut anwendbar und wird als nutzbringend beschrieben. In den nachfolgenden Ausführungen sollen die Grundlagen der Entwicklung aufgegriffen und anhand der Ergebnisse diskutiert werden.

In einem weiteren Schritt sollen die Ergebnisse systemtheoretisch beleuchtet werden und Möglichkeiten der Einflussnahme auf soziale Systeme diskutiert werden.

#### **4.3.1 Aspekte des Qualitätsmanagements**

Die im definierten Verfahren entwickelten spezifischen Auditkriterien konnten in der Praxis als Referenzwerte herangezogen werden und fanden in den auditierten Kliniken eine breite Akzeptanz, dies zeigte sich insbesondere in der Fokussierung der Auditziele auf Themen der direkten Patientenversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Patientensicherheit.

Die festgelegten Auditziele

- Ermittlung, inwieweit die Vorgaben, Handlungen und Ergebnisse der Organisation mit den Auditkriterien übereinstimmen
- Beurteilung der Fähigkeit der Organisation zur Erfüllung der Auditkriterien im Sinne einer angemessenen Vorherbestimmbarkeit von Prozessen und ihrer Ergebnisse (Qualitätsfähigkeit)
- Ermittlung, inwieweit ein Qualitätsmanagementsystem existiert
- Beurteilung des Wirkungsgrades des Qualitätsmanagementsystems
- Aufzeigen von Möglichkeiten zur Verbesserung von Prozessen und des Qualitätsmanagementsystems

konnten in den durchgeführten Audits entsprechend verwirklicht werden und bieten damit eine gute Möglichkeit, die Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse zu bewerten.

Das klinische Auditverfahren definiert sich innerhalb der Anforderungen für die Kernprozesse inhaltlich über hochwertige medizinische Leitlinien und Fachpublikationen. Dieses Prinzip bewirkte innerhalb der auditierten Organisationen eine Art Sachzwang, da harte externe Evidenz in der Öffentlichkeit nicht oder nur schwer diskutiert oder bestritten werden kann. Der Einsatz klinisch erfahrener Fachexperten verstärkte das Prinzip der sachlichen Legitimation der Gestaltung

klinischer Prozesse. Abweichungen zu externen Anforderungen konnten in „kollegialer Atmosphäre“ hinsichtlich potentieller Verbesserungsmöglichkeiten übermittelt werden.

Im Kontext des Lenken und Leitens spielt die DIN EN ISO 9001:2008<sup>228</sup> eine wichtige Rolle, da sie wesentliche Elemente der Führung in einem kompakten, aber abstrakten Leitfadens zusammenführt. Die durchgeführten klinischen Audits helfen, den datenbasierten Managementansatz zu unterstützen. Je nach Auditauftrag können in der Stichprobe auch Systemanforderungen überprüft werden. Dies betrifft bereits in der Auditvorbereitung die Überprüfung sämtlicher Dokumentationsanforderungen, da die Dokumente neben der inhaltlichen Güte auch auf formale Kriterien überprüft werden (können). Im Audit vor Ort besteht die Möglichkeit, alle weiteren Anforderungen stichprobenartig einzubeziehen, was sich im vorliegenden Fall über die Auditergebnisse belegen lässt.

Integriert in das interne Auditprogramm der Organisation, kann das externe Auditverfahren eine wichtige Ergänzung interner Audits darstellen, da durch die Verschiebung des Beobachterstandpunktes eine tiefere Reflexion möglich werden kann. Durch die Heranziehung externer Referenzen steigt auch der Nutzen für das Managementreview.

Das klinische Auditverfahren ermöglicht also eine Prozeßbewertung, wie sie im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses als Managementgrundsatz in der DIN EN ISO 9001:2008 festgeschrieben ist.

Auch die im KTQ-Katalog<sup>229</sup> festgeschriebenen Kriterien zur Qualitätssicherung lassen sich über das Auditverfahren für den Fachbereich überprüfen.

In den Audits vor Ort können Elemente aller 6 Kategorien (Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informationswesen, Führung, Qualitätsmanagement) herangezogen werden. Hiermit ergibt sich für die Mitgliedshäuser ein wichtiger Nutzen für die geforderte Selbstbewertung.

Die Zertifizierungen nach JOINT COMMISSION INTERNATIONAL<sup>230</sup> und PPQ-PRO PSYCHIATRIE QUALITÄT<sup>231</sup> sind bislang im Verbund nicht populär. Durch die im Verfahren integrierten Anforderungen wird den Mitgliedshäusern eine potentielle Weiterentwicklung ermöglicht. Insbesondere PPQ kann für die psychia-

---

<sup>228</sup> Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagementsysteme –Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.

<sup>229</sup> (M.M.) <http://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html> 12.02.2011, 21:36 Uhr

<sup>230</sup> (M.M.) <http://www.jointcommissioninternational.org/> 12.02.2011, 22:16 Uhr

<sup>231</sup> Bundesverband evang. Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.); ProPsychiatrieQualität; Psychiatrie-Verlag GmbH 2009 (ISBN 978-3-88414-474-9)

trischen Fachabteilungen und Kliniken dazu dienen, spezifische (sozialpsychiatrische) Leitziele auszuarbeiten und zu verwirklichen, unabhängig von einer potentiellen Zertifizierung anhand dieses Anforderungskataloges.

Das Auditverfahren ermöglicht auch eine Überprüfung der gesetzlichen Anforderungen, was sich in den Auditergebnissen zeigt. Dies sind zum einen die Anforderungen des FÜNFTEN SOZIALGESETZBUCHES (SGB V)<sup>232</sup>, in beiden Audits wurden entsprechende Überprüfungen vorgenommen, die eine Aussage zur Etablierung eines QMS ermöglichen. Zum anderen wurden die Anforderungen der PSYCH-PV<sup>233</sup> (1991) stichprobenartig überprüft, deren Notwendigkeit zur Überprüfung sich insbesondere auch mit den Erkenntnissen der Publikation von BECKER & BECK (2010)<sup>234</sup> begründen lassen, in denen sich ernst zu nehmende Hinweise auf eine Korrelation zwischen Personalausstattung und Ergebnisqualität finden. Für psychiatrische Kliniken existiert mit der PSYCH-PV eine rechtliche Verordnung, die die Personaluntergrenzen festlegt. Es besteht die Gefahr, dass sich mit dem Unterschreiten der verordneten Quote Risiken für die Patientensicherheit ergeben könnten. Ein Abgleich mit qualitativen Kennzahlen wie Fixierungsquoten, unerlaubtes Entweichen etc. kann die Aussagekraft erhöhen.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass sich klinische Audits als Instrument der Qualitätssicherung eignen. Für die jeweiligen Audittermine können Themenschwerpunkte aus einem breitgefächerten „Anforderungsportfolio“ zusammengestellt und individuell genutzt werden. Hierbei lassen sich auch, je nach Entwicklungsstand der Einrichtung oder Fachabteilung, Unterscheidungen hinsichtlich der „Auditierungstiefe“ planen und festlegen, um dem jeweiligen Qualitäts-Entwicklungsprozess gerecht werden zu können.

Im Spannungsfeld zwischen den (heutigen und zukünftigen) ökonomischen Anforderungen und einer ethisch vertretbaren, sicheren und evidenzbasierten medizinisch-pflegerischen Versorgung können über das Auditverfahren die Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität aus verschiedenen Beobachterperspektiven analysiert werden. Dies kann aus Sicht der klinischen Leitung die Schaffung von Legitimationszusammenhängen bewirken, die Patientensicherheit in den Vordergrund stellen zu können. Bezugnehmend auf die empirische Untersuchung der

---

<sup>232</sup> (M.M.) [http://www.bundesrecht.juris.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_5/BJNR024820988.html) 25.02.2011, 20:19 Uhr

<sup>233</sup> Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV) <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf>, 08.02.2011, 22:03 Uhr

<sup>234</sup> Becker A, Beck U: Personalausstattung und Ergebnisqualität. Die Schwester/Der Pfleger. 2010. 49 (1). 74-79.

RWI (2008)<sup>235</sup> bietet diese Vorgehensweise dauerhaft auch ökonomische Vorteile. Auch nach den Ausführungen der aktuell erschienenen Publikation des KRANKENHAUS RATING REPORT 2011<sup>236</sup> ist die wirtschaftliche Situation von Häusern mit guter Qualitätslage und hoher Patientenzufriedenheit ungebrochen signifikant besser.

Zudem wird nach FISCHER (2010)<sup>237</sup> durch das Fokussieren auf den Versorgungsprozess ermöglicht, insbesondere Krankenhäusern konfessioneller Trägerschaft wird so eine authentische Verwirklichung eigener Werte gestattet, was einen weiteren Vorteil darstellt.

