

3. Rostocker Psychiatrieforum

Tagungsdokumentation



Qualität durch Teilhabe!
Neue Wege in der Psychiatrie



Freitag,
21. Juni 2013



Einführung

Die Akteure der Psychiatrie in der Hansestadt Rostock haben in den vergangenen Jahren die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf ein hohes Niveau hin entwickelt: das Finanzierungsmodell zur Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe („Rostocker Modell“) und die engagierte und kooperative Zusammenarbeit der Träger von sozialpsychiatrischen Leistungen, der Sozial- und Gesundheitsverwaltung und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie weiteren Partnern sind besonders hervorzuheben und beispielhaft für die Entwicklung einer modernen Psychiatrielandschaft mit landes- und bundesweiter Ausstrahlung.

Die Entwicklung ist damit jedoch nicht abgeschlossen. Die Akteure der Psychiatrie wollen darüber hinaus vor allem das Miteinander auf Augenhöhe vorantreiben sowie eine qualitativ optimale und förderliche Begegnungs-Kultur durch dialogische Zusammenarbeit in Rostock etablieren. Der vorliegende Tagungsband bildet die Ergebnisse des erstmals dialogisch vorbereiteten und durchgeführten dritten Rostocker Psychiatrieforums „Qualität durch Teilhabe – Neue Wege in der Psychiatrie“ ab.

Die Ziele der Veranstaltung war die Förderung des Miteinanders auf Augenhöhe und die Entwicklung einer Kultur der dialogischen Zusammenarbeit in Rostock.

In Vorträgen und Workshops wurde sich den drei Qualitätsdimensionen angenähert und ihre Bedeutung für eine optimale psychiatrische Versorgung aus dialogischer Sicht erarbeitet.

Mit der vorliegenden Tagungsdokumentation möchten wir Sie herzlich einladen, die Kernaussagen in Erinnerung zu rufen, um sie sowohl im Alltag als auch in der sozialpsychiatrischen Versorgung zu berücksichtigen.

Herzlichst
Ihr Organisations-Team

Inhalt

1 Aspekte der Qualität gemeinde- psychiatrischer Hilfesysteme

Christian Reumschüssel-Wienert,
Referent für Psychiatrie und queere
Lebensweisen – Der Paritätische Berlin

4

2 Erlebte Qualitäten - Erfahrenen-Berichte

Norbert Kißhauer, Katrin Schmetzer

8

3 Qualität aus Angehörigen-Perspektive

Irmela Boden

13

4 Gehversuche: Näherungen an die „Messung der Ergebnisqualität“ am Beispiel der Eingliederungshilfe in der Hansestadt Rostock

18

5 Wesentliche Ergebnisse der trialogischen Workshops zur Herleitung von Qualitätskriterien

26

1 Aspekte der Qualität gemeindepsychiatrischer Hilfesysteme



Christian Reumschüssel-Wienert

Der PARITÄTISCHE Berlin

Die Qualität in der gemeindepsychiatrischen Versorgung ist ein sehr kontrovers diskutiertes Thema. Für die einen ist sie ein (weiterer) Ausdruck der Ökonomisierung des Sozial-

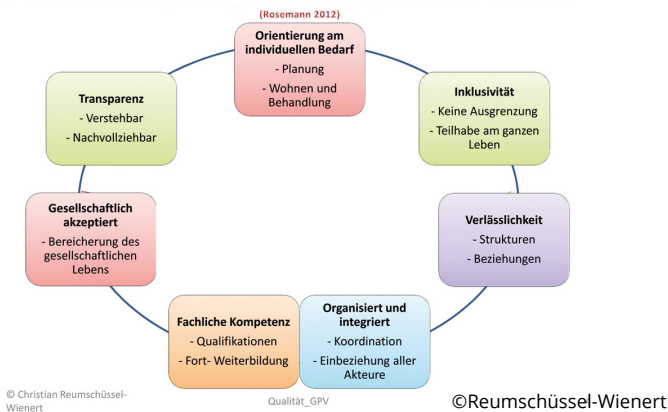
und Gesundheitsbereich unter dem Diktat der Leistungskürzungen und Kosteneffizienz und für die anderen eine längst überfällige Diskussion, die die Nützlichkeit bzw. Evidenz psychiatrischer und psychosozialer Hilfen zu befördern trachtet. Dies gilt nicht nur für einzelne Interventionen sondern natürlich auch für gesamte Hilfesysteme, wobei die Qualität „vernetzter Systeme“ sehr schwierig zu beschreiben und – vor allem – zu beurteilen ist.

Dies mag bei „Strukturqualität“ noch gehen, wird bei „Prozessqualität“ schon schwieriger und bei der „Ergebnisqualität“ wird es komplex. Hinzu kommt, dass ein „Ergebnis“ auch nicht so einfach zu definieren ist. Ist es ein „Output“ im Sinne einer definierten Leistungsmenge; ist es ein „Outcome“ im Sinne eines gesellschaftlichen Nutzens bzw. Wirkungen, ist es ein „Effekt“ als nachweisbare Wirkung auf zu bestimmende Stakeholder oder ist es der „Impact“ im

„Als Einstieg super.“ Sinne einer subjektiv erlebte Wirkung. Je nachdem man welchen Aspekt der „Ergebnisqualität“ einer kritischen Prüfung unterziehen will, desto unterschiedlicher werden die Ergebnisse sein. Auch unterschiedliche Stakeholder werden Ergebnisse unterschiedlich definieren und bewerten, je nachdem wie ihre institutionell geformten Umfeldbedingungen sind. Im Folgenden werden vier Konzepte vorgestellt, die sich mit der Qualität gemeindepsychiatrischer Hilfesysteme beschäftigen.

Rosemann (2012) entwirft als ein Leitfaden zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform 7 Standards „guter gemeindepsychiatrischer Hilfen“. Das sind individuelle Bedarfsorientierung, Inklusivität, Verlässlichkeit, Organisiert/Integriert, fachliche Kompetenz, gesellschaftliche Akzeptanz und Transparenz. Streng genommen handelt es sich hierbei um Leitprinzipien bzw. Grundsätze und nicht um Standards, wiewohl sich aus den näheren Beschreibungen einige Indikatoren ermitteln ließen, die eine „Messung“ erlauben könnten.

Abb.: 7 Standards „guter gemeindepsychiatrischer Hilfe“



Darüber hinaus werden institutionelle Referenzen deutlich. Sie liegen nicht im medizinisch/psychiatrischen, sondern eher im komplementären Bereich. Die Hilfen sind auf Inklusion und Teilhabe angelegt und nicht auf z.B. Heilung“. Ein sehr umfangreiches Modell legen Thornicroft und Tansella (2003, 2009) vor. Ihr „Matrixmodell“ fußt auf 9

„Für Betroffene zu theoretisch/
viele Fremdwörter.“

Grundprinzipien gemeindepsychiatrischer Hilfen: Autonomie/Selbstbestimmung des Klienten, Kontinuität der Hilfen, Wirksamkeit/Effektivität, Erreichbarkeit/Zugänglichkeit, umfassende Hilfen, gerechte, transparente Verteilung der Ressourcen, Zuverlässigkeit, Koordinierung und Wirtschaftlichkeit. Diese Grundprinzipien werden auf einer Matrix für die Qualitätsdimensionen Input, Prozess und Outcome sowie die Ebenen Staat/Land, regionale/lokale Ebene und individuelle Ebene operationalisiert.

Auf dieser Grundlage können die Autoren eine Vielzahl von Indikatoren gewinnen, die sich sowohl auf die Frage der subjektiven Befindlichkeit, Symptomfreiheit oder Zufriedenheit beziehen, als auch auf epidemiologisch relevante Fragen, Fragen der Kooperation, oder andere Fragen, die für eine Gesundheitsberichterstattung relevant sind. Darüber hinaus wird natürlich auch die Frage der Ressourcenallokation und -Verwendung gestellt. Leider sind Buch und Artikel nicht ins Deutsche übersetzt.

Im Rahmen eines anwendungsbezogenen Forschungsprojektes gehen Weinmann und Becker (2009) gewissermaßen umgekehrt vor. Sie erstellen keine Leitsätze, Prinzipien etc. aus denen sich Indikatoren herleiten ließen, sondern legen eine Liste gestaffelter Qualitätsindikatoren vor. Hierbei handelt es sich um 12 „strukturelle Basisindikatoren“, die sich sowohl auf epidemiologische Daten beziehen, als auch auf Merkmale von Klient*innen sowie auf Fragen, die die Kooperation der beteiligten Akteure beziehen. Weiterhin ermitteln sie 22 „Behandlungsbezogene Qualitätsindikatoren“, die sich teilweise auf unterschiedliche Struktur- und Prozessmerkmale von Versorgungssystemen beziehen. Hierbei sind auch einige

„Übersichtliche Präsentation,
sehr informativ.“

Indikatoren, die sich auf Ergebnis bzw. Outcome oder Effekt beziehen lassen: Wiederaufnahmeraten KHS, eigene Wohnung,

Zufriedenheit, GAF-Niveau, Drop-out Raten, Suizidraten. Deutlich wird, dass auch in diesem sehr pragmatischen Modell die Frage der Ergebnisqualität (Outcome, Effekt) sehr zurückhaltend thematisiert wird. Obgleich es sich um Indikatoren für medizinische Behandlung handelt, spielt die Frage der „Heilung“ keine besondere Rolle. Im Rahmen eines europäischen Projektes „ITHACA“ wurden unter maßgeblicher Beteiligung psychiatrieerfahrener Wissenschaftler*innen – ein Instrumentarium entwickelt, welches ein Leitfaden darstellt, der einen Besuch bzw. ein „Audit“ in psychiatrischen Einrichtungen zu strukturieren hilft und dazu dient, dass Beobachtungen und Fragen an beteiligte „vor Ort“ strukturiert werden können. Wen man so will ist es ein IBRP für Institutionen. Der (Fragen-) Katalog ist in insgesamt 36 Bereiche aufgeteilt. Sie reichen von allgemeinen Lebensbedingungen über Privatsphäre, Misshandlung, Vernachlässigung und Religionsfreiheit bis hin zur Verfügbarkeit von bestimmten Therapieformen.

Es ist eigentlich kein Instrument zur Evaluation von Hilfesystemen sondern eher zum „Audit“ von psychiatrischen Institutionen aus Sicht von psychiatrieerfahrenen Menschen. Aber auch hier werden Fragen nach „Heilung“ oder „Recovery“ eher nur am Rande diskutiert.

Literatur:

Matthias Rosemann: Die Reform geht weiter – Handlungsfelder und Standards. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Peter Weiß (HG). Psychiatriereform 2011... der Mensch im Sozialraum, Bonn 2012.

Graham Thornicroft, Michele Tansella: What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report: <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf> ,(access 12. August 2009))

Graham Thornicroft, Michele Tansella: Better Mental Health Care. University Press, Cambridge 2009.

Stefan Weinmann, Thomas Becker: Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie – Handbuch. Psychiatrieverlag Bonn 2009.

Stefan Weinmann, Thomas Becker: Qualitätssteuerung in der Psychiatrie. Verfahren und Indikatoren der Qualitätssteuerung auf der Ebene der Versorgungsforschung. In: kerbe 4/ 2009.

Der ITHACA – Toolkit. Instrument zum Monitoring der Menschenrechte und der allgemeinen Gesundheitsversorgung in psychiatrischen und psychosozialen Betreuungseinrichtungen. 2010. <http://www.ithacastudy.eu> (access 16. Juni 2013).

Christian Reumschüssel – Wienert
Diplom – Soziologe, Diplom – Sozialwirt
Der PARITÄTISCHE Berlin,
Referat Psychiatrie Queere Lebenslagen
Brandenburgische Straße 80
10713 Berlin
reumschuessel@paritaet-berlin.de

2 ERLEBTE Qualitäten - Erfahrenenberichte -

„Wie ich die Angebote in Rostock erlebt habe und deren Qualitäten“



Norbert Kißhauer

Heute ist es leider immer noch so, dass einem Patienten, der seelisch oder psychisch krank ist, nicht alle professionellen Hilfen mitgeteilt werden bzw. nach einem Klinikaufenthalt keine Alternativen zu den einzelnen Therapien in der Klinik aufgezeigt werden.

Wir können aber froh sein, dass es in Rostock

verschiedene Angebote gibt, ohne gleich stationär in eine Fachklinik aufgenommen werden zu müssen. Die Ergotherapie, die Soziotherapie, der psychiatrische Fachpflegedienst, die Institutsambulanz und der Rehasport zählen z. B. dazu, wie auch die Betreuung durch

„Respekt vor so vielen Leuten zu reden. Erfahrungsberichte Betroffener sind immer sinnvoll auf solchen Veranstaltungen.“

einen Sozialarbeiter des Gesundheitsamtes und die Tageskliniken und weiteres. Kommt man in eine Klinik, wird oft eine Tablettenumstellung durchgeführt.

Alle Möglichkeiten, die es dort gibt an

Therapien, werden einem nicht gleich aufgezeigt. Es wird einem nicht gleich „vieles zugetraut“. Wenn man entlassen wird, fallen die meisten in ein tiefes Loch. Weder die Angebote, die ich bereits aufgezeigt habe, noch SHG (Selbsthilfegruppen) und z.B. SBZ (Stadtteil- und Begegnungszentren) werden einem genannt, wo man wieder unter Leute kommt und auch verstanden wird. Auf einen Psychologen kann man schon mal 4-6 Monate warten. Es gibt eine Verfügung in MV, das keine neuen Psychologen zugelassen werden dürfen. Unsere Sozialministerin habe ich darauf angesprochen, sie sagte nur: „ Es ist so!“. Ich habe keine weiteren Erläuterungen dazu bekommen. Es gibt aber eine kleine Liste an Psychologen, bei denen man in dringenden Fällen ca. in 3 Monaten einen Termin bekommen kann. Auch, dass alle an einem Strang ziehen, besonders bei Therapien, wenn man nicht mehr in der Klinik ist, ist leider wohl die Ausnahme.