POWER (1997)<sup>238</sup> beschrieb bereits Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts eine Zunahme des Auditing in Großbritannien. Die (damals noch) neue Form der Qualitätsprüfung sollte die Reflexivität bzw. das reflexive Lernen in Organisationen ermöglichen. Er kritisierte die seines Erachtens nicht hinreichend genutzten Möglichkeiten, da die meisten Audits (fast) ausschließlich auf das Management bzw. die Managementprozesse fokussierten, anstatt das substantielle Operieren einer Organisation in den Blick zu nehmen. In seiner puren Form sollte seines Erachtens das Audit für eine Reflexion der eigenen Prozesse (und der Selbstregulierungsprozesse) sorgen, wodurch aktiv die Systementwicklung stimuliert werden könnte.

Der Schwerpunkt des klinischen Auditverfahrens ist demnach eine gute Möglichkeit, den Zweck der Organisation durch Beobachtung der Versorgungsprozesse in den Fokus zu rücken.

In der Folge sollen hierzu die Möglichkeiten der Beeinflussung und Steuerung sozialer Systeme herangeführt werden.

---

<sup>235</sup> Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2008 - Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI, 04/2008, ISBN 978-3-86788-040-4, S.17

<sup>236</sup> Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei, RWI, 06/2011, ISBN 978-3-86788-299-6, S.16; S.94-99.

<sup>237</sup> Fischer M: Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. LIT Verlag Dr. W. Hopf, Berlin 2010. ISBN 978-3-8258-1549-3, S.101.

<sup>238</sup> Power M: From Risk Society to Audit Society. Soziale Systeme 3, H.1, S. 3-21. Lucius&Lucius, 1997.

### 4.3.2 Systemtheoretische Aspekte

Die externen Steuerungsmöglichkeiten sozialer Systeme sind aus Sicht der Systemtheorie begrenzt. Auditverfahren können im bestmöglichen Fall in den zu auditierenden Organisationen (Soziale Systeme) Reaktionen in Form von Irritationen auslösen. Dieser Umstand soll theoretisch aufgegriffen und unter dem Schwerpunkt möglicher Interventionen an autopoietischen Systemen diskutiert werden.

In der Erklärung sozialer Systeme greife ich auf das theoretische Konstrukt von NIKLAS LUHMANN (2004)<sup>239</sup> zurück. Der Systembegriff ist begründet in einem differenztheoretischen Ansatz, nach dem das System in einer Unterscheidung zwischen System und Umwelt besteht und demnach ohne die Umwelt nicht existieren kann.<sup>240</sup> Gemäß seiner „*Theorie offener Systeme*“<sup>241</sup> besteht die Offenheit in der Möglichkeit zum Austausch mit der Umwelt.

Bezugnehmend auf LUHMANN'S Gedanken beschreibt SIMON (2007) soziale Systeme aus „*Elementen und ihren Beziehungen*“<sup>242</sup> bestehend. Ihre kleinsten Elemente sind Kommunikationen, also nicht materielle Einheiten, sondern „*Ergebnisse, vergleichbar den Spielzügen eines Spiels (...)*“<sup>243</sup>. Systeme grenzen sich also durch eben diese Kommunikationen zur Umwelt ab.

Dass Kommunikationen abhängig von der relevanten Umwelt sind, erschließt sich primär über das Erfordernis der notwendigen Kommunikationsmedien. Hierfür werden im sozialen System menschlich-biologische Systeme benötigt, die die Möglichkeiten der Strukturierung und Entwicklung sozialer Systeme begrenzen. „*(...)sie irritieren sie und regen sie dadurch zur Entwicklung an, aber sie legen nicht kausal fest.*“<sup>244</sup>

Autopoiesis beschreibt die Konstitution durch eigene Operationen, die Selbstbezüglichkeit und Selbstorganisation des jeweiligen Systems, durch die die Abgrenzung zu Umwelt durchgeführt wird. LUHMANN (2004) beschreibt Autopoiesis mit „*(...)Eine Operation mit Anschlussfähigkeit.*“<sup>245</sup> Greift man den Gedanken auf, grenzen sich soziale Systeme durch ihre Autopoiesis (Kommunikationen) zur

---

<sup>239</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7.

<sup>240</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.66.

<sup>241</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.41-65.

<sup>242</sup> Simon FB: Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Car-Auer Verlag 2007. ISBN: 978-3-89670-547-1, S. 87.

<sup>243</sup> Simon FB: Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Car-Auer Verlag 2007. ISBN: 978-3-89670-547-1, S. 88.

<sup>244</sup> Simon FB: Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Car-Auer Verlag 2007. ISBN: 978-3-89670-547-1, S. 89.

<sup>245</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004 ISBN: 978-3-89670-459-7, S.78.

Umwelt ab, die Dynamik des Fortbestehens wird durch die Aneinanderreihung von Kommunikationen gewährleistet.

Zudem bleibt „Die Kommunikation (...) eine interne Operation“<sup>246</sup>, was in der These der operativen Geschlossenheit weiter ausdifferenziert wird. Hiernach kann ein System seine internen Operationen nicht dazu nutzen, mit der Umwelt in Kontakt zu treten, denn das würde wiederum die Grenze zwischen System und Umwelt aufheben<sup>247</sup>.

Aber er führt auch aus, dass „Ein System, dass die eigene Anschlussfähigkeit kontrollieren will, muss also über etwas verfügen, was (...) Selbstbeobachtung“<sup>248</sup> genannt werden kann. Die in der Eigenbeobachtung begründete „Selbstreferenz“ kann als das Beobachten der eigenen Grenze und das Zurücktransportieren der so gewonnenen Informationen, die sich als Differenz zur Umwelt darstellt (System-Umwelt-Grenze), beschrieben werden. Eine Fremdbeobachtung bietet den Vorteil, dass durch den unterschiedlichen Beobachterstandpunkt der sog. „Blinde Fleck“ der Selbstbeobachtung (Der Beobachter kann sich nicht selbst beim Beobachten beobachten) ausgehebelt werden kann. Eine solche Fremdreferenz kann jedoch nur wahrgenommen werden, wenn sie in eigene Operationen überführt wird.

Auch das soziale System der Organisation unterliegt dem Prinzip der Autopoiesis und erzeugt somit seine elementaren Einheiten aus dem Netzwerk dieser elementaren Einheiten. Sie bestehen aus „Entscheidungen, die sie selbst anfertigen“ als soziales Ereignis. Auch sie unterliegen der selbstreferentiellen Geschlossenheit und können externe Referenzen nur dann wahrnehmen, wenn sie als Entscheidung in interne Operationen überführt wird.<sup>249</sup>

Im Sinne der Selbstorganisation werden durch die Operationen Strukturen geschaffen, die aber nur in dem Moment nutzbar sind, in dem das System operiert, also in der Gegenwart. Strukturen lassen sich als Erwartungen beschreiben, als „Erwartungen in Bezug auf die Anschlussfähigkeit von Operationen“<sup>250</sup>. Es wird von Selbstorganisation gesprochen, weil ein System nur mit selbst aufgebauten Strukturen operieren kann. „Es kann keine Strukturen importieren.“<sup>251</sup>

---

<sup>246</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.82.

<sup>247</sup> Vgl. Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.93.

<sup>248</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.81.

<sup>249</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.166

<sup>250</sup> Vgl. Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.101-103.

<sup>251</sup> Vgl. Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.105

Ich möchte an dieser Stelle eine Metapher aus den Vorlesungen aufgreifen: „Soziale Systeme lassen sich wie ein Fluss beschreiben. Kommunikationen stellen dabei das fließende Wasser dar, das Flussbett bildet die Struktur“<sup>252</sup>.

Wie der Fluss während seiner Operationen (Das Fließen) immer wieder bestehende Strukturen (das Flussbett) nutzen kann, so bilden sich in sozialen Systemen also Erwartungsstrukturen heraus.

Ich hatte vorab beschrieben, dass die operative Geschlossenheit der Systeme in der Autopoiesis besteht, diese konstituiert das System. Autopoiesis ist ein systeminternes Produkt, es kann nicht von aussen generiert werden. Autopoiesis verlangt in diesem Kontext, dass entschieden wird und nicht, wie entschieden wird. Auch eine Nicht-Reaktion kann demnach eine Entscheidung sein. „Eine Entscheidung ist also alles, was das System als solche ansieht“.<sup>253</sup>

Die einzige Möglichkeit zur direkten Einflussnahme von aussen besteht in der Destruktion des Systems. Bleibt man bei der Metapher des Flusses, so kann man das System zwar zerstören, in dem man einen Stausee anlegt, man kann aber nicht dem Wasser beim Fließen helfen. Man könnte beispielsweise auch das Flussbett einengen oder erweitern, dadurch fließen die Operationen in etwas anderer Struktur, das Fließen selbst wird aber nicht verhindert.

Dies zeigt einen wichtigen Effekt im sozialen System auf: Die Beeinflussbarkeit kann nur über die Strukturen erfolgen. Für Organisationen bedeutet die Struktur- bildung nach LUHMANN (1992) „Welche Entscheidung auf eine andere folgt, kann natürlich nicht dem Belieben überlassen werden“<sup>254</sup>. Struktur kann also als Überbrückung der Distanz von Entscheidung zu Entscheidung beschrieben werden.

Jedes System wird Strukturen bilden müssen, um das einzuschränken, was folgen kann. „Sofern eine Entscheidung als Prämisse anderer Entscheidungen dient – sei es qua Erinnerung oder qua Antezipation – bildet sich Struktur.“<sup>255</sup> Er führt weiter aus: „Die dynamische Stabilität erfordert eine hohe Labilität von Strukturen, bei denen man nicht schon im ersten Gebrauch auf eine Dauerregelung für ähnliche Fälle festgelegt ist“. Umgekehrt bedeutet das natürlich auch, dass je stabiler die Strukturen sind, desto unbeweglicher und starrer das System beschrieben werden kann.

---

<sup>252</sup> Entnommen aus: Gärtner HW: Vorlesungsreihe Steuerung sozialer Systeme, KFH NW, Abt. Köln, 2004.

<sup>253</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.168

<sup>254</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.172

<sup>255</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.172s



Kommen wir auf die Möglichkeit der Systembeeinflussung zurück, zu der LUHMANN ausführt: „*Strukturelle Kopplung (kann) alle möglichen Formen annehmen, solange sie mit der Autopoiesis des Systems kompatibel ist.*“<sup>256</sup> Dies zeigt die Bedeutung der Strukturellen Kopplung auf.

Kopplungen von psychischen Systemen (Personen) an das soziale System können beispielsweise über die Funktion der Rolle erfolgen, also über definierte Mitgliedschaftsregeln. Diese Regeln werden im Zuge der Autopoiesis selbst erzeugt. Das System entscheidet selbst über Einstellung und Entlassung und darüber, welche Rollen wie ausgeübt werden dürfen. „*Es geht immer um eine rollenspezifische Bestimmung, nie um die Inklusion des Gesamtverhaltens eines konkreten Menschens in das System*“<sup>257</sup>.

Im System Krankenhaus werden beispielsweise bestimmte Erwartungen an die Rollenfunktion des Arztes oder der Pflegeperson gebunden. Die Personen/psychischen Systeme sind hierbei austauschbar, als Mitgliedschaftsregel gilt der gültige Arbeitsvertrag. Über die Nutzung der Systemstrukturen können Irritationen, Reizungen des Systems erfolgen, aus Sicht des Systems spricht LUHMANN von „*Resonanzfähigkeit*“<sup>258</sup>.

Irritation bedeutet in diesem Kontext, dass ein Informationsverarbeitungsprozess in Gang gesetzt wird, der wiederum operativ gehandhabt werden kann (Entscheidung).

Jedes System produziert seine Information (z.B. aus den Irritationen) selbst, es handelt sich hierbei um ein systeminternes Produkt. Aus der Irritation ist eine systeminterne Information geworden, wenn weitere Operationen daran anschließen.

In der Metapher des Flusses könnte man sich einen Erdbeben vorstellen, der dazu führt, dass sich das Flussbett an dieser Stelle neu ausbildet/strukturiert.

„*Umwelt wirkt als Irritation, Störung, Rauschen und wird für das System erst sinnvoll, wenn sie auf Entscheidungszusammenhänge des Systems bezogen werden kann* –

*Das ist nur gegeben, wenn das System erkennen kann, welchen Unterschied es für seine Entscheidungstätigkeit macht, wenn sich die Umwelt auf die ein oder andere Art ändert oder nicht ändert.*“<sup>259</sup>.

---

<sup>256</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004 . SBN: 978-3-89670-459-7, S.120

<sup>257</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.171

<sup>258</sup> Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004. ISBN: 978-3-89670-459-7, S.124

<sup>259</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.173

Bezogen auf das Auditverfahren bedeutet dies, dass die beobachtete Differenz zur Umwelt, beispielsweise bestehend in einer beobachteten Abweichung der Patientenbehandlung zu den Anforderungen evidenzbasierter Leitlinien, zunächst als Fremdreferenz vorliegt. Damit sie vom System als Irritation wahrgenommen werden kann, muss sie in Form von struktureller Kopplung in systeminterne Operation übersetzt werden. Dies kann z.B. über strukturelle Kopplung einer Leitungsperson kraft ihrer Rollenfunktion kommuniziert werden. Aus der Irritation muss eine Information (Systeminternes Produkt) werden, die in die Entscheidungskausalitäten überführt wird. Systementscheidungen müssen sich also auf dieser Information begründen. Besteht im System ein Teil der (Erwartungs-) Struktur beispielsweise aus Vorgaben in Form verbindlicher, schriftlicher Handlungs- oder Verfahrensanweisungen, ist die Irritation in dem Moment in das System überführt und damit zur Information geworden, sobald die Inhalte in den Anweisungen integriert sind und sich hieraus systeminterne Erwartungen gebildet haben, deren Nichtbeachtung Folgen (im Sinne von Folgeentscheidungen) auslöst. Eine solche Folgeentscheidung könnte beispielsweise in einer Abmahnung bestehen. Bleiben Abweichungen folgenlos, können Erwartungen nicht in dauerhafte organisationale Erwartungen (im Sinne von Struktur) überführt werden.

Nach LUHMANN wird *„Das System (wird) durch die Umwelt laufend irritiert, und es sucht mit seinem Entscheidungsnetz geradezu Irritationen auf, um sie in Informationen umzuwandeln und zur Führung seines Entscheidens benutzen zu können.“*<sup>260</sup>

Die strukturelle Einschränkung des Systems bezeichnet LUHMANN als Redundanz, sie ist dann am höchsten, wenn mittels einer beobachteten Entscheidung das System beschrieben werden kann. Varietät wird von ihm in diesem Kontext als Verschiedenartigkeit von Entscheidungen benutzt. Das bedeutet, dass die Varietät dann umso grösser ist, wenn die Spannweite möglicher Entscheidungen sich vergrößert. Eine Erhöhung der Redundanz bedeutet eine Steigerung der Komplexitätsdifferenz zur Umwelt, wohingegen eine Erhöhung der Varietät eine Verringerung der Komplexitätsdifferenz zur Umwelt bedeutet.<sup>261</sup>

---

<sup>260</sup> Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.173

<sup>261</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.175

In der Praxis kann dies zu verschiedenen Entwicklungen führen:

- Kondensation von Strukturen führt zur Redundanz-erhöhung, erlaubt einen besseren Überblick über die Systemmöglichkeiten, führt aber bei alternden Organisationen zu Kristallisation und zunehmenden Unveränderbarkeit.
- Umgekehrt kann das System bei turbulenter Umwelt auch dazu neigen, mit Erhöhung seiner Varietät zu reagieren, um neue Entscheidungsmöglichkeiten zuzulassen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass sobald die Varietät ansteigt, die Redundanz sinkt. Hiermit sind Entscheidungen schwieriger voraussagbar. Wichtig ist jedoch, dass sich neue Komplexität erst der autopoietischen Bewährung aussetzen muss. Nach LUHMANN lassen sich hier keine (externen) Rationalitätskriterien einsetzen- es gibt keine Empfehlung dazu, wann eine Erhöhung des einen oder des anderen (Redundanz und Varietät) erfolgversprechender ist. Es können sogar beide der Stabilität des Systems (der Fortsetzung der Autopoiesis) zu- oder abträglich sein.<sup>262</sup>

Redundanzen limitieren das Zulassen von Entscheidungen. Dies geschieht durch Entscheidungsprämissen, die festgelegt werden und für mehr als eine Entscheidung gelten. Entscheidungsprämissen werden in Form von Entscheidungsprogrammen, dem Kommunikationsnetz und durch Personen ausgestaltet.

Entscheidungsprogramme kommen in Form von Zweckprogrammen (Zielen auf Output ab, z.B. standardisierte Arbeitsabläufe) und Konditionalprogrammen (Zielen auf Input ab, z.B. Idealvorstellung bei der Personalauswahl) vor. Des Weiteren können Redundanzen auch durch das Bündeln von Informationen zu Entscheidungen entstehen, aber auch durch die *„Festlegung von Kommunikationswegen (unter Ausschluß anderer) auf denen Informationen mit Bindungswirkung im System zirkulieren können.“* In diesem Fall spricht man von der Nutzung des Kommunikationsnetzes.