Obwohl ein Anbieter sich dies auf die Fahne geschrieben hat. Was gut ist in Rostock, ist die Vielzahl der verschiedenen Angebote. Es gibt sogar für Angehörige themenspezifische Gesprächsrunden. Jedes Angebot für sich gesehen, ist in guter, ja sogar in sehr guter Qualität. Leider gibt es noch keine enge Zusammenarbeit. Das persönliche Aufeinandertreffen gibt neue Möglichkeiten das Leben (Helfen) selbst in die Hand zu nehmen. Es gab auch eine Art Ernährungskurs für uns Betroffene. Viele wussten aber davon nichts. Durch einen Kurs von Ex-In als Experte aus Erfahrung kann man versuchen wieder in Arbeit zu kommen. Ich meine sogar selbstständig arbeiten über einen Ehrenamtsvertrag mit Mehraufwandsentschädigung natürlich. Psychisch und seelisch Kranke haben oft besondere Begabungen, ob Malen, Gedichte schreiben oder was Basteln. Es gibt Möglichkeiten so etwas wieder zu machen, wie z. B. in den genannten SBZ. Aber auch an der Volkshochschule, wo es auch 3-4 mal/ Jahr Psychoseminare gibt.

Bei Kuren ist es so (Stand von 2012), dass der Facharzt nicht die – sozusagen - Zulassung hat als Bäderarzt, also die Kur nicht für den Patienten einreichen kann, weil er dieses dann selbst nicht mehr darf. Das kann fatale Folgen haben, nämlich noch mehr Absagen. Dies ist wohl von der Politik und den Kassen so gewollt. Mir wurde gesagt: „Reine Kuren für psychisch Kranke gibt es nicht!“.

Bis ich eine gefunden habe im Saarland, die darauf spezialisiert war. Früher war dort der Regelfall für den Aufenthalt 6 Wochen, oft bekamen die Patienten auf Antrag bei den Krankenkassen bis



zu 9 Wochen. Leider ist das Geschichte, aber da müssen wir wieder hin. Ganz im Sinne der Betroffenen. Auch eine Diagnose wird man nicht so leicht wieder los. Auch, wenn die Symptome 20 Jahre nicht mehr aufgetreten sind. Man wird auch als Querulant bezeichnet, wenn man mehrere Sachen kritisiert, auch wenn es zum besseren Wohl der Patienten beitragen würde. Reden statt Pillen!

Und auch die Angehörigen miteinbeziehen halte ich für wichtig und richtig! Leider fallen oft auch Therapiestunden aus oder es gibt sie erst gar nicht, ob Kochen oder die Musiktherapie, die man nicht unterschätzen darf. Alleine seine Musik zu hören, ist schon eine gute Therapie und gemeinsames Kochen hat eine große soziale Komponente. Ich selber habe übrigens am eigenen Leib gespürt, dass ich nicht ernst genommen wurde bei einem stationären Aufenthalt. Anstatt mich zu verlegen, wurde ich 3x nachts nicht richtig untersucht. Mein Herz raste und ich war kurz davor in den Wahnsinn zu verfallen. Darum wollte ich auf eigene Gefahr entlassen werden. Das gestattete man mir nicht! Wissen Sie wie es ist, 5 Nächte nicht geschlafen zu haben und immer mehr Angstzustände zu haben? Meine Schwägerin schaffte es dann, mit mir zusammen; nur die ersten 4 Tage hatte ich etwas Angst. Danach war sie bald verflogen. Dass ich bald wieder drin bin - so ein Patient - ist nicht der Fall geworden. Auch, dass bei der Visite gesagt wurde, ein Konzept für mich zusammenzustellen, wenn ich wieder zu Hause bin. Das war später nicht mehr wahr.

„Sehr ausführlich und deutlich dargestellt.“

In eigener Sache: Wir im Nordosten haben eine Sportgruppe „40+“, eine Kochgruppe und wollen einen Schreib-Zirkel aufbauen. Natürlich gibt es hier auch eine SHG für seelische Gesundheit - Integrativ Rostock Nord-Ost-. Näheres möchte ich hier erläutern. Wir können froh sein, so viele verschiedene Angebote zu haben. Ich nenne es Bausteine zur Genesung. Es dürfen keine fehlen. Sonst wird das Haus nicht ganz fertig, bzw. der Patient genesen. Im Ehrenamt können wir zeigen, dass wir auch etwas Positives leisten können für die Gesellschaft, denn Stigmatisierung ist von gestern! Zur Familie, in der Betroffene leben/ wohnen sei zu sagen, dass diese manchmal überfordert sind. Gerade, wenn der Betroffene in eine Krise gerät. Oder er wird missverstanden. Auch die Familie sollte sich Rat holen. Wenn man einen Bekanntenkreis hat, sollte man die Kontakte pflegen. Die Familie, aber auch die Bekannten können einem Halt geben, ehe man ganz abdriftet.

P.S. Es sollte immer ein Konzept erarbeitet werden mit Einbeziehung der Betroffenen selbst, dem Facharzt und allen anderen Hilfsangeboten!!!

2 ERLEBTE Qualitäten - Erfahrenenberichte -

Wir seelisch Kranke wollen...

Katrin Schmetzer



- wirklich PERSONENZENTRIERTE Hilfe: für jeden Einzelnen die Hilfe, die SEINEN ganz eigenen Problemen und Lebensumständen angepasst ist statt Behandlung nach Schema F. ...
- sensible Einbeziehung unseres sozialen Umfeldes (Arzt, Therapeuten, Sozialarbeiter, Angehörige, Freunde, Kollegen...) sowie anderer geschulter Krankheits-Erfahrener in die Planung und Begleitung unserer Hilfen
- Achtung vor uns und unserer Geschichte
- deshalb: Information, Aufklärung, Schulung aller Mitwirkenden, v.a. auch in den Ämtern und Behörden
- Personal, das auf dem neuesten Informationsstand bezügl. Krankheitsbildern usw. ist...
- ...und uns auf Augenhöhe begegnet, denn auch wir sind nicht nur Kranke, sondern Menschen mit besonderer Geschichte
- niedrigschwellige alternative Angebote, u.a. zur Krisenbewältigung ohne den sozialen Streß eines Klinikaufenthalts
- höhere Personalschlüssel = mehr Zeit = mehr menschliche Zuwendung
- echte Mitbestimmung, Selbstbestimmung, Gleichberechtigung aus
- Akzeptanz unserer eigenen Kompetenzen im Umgang mit unserer Krankheit

- VER-Handeln auf Augenhöhe statt Behandeln „von Oben“
- Fördern ohne Über-oder Unterforderung
- Anerkennung unserer Leistungen
- Arbeit gegen Entgelt - ausreichend zum Leben
- selbst entscheiden statt Gewalt, auch in Krisen
- Rückzugsmöglichkeiten
- selbst aufgeklärt und informiert werden
- verschiedene Angebote (für Therapien, Betreuungformen)
- INTEGRATION in die Gesellschaft mit der dafür stets nötigen Unterstützung - statt nur unter uns sein
- achtsame Begleitung auf unserem besonderen Weg
- Annahme
- Verlässlichkeit und Stabilität
- Geduld für unser Tempo
-

„Frau Schmetzer sprach die Probleme an, ihre Ausführungen treffen zu.“

weil wir das brauchen.