Personen stellen der Organisation *„Körper und Geist, Reputation und persönliche Kontakte zur Verfügung“* und erweitern damit teils, teils schränken sie auch das ein, was entschieden werden kann.<sup>263</sup>

Die Problematik besteht darin, dass sich personale Entscheidungsprämissen nur zuverlässig vorhersagen lassen, wenn man die jeweilige Person kennt.

---

<sup>262</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.175

<sup>263</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.177

Für den externen Beobachter (und Auditor), der sich an Formalitäten aufhalten muss, ist kaum erklärbar, warum eine „*Organisation ihre Entscheidungsmöglichkeiten nicht ausschöpft*“<sup>264</sup>.

Welche Führungsinterventionen lassen sich nun aus der Theorie ableiten und welche Funktion kann ein Audit hierbei übernehmen?

Nach LUHMANN besteht der Sinn der Organisation in der Corporate Identity, in der Organisationskultur, es besteht also die Möglichkeit, sich über Werte zu definieren. Demnach kann eine Veränderung durch die Ausgestaltung von Lernprozessen über Programmgestaltung, etwa durch den Einbau von Ausnahmen in die Regel oder auch eine Umdefinition des Zwecks erfolgen.

Auch kann die Nutzung oder Umgestaltung des Kommunikationsnetzes zu Gestaltung genutzt werden.<sup>265</sup> Wesentlich bei allen Interventionen ist die Herstellung einer (systeminternen) Anschlussrationalität. Hierbei werden von extern immer Möglichkeiten der strukturellen Kopplung benötigt. Personen spielen hier durch ihre Kopplung an das System in Form ihrer Rollenzuschreibung eine wesentliche Rolle, sie haben die Möglichkeit der Nutzung des Kommunikationsnetzes und der Programmgestaltung, auf der weitere organisationale Entscheidungen gründen können.

Über den Mechanismus der externen Beobachtung wird die Unterscheidung zwischen Redundanz und Varietät ermöglicht- dabei gibt es kein Maß für Rationalität, sondern lediglich die Paradoxie, beides gleichermaßen zu benötigen doch nicht gleichzeitig anstreben zu können. Rationalität bedeutet in diesem Kontext, dass die Organisation in der Lage ist, ständig zwischen Redundanz und Varietät auszubalancieren, also den Wechsel vollziehen zu können. Rationalität bedeutet aber auch, dass das System in der Lage ist, trotz selbstreferentieller Geschlossenheit im autopoietischen Prozessieren von Informationen, die Differenz von System und Umwelt wieder in das System einzuführen (reentry).<sup>266</sup> Hierfür werden insbesondere Mechanismen der Fremdbeobachtung erforderlich. Fremdreferenzen müssen in Selbstreferenzen überführt werden und im Sinne der Anschlussfähigkeit Grundlage für weitere Operationen (Entscheidungen) werden. Zeitversetzte Beobachtung oder Beobachtung aus unterschiedlichen Perspekti-

---

<sup>264</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.178

<sup>265</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.180-182

<sup>266</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8.S, 182-183

ven sowie Beobachtung des Perspektivenwechsels glättet hierbei den Effekt des jeweiligen blinden Flecks, da dieser aus einer anderen Position (Ort oder Zeit) sichtbar wird.<sup>267</sup>

Externe Audits können demnach durch die klinische Leitung als relevantes Medium einer strukturierten Fremdbeobachtung eingesetzt werden und ermöglichen die Glättung eigener blinder Flecke. Durch die Wiedereinführung der beobachteten Differenzen zwischen System und Umwelt in das System, beispielsweise in der Gestaltung neuer Programme, der Umgestaltung von Rollenfunktionen und deren Verankerung in den organisationalen Redundanzstrukturen kann eine Veränderung erzielt werden.

Nach MOLDASCHL (2005)<sup>268</sup> bedarf es zur Institutionalisierung organisationaler Reflexivität folgender Grundsätze:

- Institutionalisierung von Selbstbeobachtung und Selbstkritik
- Systematischer Rückgriff auf Fremdbeobachtung (Umwelttoffenheit)
- Kommunikativer Bezug auf Fremdreferenz
- Offene Evaluierung von Handlungsfolgen (Sensitivität)
- Entwurf alternativer Gegenwarten und Zukünfte (strategische Optionalisierung)<sup>269</sup>

Der Autor bezeichnet externe Irritationen als eine der effektivsten Möglichkeiten der Veränderung, wenn die Organisation hierfür sensibel ist: *„Besser ist es allerdings, wenn sich Unternehmen von Externen irritieren lassen (...) Die Wahrscheinlichkeit, dass deren Impulse innovativ verarbeitet werden, wird gleichwohl stark vom Ausmaß der institutionalisierten Selbstkritik abhängen“*.<sup>270</sup>

Der systematische Rückgriff auf Fremdbeobachtung lässt sich durch Audits ermöglichen, auf organisationaler Ebene muss jedoch ein kommunikativer Prozess mit Bezug auf die Fremdreferenz erfolgen, auf dem weitere Entscheidungen aufbauen.

Zur Fragestellung einer gelingenden Organisationsentwicklung stellen SCHWEITZER et al. (2005)<sup>271</sup> heraus, dass neben der Vermittlung von Sicherheit

---

<sup>267</sup> Vgl.: Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortman G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.183

<sup>268</sup> Moldaschl M: Audit-Explosion und Controlling-Revolution. Zur Verstetigung und Verselbständigung reflexiver Praktiken in der Wirtschaft. Soziale Welt 56:2-32-3, 163-190, NOMOS, 2005

<sup>269</sup> Moldaschl M: Audit-Explosion und Controlling-Revolution. Zur Verstetigung und Verselbständigung reflexiver Praktiken in der Wirtschaft. Soziale Welt 56:2-32-3. NOMOS, 2005, S.170-171

<sup>270</sup> Moldaschl M: Audit-Explosion und Controlling-Revolution. Zur Verstetigung und Verselbständigung reflexiver Praktiken in der Wirtschaft. Soziale Welt 56:2-32-3. NOMOS, 2005, S.172

<sup>271</sup> Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4.

und Anerkennung bei allen Entwicklungsmaßnahmen „die fachlich-inhaltlichen Aspekte (...) im Vordergrund stehen“ sollten.<sup>272</sup> Des Weiteren sollten sich ihrer Ansicht nach die Massnahmen in psychiatrischen Einrichtungen „zugleich auf Arbeitsinhalte und die Wirtschaftlichkeit beziehen, nicht ausschließlich auf wirtschaftliche Aspekte.“<sup>273</sup>

Hierin zeigt sich eine Bestätigung der in der Entwicklung des Auditverfahrens praktizierten Vorgehensweise. Insgesamt bedarf es aus Sicht der Autoren eines hohen Masses an Transparenz durch die Leitungspersonen, um die (neuen) Entscheidungsprogramme für alle verständlich zu machen.<sup>274</sup>

Um Veränderungen gezielt zu gestalten, sollte gezieltes Feedback von aussen durch Patienten, Angehörige und Überweiser genutzt werden. Dies kann in sehr formalisierten oder auch offeneren Formen erfolgen.<sup>275</sup>

Fremdreferenzen können im Rahmen einer strategischen Unternehmensausrichtung auch durch externe klinische Audits erhoben werden.

Ein weiterer Aspekt ist nach SCHWEITZER et al. der „Umgang mit Informationen“<sup>276</sup>. Der beschriebene Ausbau guter Informationswege ist nach dem Gedankenkonstrukt Luhmanns mit der Kopplung an das organisationseigene Kommunikationsnetz bzw. dessen Erweiterung zu verstehen. Auch hier zählt natürlich insbesondere die systeminterne Anschlussfähigkeit.

Nach GÄRTNER (2008)<sup>277</sup> ist auch das „Nicht-Lernen“ einer Organisation als Kompetenz zu beschreiben, da Redundanzen für den Systemerhalt sorgen. Hierdurch sind die Reaktionsfähigkeit und damit auch die Veränderungsfähigkeit von Systemen (Organisationen) eingeschränkt.

Eine gelingende Veränderung bedarf eines schwergewichtigen Grundes und stellt immer eine systeminterne Entscheidung dar. Als Auslöser muss immer eine starke Irritation vorhanden sein. Grundsätzlich steigt die Bereitschaft für Veränderungen mit dem Gefährdungsgrad der Organisation.