Wir möchten nicht einfach „versorgt“, sondern dabei begleitet und unterstützt werden, für uns sorgen zu können.

3 Einbeziehung der Angehörigen in den Prozess der Qualitätsentwicklung

Irmela Boden

Ich spreche zu Ihnen als erwachsene Tochter eines psychisch erkrankten Vaters. Mein Vater war an Verfolgungswahn erkrankt als ich 16 war. Als Kind empfand ich mich als Nebenangehörige, als stillen Beobachter, während meine Mutter für mich die Hauptangehörige war. Sie war eine unsichtbare Instanz für das Wohlergehen meines Vaters und uns 4 Kindern. Sie hat ihre Freiheit zugunsten der Sorge um meinen Vater aufgegeben. Die Entwicklungen der Sozialpsychiatrie hat sie nie kennen gelernt und auch mein Interesse wurde erst spät geweckt, als ich den Trialog kennenlernte. Das ich jetzt hier stehe und für die Einbeziehung der Angehörigen plädiere, beruht auf meinen persönlichen und beruflichen Erfahrungen in den folgenden Feldern:



1. Trialog
2. EX-IN (Experienced Involvement)
3. PPQ, (Pro Psychiatrie Qualität).

1. Trialog

Ich war es von meiner familiären Geschichte her gewohnt, nicht über das Tabuthema „psychische Erkrankung“ zu reden. Der Trialog war für mich wie ein Türöffner, ich hörte dort nicht nur von den Erfahrungen Betroffener sowie Fachleuten, sondern vor allem wurde mir zugehört. Angehörige wie ich beleben den Austausch zwischen Betroffenen und Profis. Es ist leichter, dann nicht nur über Symptome zu sprechen, sondern den Blick für die Person dahinter zu öffnen. Leider kommen nur wenig Angehörige und Fachkräfte in das „Gesprächsforum Trialog“ Remscheid. Ich frage mich, warum sie sich nicht angesprochen fühlen?

Derzeit erfährt der Trialog jedoch eine Wende: Psychiatrieerfahrene mit EX-IN Ausbildung bringen statt Fachkräfte ihre Angehörigen mit. Durch EX-IN entsteht eine neue Leichtigkeit im Erfahrungsaustausch, welche die Narben und Verletzungen nicht wegwischt, sondern glaubhaft Hoffnung auf Besserung macht. Zudem wirkt ein neu gegründetes trialogisches Leitungsteam vielversprechend.

2. EX-IN – Experienced Involvement

Während einer Kurz-Fortbildung der DGSP lernte ich EX-IN kennen und bewarb mich spontan für eine Trainer Fortbildung: als erste Angehörige! EX-IN, die neue Bewegung in der Psychiatrielandschaft führt auf einzigartige Weise Erfahrungswissen von der ICH-Ebene zur WIR-Ebene und verknüpft das Erfahrungswissen der WIR-Ebene mit professionellem Handlungswissen. Als Trainerin mit Anghörigenhintergrund bin ich überwältigt vom fruchtbaren Dialog zwischen Fachkräften und Psychiatrieerfahrenen. Dass ich als Angehörige unter ihnen bin, bringt viele zum Nachdenken. Psychiatrieerfahrene sind sich bewusst über die Mitbetroffenheit und die intensiven Gefühle von Angehörigen. Sie selbst befinden sich nicht selten zusätzlich in einer Angehörigenrolle.

„Motivierender Vortrag, Angehörigenarbeit nicht aus den Augen zu verlieren und sich auf einen Prozess längerer Zusammenarbeit einzustellen.“

Deshalb bedarf es nach meiner EX-IN Erfahrung einer genauen Verortung: welche Rollen habe ich als Angehöriger im Kontext von Psychiatrie? Was genau ist das Besondere an meiner Angehörigen-Position? Ich begrüße es daher, dass im April diesen Jahres über das Netzwerk für psychische Gesundheit „Psychenet“ in Hamburg das Pilotprojekt „EX-IN für Angehörige“ ins Leben gerufen wurde. Die Angehörigen beschäftigen sich zuerst mit dem Anderssein, ihrer inneren Verortung, ihren Glaubenssätzen und probieren beim Erzählen der eigenen Geschichte nur sich selbst in den Blick zu nehmen. In insgesamt 7 Modulen begeben sich die Angehörigen in einen Prozess der Erforschung ihrer Geschichte unter Berücksichtigung gesundheitsfördernder Haltungen und schließen diese Fortbildung mit einem Zertifikat als PeerberaterIn ab. In Hamburg arbeiten schon Angehörigen-Peerberaterinnen in 8 Kliniken.

Sie arbeiten dabei nicht im Auftrag und Anbindung an die Klinik, sondern im Rahmen von Psychnet. Ihr Auftrag ist die Förderung der Selbst- und Familienhilfe. Sie haben ein offenes Ohr für die Nöte der Angehörigen und begleiten diese etwa ein Jahr, unterstützen die Selbstfürsorge, das Loslassen, die Verwirklichung eigener Wünsche. Nach dem halben Jahr ist der Angehörige meist stabiler und der Defizitblick hat sich zugunsten des Blicks auf Ressourcen gewandelt. Ich finde es richtig, dass man die Angehörigen auf diese Weise professionell unterstützt, denn in Krisenzeiten können sie ressourcenorientiert als Hoffnungsträger für ihr erkranktes Familienmitglied da sein.

3. PPQ – Pro Psychiatrie Qualität

In der „Augusta Hardt Heim gGmbH“ in Remscheid, einer Einrichtung mit den drei Leistungsbereichen stationäres Wohnen, ambulant betreutes Wohnen und ergotherapeutischer Dienst, wird seit etwa 2 Jahren ein neue Qualitätswesen implementiert. Aufbauend „sehr unterhaltsam und gefühlvoll“ auf der Grundlage des Dialogs sollen Angehörigen mit einbezogen werden. Denn nur so erhofft man sich Recovery und Empowerment in einer psychosozialen Einrichtung wirksam umsetzen zu können. Das dialogische Arbeiten in Qualitätszirkeln musste dazu erst einmal geschaffen werden. Angehörige waren noch nicht dauerhafter Bestandteil in dieser Einrichtung.

Seit 2 Jahren existiert eine Angehörigengruppe. Es kommen vorwiegend Eltern, deren Kinder stationär in dieser Einrichtung leben. Zunehmend stoßen auch andere Angehörige von Außen dazu. Erstmals erleben Angehörige hier in der Einrichtung, dass sie nicht allein sind. Mehr und mehr sind sie bereit, sich in den Qualitätszirkeln einzubringen. Zunächst noch vorsichtig, was ich gut nachempfinden kann. Die eigene Mitbetroffenheit wird als Hindernis gesehen und nicht als Ressource. Das wandelt sich mit zunehmender Offenheit im Qualitätszirkel selbst. Neu und erschreckend war für mich, dass Angehörige von Mitarbeitern zwiespältig wahrgenommen werden.

Im Falle von strafrechtlich relevanten Tatbeständen ist das nicht verwunderlich. Darüber muss man sprechen - das haben wir in einem Angehörigentreffen mit einem Mitarbeiter getan und eine neue Offenheit zwischen Angehörigen und Mitarbeitern ist entstanden. Das Vertrauen wächst.

Ich betrachte den Qualitätszirkel mittlerweile als Lernwerkstatt für innere Haltung und Begegnung auf Augenhöhe. Das große Ziel ist die Gesundheitsperspektive, die mit Hilfe des PPQ Strukturmodells in eine überprüfbare Leistungsbeurteilung gebracht werden soll. Themen die in den Qualitätszirkeln bisher besprochen wurden: der erste Kontakt, Beschwerdemanagement, Krisenbegleitung, Krisenvereinbarung und aktuell befassen wir uns mit Abschied nehmen.

„wow... starke Frau“ Insgesamt hat sich die Gesprächskultur gewandelt und die Erfahrungen aller sind jetzt die Grundlage für den gemeinsamen Austausch und die Entwicklung von fördernden Haltungen und Handlungen für Gesundheit. Das macht Hoffnung: der Zulauf zur Teilnahme an den Qualitätszirkeln vergrößert sich und der Dialog lebt spürbar. Das heißt, Angehörige arbeiten entscheidend mit an der Qualität dieser Einrichtung, in der ihre erkrankten Angehörigen betreut und begleitet werden.

EKPKE – Erwachsene Kinder Psychisch Kranker Eltern

Erst vor zwei Jahren bin ich auf die erwachsenen Kinder gestoßen und habe einen eigenen Gesprächskreis in Remscheid gegründet. Mir drängt sich der Eindruck von Entwicklungsland auf, wenn ich den Geschichten zuhöre von gesetzlicher Betreuung, Verwahrlosung der erkrankten Angehörigen, Ekelgefühlen, den losen Enden von familiären Beziehungsketten, zerfallenen Netzwerken, unsicheren Zukunftsaussichten in der Betreuung der erkrankten Eltern.

Hier bedarf es Zwischenmenschlichkeit, die nicht die Betroffenheit der erwachsenen Kinder übergeht und gesellschaftliche Normen wie „kümmern Sie sich um Ihr Mutter“ fordert. Die früh erlernte Selbstständigkeit der Kinder täuscht über deren eigenen Nöte hinweg.

Der Austausch untereinander fördert die Resilienzkräfte, weil sich in der Gruppe auch geschulte Fachleute mit Angehörigenhintergrund befinden, die sich anderswo nicht outen wollen. Diese bereichern die Gruppe um ihr miteinander verknüpftes Erfahrungs- und Profiwissen. Ich wünsche mir, dass die positive Entwicklung der Sozialpsychiatrie in die Gesellschaft ausstrahlt und die seelische Gesundheit Aller in den Blick rückt.

Schlussfolgerung

Aufgrund meiner geschilderten persönlichen und beruflichen Erfahrungen in den Feldern Trialog, EX-IN und PPQ, ziehe ich die folgenden Schlussfolgerungen:

- Trialog, zertifizierte Peerarbeit und PPQ durchdringen und fördern sich gegenseitig.
- Angehörige sind die Schnittstelle zum Alltag (wie kann mit der Erkrankung gelebt werden) und deshalb Ratgeber für Realität.
- Die Zufriedenheit der Angehörigen ist ein wesentlicher Garant dafür, dass die Hilfe für den erkrankten Angehörigen gesundungs-fördernd ist.
- Netzwerktreffen aller Personen, die für den erkrankten Angehörigen zur Gesundheit förderlich sind, sollten die Regel werden.
- Der Mitmensch ist die elementarste Medizin und hierbei sind Angehörige wichtige Beziehungspersonen.
- Peerberater für Angehörige helfen aus der Opferrolle heraus und stärken Eigensinn, Mut und Hoffnung.
- Die Familie ist dann nicht länger nur ein Ort der Krise, sondern könnte auch ein Ort der Heilung werden.
- Wichtig ist es, den Teufelskreis von gegenseitiger Schuldzuweisung los zu lassen und Gelassenheit zu erlangen, die freiere Entfaltung auf beiden Seiten erst möglich macht. Deshalb plädiere ich unbedingt für die Einbeziehung der Angehörigen in alle Maßnahmen, die für den erkrankten Angehörigen eine Hilfe zur Genesung darstellen. Ich weiß um den Wert des Erfahrungswissens.

4 Gehversuche: Näherungen an die „Messung der Ergebnisqualität“ am Beispiel der Eingliederungshilfe in der Hansestadt Rostock – Vortrag mit Diskussion



Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Direktor

Institut für Sozialpsychiatrie des Landes M-V e. V.
An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt Universität
Greifswald

Messung der Ergebnisqualität in der Sozialpsychiatrie Warum wir uns des Themas Wirkungsorientierung nicht länger verschließen können ...

Teils aus ökonomischen, teils aus ethischen Gründen wächst der öffentliche Druck, Ergebnisse und Wirkungen sozialer Arbeit zu dokumentieren. Auch im aktuell heftig diskutierten „Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der ASMK aus 2008 wird lapidar eine „Wirkungskontrolle durch den Leistungsträger eingefordert“.

Bislang herrscht große Unsicherheit darüber, welche Methoden und Instrumente dabei anzuwenden sind. Das System der Leistungen der Eingliederungshilfe lässt sich zur Zeit leider nur als „Black

„Es darf nicht bei den
Gehversuchen bleiben.“

Box“ beschreiben: abgesehen von regionalen unterschiedlich ausdifferenzierten Statistiken zu den Ausgaben der einzelnen Einrichtungen

oder Leistungsbereichen und einer ausdifferenzierten Strukturqualitätsdiskussion (Mitarbeiterschlüssel, Personal-Mix, qm pro Hilfeempfänger, etc.) ist wenig Wissen über die individuellen Ergebnisse der Leistungsanspruchnahme und die Qualität der einzelnen Leistungen vorhanden.