---

<sup>272</sup> Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4, S.161

<sup>273</sup> Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4, S.162

<sup>274</sup> Vgl.: Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4, S.162-163

<sup>275</sup> Vgl.: Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4, S.163

<sup>276</sup> Vgl.: Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4, S.163-164

<sup>277</sup> Gärtner HW: Schwerfälliger Tanker oder flotte Fregatte? Zur Veränderungsfähigkeit von sozialen Organisationen. In: Norbert Schuster: Management und Theologie. Führen und Leiten als spirituelle und theologische Kompetenz. Freiburg 2008, 77-88

Als starke Irritation könnte beispielsweise die Veränderung der Finanzierungsgrundlage für psychiatrische Einrichtungen wahrgenommen werden oder auch neue fachlich-inhaltliche Anforderungen evidenzbasierter Leitlinien, die einen Paradigmenwechsel im Versorgungsprozess erfordern. An dieser Stelle sind primär die klinischen Leitungspersonen gefordert, die beschriebenen Möglichkeiten struktureller Kopplung zu nutzen, um die Schaffung erforderlicher organisationaler Erwartungen voranzutreiben. Das Auditverfahren als Instrument der Fremdbeobachtung bietet Möglichkeiten zur Generierung von Legitimationszusammenhängen durch Fokussierung auf den Organisationszweck.

#### 4.4 Fazit

Es wurde ein klinisches Auditverfahren entwickelt, das relevante qualitative Dimensionen der stationären psychiatrischen Versorgung abdeckt. Es wurden objektivierbare Kriterien aus dem aktuellen Bestand relevanter Fachpublikationen extrahiert, anhand derer professionell auditiert wurde. Das klinische Auditverfahren für den spezifischen Fachbereich der psychiatrischen Versorgung wurde in das bestehende Auditverfahren des CLINOTEL-Krankenhausverbundes integriert und steht nun allen Verbundkrankenhäusern verfahrensgemäß uneingeschränkt zur Verfügung.

Als Methode der strukturierten Beobachtung der wertschöpfenden Prozesse kann es zur kritischen Reflexion bei der Verwirklichung der klinischen Leitungsaufgabe genutzt werden. Hierbei steht insbesondere die Ausgestaltung der klinischen Prozesse unter Berücksichtigung der Patientensicherheit im Vordergrund, aber auch die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen und die Realisierung der ökonomischen Zielvorstellungen können hiermit in Einklang gebracht werden.

Das Auditverfahren ist als Instrument der Qualitätssicherung für das klinische Lenken und Leiten anwendbar und eignet sich zur organisationsinternen Prozessbewertung im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Durch Einbeziehung verschiedener Qualitätsmanagementmodelle können auch Systemanforderungen hinterfragt und ggf. angepasst werden.

Voraussetzung für eine sinnvolle Nutzung ist der zielgerichtete Einsatz durch die jeweiligen Führungspersonen.

Für Maßnahmen der Qualitätsentwicklung steht die Anschlußfähigkeit in der Organisation im Vordergrund und damit die Frage, inwieweit eine durch das Auditverfahren gesetzte Fremdreferenz systeminterne Beachtung findet. Hier sind die Führungspersonen gefragt, die Möglichkeiten der strukturellen Kopplung zu nutzen. Über die Fokussierung auf fachlich-inhaltliche Anforderungen lassen sich angemessene Legitimationszusammenhänge für potentielle Folgeentscheidungen schaffen.



#### **4.5 Ausblick**

Das klinische Auditverfahren für den Fachbereich Psychiatrie ist innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes als qualitätssicherndes Element verfügbar.

Zukünftig wird das Verfahren - wie im CLINOTEL-Auditkonzept vorgesehen - nach jedem Audittermin einer Evaluation unterzogen. Über automatisierte Literaturrecherchen gewonnene neue Erkenntnisse können nach entsprechendem Erfordernis eingearbeitet werden.

Mittlerweile liegen bereits Anmeldungen aus zwei weiteren Mitgliedskrankenhäusern vor, was für eine gute Akzeptanz innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes spricht.

## Literaturverzeichnis Teil 1 – eingeschlossene Literatur

1. Agius M: Outcome measures in psychiatry. Psychiatr Danub. 2010 Nov;22 Suppl 1:S38-41.
2. Anders RL et al.: Assessment of inpatient treatment of patients with schizophrenia in Japan: Implications for practice. Arch Psychiatr Nurs. 2001 Dec; 15(6):265-71.
3. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie e.V. (Hrsg.): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hogrefe, Göttingen 2007. (ISBN 978-3-8017-1825-8)
4. Augurzky B et al.: Krankenhaus Rating Report 2008 - Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI, 04/2008, ISBN 978-3-86788-040-4, [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M\\_41\\_Krankenhaus-Rating-2008.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/M_41_Krankenhaus-Rating-2008.pdf)
5. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei, RWI, 06/2011, ISBN 978-3-86788-299-6.
6. Baskind R et al.: How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. J Ment Health . 2010. 19 (5). 405-411.
7. Becker A, Beck U: Personalausstattung und Ergebnisqualität. Die Schwester/Der Pfleger. 2010. 49 (1). 74-79.
8. Bormuth M.: Psychiatrie als Kulturwissenschaft Überlegungen nach Max Weber. Nervenarzt. 2010. 81 (11). 1346-1353
9. Botvinik L et al.: Audit of antipsychotic prescribing in a private psychiatric hospital. Australas Psychiatry. 2004 Sep;12(3):227-33.
10. Bowers L: Association Between Staff Factors and Levels of Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards in England. Psychiatr Serv. 2009. 60 (2). 231-239.
11. Bowers L et al.: Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Dec;17(10):873-80. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01614.x.
12. Bowers L et al.: Real world application of an intervention to reduce absconding. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005. 12 (5). 598-602.
13. Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

14. Bundesverband ev. Behindertenhilfe e.V. (Hg.), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (Hg.): PPQ: ProPsychiatrieQualität Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement. 3. Aufl. 2009, ISBN 978-3-88414-474-9.
15. Calabrese C et al.: Psychiatric Residents' Views of Quality of Psychotherapy Training and Psychotherapy Competencies: A Multisite Survey. *Acad Psychiatry*. 2010. 34 (1). 13-20
16. Callaly T et al.: Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: identifying those at risk. *Aust Health Rev*. 2010. 34 (3). 282-285.
17. Clarke DE et al.: The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *J Psychiatric Ment Health Nurs*. 2010. 17 (7). 614-620.
18. Clements KM et al.: Comparison of self-report and clinician-rated measures of psychiatric symptoms and functioning in predicting 1-year hospital readmission. *Adm Policy Ment Health*. 2006 Sep;33(5):568-77.
19. Davies SJ et al.: PRN prescribing in psychiatric inpatients: potential for pharmacokinetic drug interactions. *J Psychopharmacol*. 2007 Mar;21(2):153-60.
20. Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): DIN Taschenbuch 226 Qualitätsmanagement. QM-Systeme und –verfahren. 7.Auflage, Beuth Verlag, Berlin 2009.
21. Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): Qualitätsmanagementsysteme –Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.
22. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/-index.html> 20.02.2011, 19:45 Uhr
23. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Schizophrenie [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-009k\\_S3\\_Schizophrenie-.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-009k_S3_Schizophrenie-.pdf) 20.02.2011, 19:50 Uhr
24. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-015\\_S2\\_Persoenlichkeitsstoerungen\\_05-2008\\_05-2013.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-015_S2_Persoenlichkeitsstoerungen_05-2008_05-2013.pdf) 20.02.2011, 19:52 Uhr

25. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022k.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022k.pdf)(Recherchedatum 20.02.2011, 19:55 Uhr)
26. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2-Leitlinie Medikamentenabhängigkeit. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-009\\_S2\\_Medikamentenabhaengigkeit\\_05-2006\\_05-2011.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-009_S2_Medikamentenabhaengigkeit_05-2006_05-2011.pdf) 20.02.2011, 20:03 Uhr
27. Duxbury JA et al.: A structured observation of the interaction between nurses and patients during the administration of medication in an acute mental health unit. J Clin Nurs. 2010. 19 (17-18). 2481-2492.
28. Dyer JG, McGuinness TM: Update on Early Intervention in Schizophrenia. J Psychosocial Nurs . 2008. 46 (6). 19-22.
29. Fischer M: Das konfessionelle Krankenhaus. Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive. LIT Verlag Dr. W. Hopf, Berlin 2010. ISBN 978-3-8258-1549-3.
30. Forsner T et al.: An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. BMC Psychiatry. 2008 Jul 25;8:64.
31. Forsner T et al.: Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. BMC Psychiatry. 2010. 10 (8). 1-10.
32. Gaebel F et al: Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung; Steinkopff Verlag 2009 (ISBN: 978-3-7985-1874-2)
33. Galon PA, Wineman NM: Coercion and Procedural Justice in Psychiatric Care: State of the Science and Implications for Nursing. Arch Psychiatr Nurs. 2010. 24 (5). 307-316.
34. Gärtner HW: Schwerfälliger Tanker oder flotte Fregatte? Zur Veränderungsfähigkeit von sozialen Organisationen. In: Norbert Schuster: Management und Theologie. Führen und Leiten als spirituelle und theologische Kompetenz. Freiburg 2008, 77-88.
35. Grann M et al.: Psychiatric Risk Assessment Methods. Are Violent Acts Predictable? A Systematic Review. SBU. 2005. 175. 3-13.
36. Grassi L et al.: Violence in psychiatric units: A 7-year Italian study of persistently assaultive patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006. 41 (9). 698-703.