Eine einfache Formulierung hierfür wäre: Was kommt heraus, nachdem ein finanzieller und fachlicher Aufwand in das System hinein gegeben wurde? Wie lässt sich das System so „beleuchten“, dass transparent wird, welche Ergebnisse und Qualität mit dem eingesetzten Aufwand verbunden sind?

Dabei muss berücksichtigt werden, dass Qualität und Wirkung von sozialen Dienstleistungen maßgeblich von personenbezogenen Faktoren abhängen. Entgegen einer Orientierung am konkret fassbaren hergestellten Produkt in der industriellen Produktion haben wir es im Bereich der sozialen Dienstleistungen mit vielen „weichen Faktoren“ zu tun – individuelle Erwartungen des Nutzers, individuelle Biografien, Eigenschaften der Mitarbeiter, Konzeptionen des Anbieters und vielen anderen.

Eine personenzentrierte Gestaltung des Hilfesystems lässt sich nur voll realisieren, wenn das Wissen über die durch den Nutzer definierte Qualität einzelner Leistungen vorhanden ist - was man evtl. verändern muss, damit ein System tatsächlich – passend – und qualitativ hochwertig wird. Leider existieren kaum wissenschaftlich

„Sehr interessant, ein erster Schritt in Richtung Überdenkung des heutigen Systems. Bitte diesen Weg weitergehen.“

begleitete Projekte, in denen der Versuch im Praxisalltag gemacht wurde, Wirkungen und Ergebnisqualität sozialer Arbeit in der

Sozialpsychiatrie zu dokumentieren und den genannten Kriterien Rechnung zu tragen. Andererseits gibt es kaum einen Sektor in der Bundesrepublik Deutschland, in dem derart viele Milliarden Euro ausgegeben werden und gleichzeitig so wenig darüber bekannt ist, welche der Ausgaben tatsächlich Wirkungen entfalten. Es wäre also dringend erforderlich, mit der Ausgabensteuerung auch die Analysen von Output zu verbinden.

Zunächst benötigen wir einen Konsens, was Wirkung in welchem Rahmen insbesondere unter Kostenaspekten bedeutet und worauf sie sich jeweils bezieht:

1. Ist Wirkung die Senkung durchschnittlicher Fallkosten – in einer Region, in einem Bundesland ...? Werden hier Gesamtkosten pro Fall oder nur die „Sparten“ bzw. Anteile der jeweiligen Leistungsträger pro Fall betrachtet?
2. Liegt eine Wirkung erst dann vor, wenn die Person vollkommen unabhängig von Eingliederungshilfe wird und damit auch keine Kosten mehr im Bereich des SGB XII anfallen?
3. Wirkt die Eingliederungshilfe, wenn es gelingt, eine Person in die Zuständigkeit anderer Leistungsträger zu überführen – möglicherweise ohne positive Veränderung oder gar mit Verschlechterung der Teilhabe der jeweiligen Person (z.B. bei der Verlegung in eine SGB XI Einrichtung)
4. Messen wir Wirkung daran, ob die in einem Gesamtplan individuell vereinbarten Ziele nach einer vorher definierten Zeitspanne ganz oder zumindest teilweise erreicht werden.
5. Zählt die subjektive Lebenszufriedenheit des Leistungsberechtigten als einziges oder zumindest als Teil-Kriterium für Wirkung? Ist die „Begegnung“ auf Augenhöhe unabdingbare Voraussetzung einer „Teilhabe-Erfolgs-Messung“?
6. Ermitteln wir die Wirkung im Sinne von „mehr Teilhabe“ über eine sogenannte „Objektive“ (Fremd-) Einschätzung der „Teilhabe-Verbesserung“ z.B. durch den „Teilhabe-Dienst“ eines Leistungsträgers als Kriterium vergleichbar zum Medizinischen Dienst der Kassen.
7. Oder betrachten wir eher eine Region oder eine psychiatrisches Versorgungsgebiet als Ganzes und „messen“ als Wirkung die verbesserte „Teilhabe für alle in einer definierten Region“ ohne/mit direktem Bezug zum finanziellen Aufwand (Versorgungsverpflichtung/ Regionalbudget).
8. Oder sprechen wir erst dann von Wirkung, wenn wir diese im Sinne einer schrittweisen Optimierung eines Sozialraumes/einer Region in Richtung einer „inkluisiven Gesellschaft“ feststellen können. Bei so viel Komplexität könnte man eigentlich verzweifeln. Angesichts der miserablen Daten- und Forschungslage sollte zunächst mit wissenschaftlichen Pilotprojekten begonnen werden, damit zumindest erste Ergebnisse in die Diskussion um die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eingespeist werden können.

DAS PILOTPROJEKT

Der Weg in die Praxis und die Suche nach Methoden

Mit dem Pilotprojekt wurde ein erster „Gang in die Praxis“ mit einem aus unserer Sicht „vermeintlich zumutbaren Instrumentenkoffer“ gewagt. Beteiligt waren drei Anbieter sozialpsychiatrischer Dienstleistungen aus Rostock und Schleswig-Holstein sowie die jeweiligen Leistungsträger inklusive der örtlichen Hilfe- bzw. Teilhabeplanung.

Ausgehend von einem personenbezogenen Ansatz verwendeten wir in einem ersten Schritt aufbauend auf eine qualifizierte Hilfeplanung die Evaluation der im Gesamtplan beschriebenen Teilhabeziele in Verbindung mit der subjektiven Teilhabezufriedenheit und objektiven

„Studie muss unbedingt andere lokale Bezüge bekommen. Rostock ist nicht repräsentativ für psychiatrische Qualitätskontrolle.“

Kriterien zunächst als Erfolgsindikatoren (siehe oben: Punkte 4,5,6). Die Verbindung mit Kostenaspekten haben wir

zugunsten der Suche nach einer angemessenen Methodik zunächst zurückgestellt.

Schwerpunkt unseres Pilotprojektes sollte sein, die individuell im Rahmen der Hilfeplanung ausgehandelten Teilhabeziele in den Fokus der Betrachtung zu stellen. Diese individualisierten Ziele und Prozessaspekte wurden durch eine etwas modifizierte Methode der Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling, GAS; nach Kisurek & Sherman, 1968) operationalisiert und transparent gemacht.

Die beteiligten Mitarbeiter wurden in der Anwendung dieser Methode trainiert und die Qualität der Ergebnisse dieser Arbeit durch externe Rater objektiviert. Zum Ende des Bewilligungszeitraums der jeweiligen Maßnahme wurde dann überprüft, inwieweit sich die operationalisiert formulierten Ziele tatsächlich erreichen ließen.