37. Gören JL et al.: Development and Delivery of a Quality Improvement Program to Reduce Antipsychotic Polytherapy. *J Manag Care Pharm.* 2010. 16 (6). 393-401.
38. Harnett PJ et al.: Refocusing acute psychiatry, performance management, standards and accountability, a new context for mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009. 16. 434-439.
39. Hewer W: Anhaltend hohe Sterblichkeit. Wichtig ist eine allgemeinmedizinische Behandlung, die auf die spezifischen Belange dieser Patientengruppe zugeschnitten ist. *Deutsches Ärzteblatt.* 2010. 2. 68-70.
40. Ise W: DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar. *ku (Krankenhaus Umschau).* 2001. 70(1). 57-58.
41. Janssen W et al.: The influence of staffing levels on the use of seclusion. *Int J Law Psychiatry.* 2007. 30 (2). 118-126.
42. Johnson ME: Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues Ment Health Nurs.* 2010. 31 (3). 181-197.
43. Joint Commission International. *Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser.* 3. Auflage 2008.
44. Jones J et al.: Psychiatric wards: places of safety? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010 Mar;17(2):124-30.
45. Knight MM: Quality improvement initiatives to minimize seclusion and restraint. *J Healthc Qual.* 2005 Mar-Apr;27(2):20-5.
46. Krause P et al.: *Interventionen psychiatrischer Pflege.* Ibicura 2004. ISBN 3-9809304-8-3.
47. *KTQ-Manual/KTQ-Katalog 2009 Krankenhaus.* Fachverlag Matthias Grimm, Berlin 2009. ISBN 978-3-940286-16-1.
48. Kudo K et al.: Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and nonhospitalized group. *BMC Psychiatry.* 2010. 10 (4). 1-8.
49. Kunze H, Schmidt-Michel PO: Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt.* 2007. 78 (12). 1460-1468
50. Küpper W, Ortmann G: *Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen.* VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8.
51. Larue C et al.: Nursing practices recorded in reports of episodes of seclusion. *Issues Ment Health Nurs.* 2010 Dec;31(12):785-92.

52. Larue C et al.: The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues Ment Health Nurs.* 2010 Mar;31(3):208-15.
53. Lepping P et al.: Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatric Ment Health Nurs.* 2009. 16 (7). 629-635.
54. Luhmann N: Einführung in die Systemtheorie; Carl-Auer Verlag 2004 ISBN: 978-3-89670-459-7.
55. Luhmann N: Organisation. In: Küpper W, Ortmann G: Mikropolitik. Rationalität, Macht und Spiele in Organisationen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2. durchges. A. 1992. ISBN 978-3-53112-018-8, S.165-185.
56. Mahal SK et al.: Improving the Quality of Suicide Risk Assessments in the Psychiatric Emergency Setting: Physician Documentation of Process Indicators. *J Am Osteopath Assoc.* 2009. 109 (7). 354-358.
57. Mann K et al.: Standardisierte Verlaufsdokumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behandlung. *Nervenarzt.* 2003. 74 (3). 235-244.
58. Miller BJ et al.: Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2006 Oct;57(10):1482-7.
59. Moldaschl M: Audit-Explosion und Controlling-Revolution. Zur Verstetigung und Verselbständigung reflexiver Praktiken in der Wirtschaft. *Soziale Welt* 56:2-32-3, 163-190, NOMOS, 2005.
60. Möller HJ et al. (Hrsg.), Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie Band 6, Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie. Steinkopf Verlag 2003 (ISBN 3-7985-1359-7)
61. Muir-Cochrane E, Mosel KA: Absconding: A review of the literature 1996-2008. *Int J Ment Health Nurs.* 2008. 17 (5). 370-378.
62. Müller MJ et al.: Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatr Q.* 2002 Summer;73(2):93-107.
63. Nakanishi M et al.: Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2010 Feb;64(1):99-103.
64. Needham H, Sands N: Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention. *Perspect Psychiatr Care.* 2010. 46 (3). 221-233
65. Neilson P, Brennan W: The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2001 Apr;8(2):147-55.

66. Niméus A et al.: The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. Eur Psychiatr. 2000. 15 (7). 416-423.
67. Nützel C: Handlungsoptionen des Managements zur Prävention von Gewalt durch Patienten in der Psychiatrie. Diplomarbeit, Hamburger Fern-Hochschule (HFH), 2010, [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=615](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=615)
68. Oldham JM et al.: Quality Improvement in Psychiatry: Why Measures Matter. J Psychiatr Pract. 2008. 14 (Suppl 2). 8-17.
69. Page MJ et al.: Using an accreditation scheme to demonstrate quality in mental healthcare settings. Demonstrating quality is an important aim for all healthcare services. An accreditation scheme allowed mental health services to show their strenghts. Nurs Time. 2010. 106 (25). 18-19.
70. Paton C et al.: High-dose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by p.r.n. prescribing. Br J Psychiatry. 2008 Jun;192(6):435-9.
71. Power M: From Risk Society to Audit Society. Soziale Systeme 3, H.1, S. 3-21. Lucius&Lucius, 1997.
72. Richter D: Qualitätsindikatoren für die psychiatrische Versorgung - Eine Übersicht über Kriterien, Methoden und Probleme. Krankenhauspsychiatrie. 2004. 15. 104-113.
73. Richter D, Needham I: Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe - Systematische Literaturübersicht. Psychiatr Praxis. 2007. 34. 7-14
74. Rohde M: Gewaltprävention auf psychiatrischen Akutstationen als Aufgabe der Pflege. Psych Pflege Heute . 2008. 14. 147-152.
75. Rössler W: Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?. Nervenarzt. 2003. 74 (7). 552-560.
76. Ružić K et al.: Predictors of aggressiveness in schizophrenic patients treated in inpatient forensic institutions. Coll Antropol. 2008 Jun;32(2):331-7.
77. Salerno S et al.: Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. J Occup Health. 2009;51(4):349-54. Epub 2009 Jun 1.
78. Sauter D et al. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege; Verlag Hans Huber 2006 (ISBN 3-456-84273-2)
79. Schanz B, Scheurich A: Systematische Qualitätsanalyse der Behandlungsergebnisse anhand einer psychiatrischen Beispielstation: Es

- kommt darauf an, was man erreicht, nicht was man macht!. Pflegezeitschrift. 2008. 11. 620-623.
80. Schweitzer J et al.: Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht 2005. (ISBN 3-525-46229-8 ; 978-3-525-46229-4)
  81. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 19:55 Uhr)
  82. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Bipolar affective disorder. A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 20:16 Uhr)
  83. Selbmann HK, Kopp I: Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. Psychiatrie. 2005. 1. 33-38.
  84. Simon FB: Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Car-Auer Verlag 2007. (ISBN: 978-3-89670-547-1).
  85. Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergriffen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik. 2009. 14. 44-48.
  86. Steinert T, Lepping P: Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. Eur Psychiatr. 2009. 24 (2). 135-141.
  87. Stranz St.; Schanz B.: DRGs sind grundsätzlich möglich. So könnte das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie aussehen. ku (Krankenhaus Umschau). 2010. 79 (6). 17-21.
  88. Stubbs B et al.: Physical intervention to manage aggression in older adults: how often is it employed? Int Psychogeriatr. 2008 Aug;20(4):855-7. Epub 2008 Mar 26.
  89. Taylor PJ et al.: Presentations of psychosis with violence: variations in different jurisdictions. A comparison of patients with psychosis in the high security hospitals of Scotland and England. Behav Sci Law. 2008;26(5):585-602.
  90. Taylor L, Jones S: Clinical governance in practice: closing the loop with integrated audit systems. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006. 13 (2). 228-233



91. Thomas SD et al.: Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. *Int J Ment Health Nurs*. 2009 Feb;18(1):2-9.
92. Tunde-Ayinmode M, Little J: Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiatry*. 2004 Dec;12(4):347-51.
93. Van der Merwe M et al.: Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatric Ment Health Nurs*. 2009. 16. 293-299.
94. Watkins K et al.: Developing Medical Record-Based Performance Indicators to Measure the Quality of Mental Healthcare. *J Healthc Qual*. 2011. 33 (1). 49-67.
95. Weinmann S et al.: Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. *Acta Psychiatr Scand*. 2005 Jul;112(1):18-25.
96. Wilkening A et al.: Evaluation der Behandlungsergebnisse einer psychiatrischen Aufnahmestation. Ziele, Methodik und erste Ergebnisse eines Projektes zur Qualitätssicherung. *Wien Klin Wochenschr*. 2007. 119 (21-22). 654-662.
97. Wobrock T et al.: Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009. 259 (Suppl 2). S219-S226.
98. Wolfersdorf M: Suizidprävention im Psychiatrischen Krankenhaus. Einige Gedanken im Zusammenhang mit dem Audit bez. suizidpräventiver Maßnahmen im Psychiatrie-Zentrum Schaffhausen am 12. April 2002. *Suizidprophylaxe 2003*, Band 30, Heft 1, Seite(n) 23. (ISSN 0173-458X)
99. Woolf SH: Patient Safety Is Not Enough: Targeting Quality Improvements To Optimize the Health of the Population. *Ann Intern Med*. 2004. 140. 33-369.