Die Einführung von Neuerungen in ein bestehendes Systems sind stets mit Widerständen assoziiert ist (z.B. Katz & Kahn, 1978). Speziell bei der Methode der Zielerreichungsskalierung, die per se die Transparenz von therapeutischen oder gemeindepsychiatrischen Prozessen erhöhen soll, erwarteten wir vor diesem Hintergrund gegebenenfalls besondere Widerstände.

Methode: Individuelle Zielerreichungsskalierung, Goal Attainment Scaling (GAS)

Der Schwerpunkt der Untersuchung lag auf der Einführung der Methode des Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling (GAS), Kisurek & Sherman (1968)).

Grundidee ist die Überprüfung von vorher individualspezifisch festgelegten Behandlungszielen, die operationalisiert, das heißt konkret und für unabhängige Beobachter nachvollziehbar, in unterschiedliche Zielerreichungsgrade eingeteilt werden.

Die GAS hat sich in zahlreichen Untersuchungen unter anderem im Bereich der Sozialpsychiatrie und Gemeindepyschiatrie als praktisches Instrument erwiesen (z.B. Roecken & Weis, 1987; Bolm, 1996). In der Originalversion umfasst die GAS fünf Stufen (jeweils zwei Zielerreichungsgrade für Verbesserung und Verschlechterung und ein Zielerreichungsgrad für die Operationalisierung des Ausgangsstatus, bzw. den unter normalen Umständen erwarteten Status).

Zur Reduktion der Komplexität haben wir die Skalierung der Verschlechterung auf einen Zielerreichungsgrad reduziert. Als „Nullpunkt“ der Skalierung diente die operationalisierte Beschreibung des aktuellen Zustandes in einem Zielerreichungsgrad.

Die Skalierung der Verbesserung in zwei Stufen wurde beibehalten, sodass die Skalierung in unserer Untersuchung in vier Zielerreichungsgraden erfolgte. Die operationalisierten Ziele wurden den

„Gute Vortragsart, jedoch die Fülle der Daten und Infos zu umfangreich, eher Lehrveranstaltung.“

in der Rostocker Maßnahmenplanung des IBRP vorgegebenen Leistungsbereichen (Psychosoziale Grundleistung, Sozialpsychiatri-

sche Leistungen zur Selbstversorgung, Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung, Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit/Ausbildung) zugeordnet.

Auf die Berechnung eines GASGesamtscores (Kisurek & Sherman, 1968; Roecken & Weis, 1987) wurde in diesem Projekt verzichtet.

Training der Mitarbeiter

Die Anwendung der GAS setzt einige Übung bezüglich der operationalisierten Formulierung der angestrebten Therapieziele voraus. Aus diesem Grund wurden bei den beteiligten Trägern intensive Trainingseinheiten von ca. vier Stunden durchgeführt, bei denen den Mitarbeitern die Operationalisierung von Zielen veranschaulicht wurde.

Weitere Instrumente zu Gesundheitszustand, Psychopathologie, Lebenszufriedenheit, Klientenzufriedenheit, Basisdaten

Bolm (1996) beklagt die mangelnde Reliabilität der GAS-Skala, wenn sie als einzelnes Instrument eingesetzt wird und fordert die Ergänzung der Skala durch andere Messinstrumente. Bei der Zusammenstellung des Instrumentariums wurde Wert darauf gelegt, die Erhebung einerseits mit bewährten Instrumenten mehrdimensional anzulegen und andererseits wenig zeitaufwendig zu gestalten, um die Beeinflussung des realen Prozesses durch die wissenschaftliche Begleitung möglichst gering zu halten.

Der Gesundheitszustand der Klienten wurde zum einen durch ihn selbst eingeschätzt, zum anderen durch den behandelnden Neurologen. Die Selbsteinschätzung wurde mit der Kurzversion des General Health Questionnaire, GHQ-12 (Goldberg, 1972; Schmitz et al. 1999) zu Beginn und am Ende der Bewilligungszeit erhoben. Die Fremdeinschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus des Klienten erfolgte durch den behandelnden niedergelassenen Facharzt mittels der Global Assessment of Functioning (GAF)-Skala (DSM-IV, nach Endicott et al. 1976). Die subjektive Lebensqualität der Klienten wurde mit der Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al. 1999; Kallert et al. 2004) ebenfalls zu Beginn und Ende des Bewilligungszeitraumes erhoben. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die Zufriedenheit des Klienten mit dem ZUF-3 (Spießl et al. 1996) erhoben. Dieser extrem kurze Fragebogen (3 Items) wurde aus dem Client Satisfaction Questionnaire (Attkinsson & Zwick, 1982) entwickelt, wobei Spießl et al. (1996) feststellten, dass die Kurzform davon (8 Items, ZUF-8) in einem weiteren Schritt auf 3 Items unter Erhalt der zentralen Information reduziert werden konnte. Soziodemographische Informationen und Diagnosen wurden aus dem IBRPMV (2006) übernommen.

Fazit der Erprobung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anwendung der GAS-Skala im Bereich der Eingliederungshilfe im Rahmen einer qualifizierten Hilfeplanung z.B. in Ergänzung zum IBRP eine Möglichkeit bietet, den Aushandlungsaspekt stärker in den Vordergrund zu stellen und für mehr Transparenz, Eindeutigkeit und Konkretheit zu sorgen, der sowohl von den Klienten als auch von den professionellen Anwendern gut akzeptiert wird.¹

DIE HAUPTSTUDIE

Ziel des Forschungsprojektes war es, die Evaluation der im Gesamtplan beschriebenen Teilhabeziele in Verbindung mit subjektiven und objektiven Bewertungskriterien als Erfolgsindikatoren im Rahmen einer Vollerhebung in einem definierten Leistungszeitraum in der Hansestadt Rostock zu erproben.

Mittels definierter Bewertungskriterien und Messinstrumente wurde damit ein erster Versuch unternommen, die Wirkung des als „Rostocker Modell“² bekannten Komplexleistungsangebotes der Eingliederungshilfe in der Hansestadt Rostock auf der Ebene der Leistungsberechtigten zu dokumentieren und geeignete Instrumente für eine weiterführende und praxisnahe Wirkungskontrolle in der Eingliederungshilfe zu identifizieren.

In Bezug auf die dabei eingesetzten Messinstrumente, konnte auf die Ergebnisse der methodischen Erprobung aus dem vorangestellten Pilotprojekt aufgebaut werden. Aufgrund der guten Eignung und Praktikabilität fand das erprobte Instrumentarium überwiegend auch in der Hauptstudie Anwendung.

¹Vgl. Bär, T. Nerlich, C., Follak, T., Steinhart, I, (2010): Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden Oder: wie wir mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen können. In: Sozialpsychiatrische Information 3/2010, S. 25-30.

²Das „Rostocker Modell“ – Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock. GPV der Hansestadt Rostock 2013.

Lediglich das Selbstbeurteilungsinstrument General Health Questionnaire (GHQ-12) wurde durch die Kurzversion SCL-K-9 der Symptom-Checkliste SCL-90-R nach Derogatis (1977) (deutsche Version: Franke, 1995)³, ersetzt.