## Internetquellen/Sonstige Quellen

1. <http://www.awmf.org/die-awmf.html>, 24.02.2011, 20:00 Uhr
2. Becker A: Vorlesungsreihe Patientensicherheit, KathO NRW, Abt. Köln, 2010.
3. [http://www.bundesrecht.juris.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_5/BJNR024820988.html), 25.02.2011, 20:19 Uhr
4. <http://www.cochrane.de/de/arbeitsgebiet-cc> 5.3.2011, 19:00h
5. <http://www.dgppn.de>, 28.02.2011, 19:45 Uhr
6. <http://www.dip.de/datenbank-wise/informationen-zu-wise/> 08.02.2011, 21:00 Uhr
7. <http://www.dngp.de/> 24.02.2011, 19:35 Uhr
8. Gärtner HW: Vorlesungsreihe Steuerung sozialer Systeme, KFH NW, Abt. Köln, 2004.
9. [http://www.gesetze-im-internet.de/gkvrefg\\_2000/BJNR262609999.html](http://www.gesetze-im-internet.de/gkvrefg_2000/BJNR262609999.html) 08.02.2011, 22:00 Uhr
10. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf>, 08.02.2011, 22:03 Uhr
11. <http://www.greenpilot.de/beta2/app?extended=1> 05.03.2011, 21:31 Uhr
12. <http://www.iso.org> 12.02.2011, 20:17 Uhr
13. <http://www.jointcommission.org/> 12.02.2011, 22:12 Uhr
14. <http://www.jointcommissioninternational.org/> 12.02.2011, 22:16 Uhr
15. <http://www.ktq.de> 12.02.2011, 21:36 Uhr
16. <http://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html> 12.02.2011, 21:36 Uhr
17. <http://www.medpilot.de> 05.03.2011, 21:30 Uhr
18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> 01.03.2011, 21:36 Uhr
19. <http://www.psychiatrie-verlag.de/>, 28.02.2011, 19:32 Uhr
20. <http://www.sign.ac.uk/about/index.html> 20.02.2011, 22:12 Uhr
21. <http://www.zbmed.de/> 05.03.2011, 20:30h
22. <http://www.zpid.de/index.php?wahl=products&uwahl=fee&uwahl=psyn-dexinfo> 04.03.2011, 20:00h
23. <http://www.rcpsych.ac.uk/quality/quality,accreditationaudit/aims-old/aims-picudata.aspx> 05.03.2011, 22:05 Uhr

## Literaturverzeichnis Teil 2 – ausgeschlossene Literatur

1. Bailey LJ; Sheehy RJ: The state of residential care for people with mental illness; insights from an audit of the screening tool for entry to licensed residential facilities. Aust NZJ Public Health. 2009, Apr; 33(2):140-3.
2. Benson A et al: Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. Soc Sci Med. 2003 Sep;57(5):917-26.
3. Carballo, JJ et al.: Demographic and clinical features of adolescents and young adults with alcohol-related disorders admitted to the psychiatric emergency room. Int J Adolesc Med Health. 2006 Jan-Mar;18(1):87-96.
4. Cheung, G, Strachan, J.: Routine Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS65+) collection in an acute psychogeriatric inpatient unit in New Zealand. N Z Med J. 2007 Aug 10;120(1259):U2660.
5. Compton MT et al.: Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. Psychiatr Serv. 2006 Apr;57(4):531-7.
6. Davies, SJ et al.: Potential for drug interactions involving cytochromes P450 2D6 and 3A4 on general adult psychiatric and functional elderly psychiatric wards. Br J Clin Pharmacol. 2004 Apr;57(4):464-72.
7. Deraas, TS et al.: Acute psychiatric admissions from an out-of-hours Casualty Clinic; how do referring doctors and admitting specialists agree? BMC Health Serv Res. 2006 Mar 29;6:41.
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Leitlinie für die Begutachtung von Schmerzen [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/030-102\\_S2k\\_Begutachtung\\_von\\_Schmerzen\\_03-2007\\_12-2010.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-102_S2k_Begutachtung_von_Schmerzen_03-2007_12-2010.pdf) (Recherchedatum 21.02.2011. 20:33 Uhr)
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Demenzen [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013\\_S3\\_Demenzen\\_kurz\\_11-2009\\_11-2011\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3_Demenzen_kurz_11-2009_11-2011_01.pdf) (Recherchedatum 21.02.2011. 20:38 Uhr)
10. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/041-0041.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-0041.pdf) (Recherchedatum 21.02.2011. 20:48 Uhr)

11. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2+IDA-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051027\\_S2\\_Diagnostik\\_und\\_Behandlung\\_von\\_akuten\\_Folgen\\_psychischer\\_Traumatisierung\\_05-2008\\_05-2013\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051027_S2_Diagnostik_und_Behandlung_von_akuten_Folgen_psychischer_Traumatisierung_05-2008_05-2013_01.pdf)
12. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S2 -Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-008\\_S2\\_Postakutbehandlung\\_alkoholbezogener\\_Stoerungen\\_05-2006\\_05-2011.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-008_S2_Postakutbehandlung_alkoholbezogener_Stoerungen_05-2006_05-2011.pdf)
13. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-012\\_S3\\_Analgesie\\_Sedierung\\_und\\_Delirmanagement\\_in\\_der\\_Intensivmedizin\\_-\\_Kurz\\_12-2009\\_12-2014.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012_S3_Analgesie_Sedierung_und_Delirmanagement_in_der_Intensivmedizin_-_Kurz_12-2009_12-2014.pdf)
14. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) et al. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-026I\\_S3\\_Diagnostik\\_Therapie\\_Essstoerungen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026I_S3_Diagnostik_Therapie_Essstoerungen.pdf)
15. Devasagayam, D; Clarke, D. Changes to inpatient consultation-liaison psychiatry service delivery over a 7-year period. *Australas Psychiatry*. 2008 Dec;16(6):418-22.
16. Dixon L et al.: Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. *Psychiatr Serv*. 2009 Apr;60(4):451-8.
17. Falkenstein D: Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel...Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf. Dissertation, Universität Witten/Herdecke, 1998. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=103](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=103)
18. Feeney L et al.: Parasuicide Assessment in the emergency department. *Ir Med J*. 2005 Apr;98(4):111-3.
19. Finnegan A et al.: A review of one year of British Armed Forces mental health hospital admissions. *J R Army Med Corps*. 2007 Mar;153(1):26-31.
20. Ganeshalingam Y et al.: The evidence for effective psychiatric admissions as measured by an audit of Health of the Nation Outcome Scales recording. *J Eval Clin Pract*. 2010 Feb;16(1):196-8.
21. Gangaram P, Kumar PS: The use of section 5(2) of the mental health act 1983: an audit. *Med Sci Law*. 2008 Apr;48(2):151-4.


22. Haw C et al.: Antipsychotics for BPSD: an audit of prescribing practise in a specialist psychiatric inpatient unit. *Int Psychogeriatr.* 2008 Aug;20(4):790-9. Epub 2008 Feb 29.
23. Hempel U: „Ich wollte Worte hören“. *Berliner Ärzte* 2010, Band 47, Heft 3, Seite(n) 32. ISSN 0939-5784.
24. Hickling FW et al. Open general medical wards versus specialist psychiatric units for acute psychoses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003290. DOI: 10.1002/14651858.CD003290.pub2.
25. Hökenschnieder. M: Was führt zu Patientenübergriffen in der forensischen Psychiatrie. Eine empirisch retrospektive Studie zur Erfahrung von Pflegenden. Diplomarbeit, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, 2006. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=149](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=149)
26. Hudson CG, Chafets J.: A comparison of acute psychiatric care under Medicaid carveouts, HMOs, and fee-for-service. *Soc Work Public Health.* 2010 Nov;25(6):527-49.
27. Jacob C, Freer T: Cross-sectional survey of the use of section 5(2), Mental Health Act 1983, within a psychiatric hospital. *Med Sci Law.* 2005 Apr;45(2):129-34.
28. Kruppa T: Entwicklung eines EDV-gestützten Pflegeplanungs- und Dokumentationssystems zur Erfassung und Evaluation pflegerischer Leistungen am Beispiel einer definierten Fallgruppe. Diplomarbeit, Katholische Fachhochschule Norddeutschland, Osnabrück 2001. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=162](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=162)
29. Lund C et al.: Pathways to inpatient mental health care among people with schizophrenia spectrum disorders in South Africa. *Psychiatr Serv.* 2010 Mar;61(3):235-40.
30. Livingston JD et al.: A narrative Review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs.* 2010 Spring;6(1):15-28.
31. Mazola R: Die Berücksichtigung psychischer Gesundheit älterer Menschen in der Pflegedokumentation. Diplomarbeit, Evangelische Fachhochschule Darmstadt, 2001. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=200](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=200)

32. Novak B et al.: Sex offenders and insanity: an examination of 42 individuals found not guilty by reason of insanity. J Am Acad Psychiatry Law. 2007;35(4):444-50.
33. Ohnesorge B: Multiprofessionelle Teams in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Interaktion zwischen der Berufsgruppe der Pflegenden und der Ärzte. Diplomarbeit, Katholische Fachhochschule Freiburg, 1996. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=235](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=235)
34. Park JM et al.: Factors associated with extended length of stay for patients presenting to an urban psychiatric emergency service: a casecontrol study. J Behav Health Serv Res. 2009 Jul;36(3):300-8. Epub 2008 Dec 17.
35. Puamau ES: Utilisation review of first admissions in 2002: St Giles Psychiatric Hospital, Suva, Fiji.Pac Health Dialog. 2006 Sep;13(2):79-87.
36. Ramirez-Bermudez J et al.: Delusional parasitosis in neurological patients.Gen Hosp Psychiatry. 2010 May-Jun;32(3):294-9. Epub 2009 Nov 14.
37. Salmon MP et al.: A national audit of joint mother and baby admissions to UK psychiatric hospitals: an overview of findings. Arch Womens Ment Health. 2004 Feb;7(1):65-70. Epub 2004 Jan 8.
38. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people.A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 19:58 Uhr)
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders. A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 20:02 Uhr)
40. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with dementia. A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 20:09 Uhr)
41. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 20:19 Uhr)

42. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Psychosocial Interventions in the Management of Schizophrenia. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign30.pdf> (Recherchedatum 22.02.2011, 20:28 Uhr).
43. Shek E et al. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
44. Surwehme M: Pflegestandards in der Psychiatrie. Entwicklungs-Beweggründe. Diplomarbeit, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, 2003. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=133](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=133)
45. Tauch JW: Professionalisierung der Innerbetrieblichen Fortbildung. Eine empirische Studie in der psychiatrischen Pflege. Dissertation, Universität Bielefeld, 1999. [http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no\\_cache=1&tx\\_dipwise\\_pi2%5Buid%5D=132](http://www.dip.de/datenbank-wise/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2%5Buid%5D=132)
46. Wilson DA et al.: A perinatal psychiatric service audit in New Zealand: patient characteristics and outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 2004 Feb;7(1):71-9. Epub 2004 Jan 21.
47. Wye P et al.: An audit of the prevalence of recorded nicotine dependence treatment in an Australian psychiatric hospital. *Aust N Z J Public Health*. 2010 Jun;34(3):298-303.

## ANHANG

### Auditplan Verfahrenstest

	
<b>Auditplan</b>	
<b>Organisation</b> [REDACTED] Psychiatrie	
<b>Datum &amp; Zeit</b> TT.MM.JJJJ von 08:30 bis 17:30 Uhr	
<b>Auditteam</b> Severin Federhen [REDACTED]	Auditleiter Fachexperte
<b>Allgemeine Hinweise</b> Die bei den einzelnen Bereichen aufgeführten ...Themen sind als „Mindestinhalte“ zu verstehen, weitere Themen werden situationsabhängig ebenfalls berücksichtigt. ...Teilnehmer sind als Vorschlag zu verstehen.	
<b>Anmerkung</b> Keine	
A-09-Auditplan-Verfahrenstest.docx	Seite 1 von 4



## **Ablauf**

**08:30 - 09:00**    **Vorbesprechung der Auditoren**

Ort                    Besprechungsraum 1

Teilnehmer        Auditteam

**09:00 - 09:15**    **Begrüßung & Eröffnung**

Ort                    Konferenzraum 2

Teilnehmer        Auditteam, Chefarzt Psychiatrie, Oberärzte, Leitender Psychologe, Pflegedienstleitung, Bereichsleitung Psychiatrie, Stationsleitungen Psychiatrie, Geschäftsführung, QMB

Themen             Kurzvorstellung Teilnehmer, Auditziele, Auditumfang und Auditkriterien, Stichprobencharakter des Audits, Änderungen im Auditplan, Ressourcen, Einrichtungen oder Personen? Aktuelle relevante Bedingungen?

**09:15 - 09:30**    **Präsentation der Psychiatrischen Klinik**

Ort                    Konferenzraum 2

Teilnehmer        Auditteam, Chefarzt Psychiatrie, Oberärzte, Leitender Psychologe, Pflegedienstleitung, Bereichsleitung Psychiatrie, Stationsleitungen Psychiatrie, Geschäftsführung, QMB

**09:30 - 10:30**    **Eröffnungsbesprechung**

Ort                    Konferenzraum 2

Teilnehmer        Auditteam, Chefarzt Psychiatrie, Oberärzte, Leitender Psychologe, Pflegedienstleitung, Bereichsleitung Psychiatrie, Stationsleitungen Psychiatrie, Geschäftsführung, QMB

Themen             Lenken und Leiten der Organisationseinheit; Zielplanung; Prozessgestaltung inkl. Dokumente; Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung; Messen, Analysieren, Verbessern.

<b>10:30 - 12:00</b>	<b>Aufnahmeeinheit</b>
Ort	Genauere Ortsangabe
Teilnehmer	Auditteam, Personal AD, PD, Psychologen
Themen	Abgleich mit Vorgaben der Leitung; Prozess freiwillige Aufnahme bis zur Entlassung/Verlegung/Überleitung, Management der Zusammenarbeit mit weiterführenden Diensten und Einrichtungen, Medizinisches Notfallmanagement, Messen, Analysieren, Verbessern
<b>12:00 - 13:00</b>	<b>Besprechung der Auditoren &amp; Pause</b>
Ort	Besprechungsraum 1
Teilnehmer	Auditteam
<b>13:00 - 14:30</b>	<b>Geschützter Bereich</b>
Ort	Genauere Ortsangabe
Teilnehmer	Auditteam, Personal AD, PD, Psychologen
Themen	Abgleich mit Vorgaben der Leitung; Prozess zwangsweise Aufnahme bis Entlassung/Verlegung/Überleitung, Management der Zusammenarbeit mit weiterführenden Diensten und Einrichtungen, Medizinisches Notfallmanagement, Messen, Analysieren, Verbessern
<b>14:30 - 16:00</b>	<b>Offener Bereich</b>
Ort	Genauere Ortsangabe
Teilnehmer	Auditteam, Personal AD, PD, Psychologen
Themen	Abgleich mit Vorgaben der Leitung; Prozess freiwillige Aufnahme bis zur Entlassung/Verlegung/Überleitung, Management der Zusammenarbeit mit weiterführenden Diensten und Einrichtungen, Medizinisches Notfallmanagement, Messen, Analysieren, Verbessern

<b>16:00 - 17:00</b>	<b>Besprechung der Auditoren &amp; Pause</b>
Ort	Besprechungsraum 1
Teilnehmer	Auditteam
<b>17:00 - 17:30</b>	<b>Abschlußbesprechung</b>
Ort	Konferenzraum 2
Teilnehmer	Auditteam, Chefarzt Psychiatrie, Oberärzte, Leitender Psychologe, Pflegedienstleitung, Bereichsleitung Psychiatrie, Stationsleitungen Psychiatrie, Geschäftsführung, QMB
Themen	Auditfeststellungen und Auditschlussfolgerungen, Verbesserungspotentiale, Auditbericht, Rückmeldung der Organisation zum Audit

## Sperrvermerk

Die vorliegende Arbeit unterliegt einem Sperrvermerk [REDACTED]  
[REDACTED] Die Weitergabe bedarf der schriftlichen Zu-  
stimmung des Autors [REDACTED].

Erklärung des Autors

**Hiermit versichere ich, dass ich  
die vorliegende Arbeit**

**„Entwicklung eines klinischen Auditverfahrens in  
der vollstationären psychiatrischen Versorgung“**

**selbstständig verfasst und keine anderen als die  
angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.**

**Köln, den 28.06.2011**

---

(Severin Federhen)