In die Hauptstudie eingeschlossen wurden alle Personen mit wesentlichen seelischen Behinderungen, die im Zeitraum von Januar bis



Dezember 2011 eine Bewilligung für Leistungen der Eingliederungshilfe der Hansestadt Rostock erhielten und deren Leistungserbringung durch die Anbieter „AWO-Sozialdienst Rostock gGmbH“ (AWO) und „Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH“ (GGP) erfolgte.

Voraussetzungen für den Einschluss in die Stichprobe waren ein Mindestalter von 18 Jahren, eine freiwillige Teilnahmebereitschaft und eine schriftliche Dokumentation der Teilnahmeerklärung. Aufgrund der breiten Teilnahmebereitschaft konnten insgesamt 405 Klientenfälle in die Auswertung eingehen.⁴

Eine Publikation der Ergebnisse der Hauptstudie befindet sich in Arbeit. Anfragen können an das Institut für Sozialpsychiatrie MV e.V. gerichtet werden.

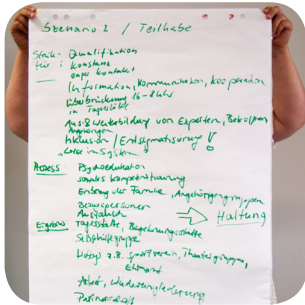
Tel: 0381-1237117

E-Mail: institut@sozialpsychiatrie-mv.de

³Vgl. Brähler, E., Klaghofer, R. (2001): Konstruktion und testtheoretische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 49(2), S. 115-124.

⁴Vgl. Steinhart, I., Höptner, A. (2013): Messung der Ergebnisqualität in der Sozialpsychiatrie – Projektbericht (unveröffentlichtes Manuskript), Institut für Sozialpsychiatrie MV e.V.

6 Wesentliche Ergebnisse der trialogischen Workshops zur Herleitung von Qualitätskriterien



Ziel der moderierten Gruppenarbeit war es, mit den TeilnehmerInnen des Forums zu verschiedenen „gängigen“ Szenarien in unterschiedlichen psychiatrischen Themenbereichen/ Kontexten ins Gespräch zu kommen, sich trialogisch über Erfahrungen auszutauschen, szenarienbezogene Qualitätskriterien zu erarbeiten und zu dokumentieren. Zudem sollten die erarbeiteten Kriterien nach den folgenden drei Qualitätsdimensionen strukturiert und dokumentiert werden.

Qualitätsdimensionen

Strukturqualität

- beschreibt die Qualität der Leistungserstellung
- Indikationen: personelle Voraussetzungen, d. h. der Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation, Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen

Prozessqualität

- beschreibt sämtliche diagnostische, therapeutische, pädagogische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes oder einer sozialen Dienstleistung, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale bzw. Lebensumstände eines Patienten/ Klienten ergriffen werden oder nicht
- Frage nach dem „Wie“ der Behandlung/ sozialen Dienstleistung, Wie wird diagnostiziert/therapiert?, Wie läuft der Behandlungsprozess ab?

Ergebnisqualität

- bezieht sich auf das Behandlungsergebnis bzw. Ergebnis der sozialen Dienstleistung
- Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob deren Zielsetzung erreicht wurde
- wichtig dabei ist die Patienten-/Klientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung/ soziale Dienstleistung und das erreichte Ergebnis

Themenbereich I: stationäre/teilstationäre Versorgung

Moderation: Antje Werner, Thomas Utermark, Martin Jantzen.

Szenario: Mann/Frau kommt aufgrund einer Krisensituation in die Psychiatrie (Krankenhaus).

Der Workshop orientierte sich an der Leitfrage: „Was sollte optimal passieren?“

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt darstellen: die TeilnehmerInnen des Workshops einigten sich in Bezug auf die **Strukturqualität** – und hier der räumlichen Ausstattung – darauf, dass eine entspannte Atmosphäre sowie die Möglichkeit sich zurückzuziehen und Privatsphäre zu genießen von besonderer Bedeutung sind. Ebenso wichtig ist die Möglichkeit, die Gesprächssituation individuell und flexibel zu gestalten, da der Aufenthalt in einer Krisensituation in einer psychiatrischen Klinik einen tiefen Einschnitt in die aktuelle Lebenssituation darstellt. Hinsichtlich der Personalsituation wurde festgehalten, dass der Ansprechpartner beim Erstkontakt je nach individuellem Bedarf der Betroffenen bei der Aufnahme zur Verfügung stehen und dieser über Fachkompetenz und emotionale Intelligenz verfügen sollte.

Im weiteren Verlauf führte die Diskussion der Leitfrage hinsichtlich der **Prozessqualität** zu dem Ergebnis, dass eine Peer-Beratung, ausreichend Zeit der Behandelnden sowie ein individueller Behandlungsplan unter Einbeziehung aller Beteiligten wünschenswert sind.

Darüber hinaus werden Methodenkompetenz, Freundlichkeit, Aufklärung und Information als wichtige Kriterien zur optimalen Bewältigung einer Krisensituation in der Psychiatrie benannt. Die TeilnehmerInnen maßen der Transparenz der Behandelnden gegenüber den Behandelten einen hohen Stellenwert für den Erfolg der Behandlung bei.

Die Entwicklung einer Perspektive nach dem Krankenhausaufenthalt sowie die Berücksichtigung und Absicherung der häuslichen Umstände z. B. möglicherweise versorgungsbedürftiger Haustiere erschien den TeilnehmerInnen zudem wichtig. In Bezug auf die dritte Qualitätsdimension, nämlich der **Ergebnisqualität** wurde gemeinsam erarbeitet, dass die Verbesserung der subjektiven Symptombelastung wesentlich ist sowie ein perspektivsicherndes

„Trialogische Draufsicht ist okay, sollten man überall in den Regionen anregen.“

Entlassmanagement, so dass keine Versorgungsabbrüche vom Übergang aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit bzw. Anschlussbehandlung

entstehen. Auch die Notwendigkeit der Aufklärung der Angehörigen bzw. des Netzwerkes um den Betroffenen herum ist von großer Bedeutung. Sie sollten von Beginn an unter Voraussetzung der Zustimmung des Betroffenen in den Behandlungsprozess eingebunden werden. Die Zufriedenheit aller Beteiligten gilt als weiteres Kriterium für die Qualität des Ergebnisses.

Themenbereich II: ambulante Vor- und Nachsorge

Moderation: N. Kißhauer, A. Wrociszewski, U. Schob, K. Voll

Szenario 1: Mann/Frau möchte Krisensituation ohne Klinik lösen.

Leitfrage: Was sollte optimal passieren?

In Bezug auf die Strukturqualität wurden verlässliche Strukturen des Hilfe-Netzwerkes betont. Die Prozessqualität sollte idealerweise vertrauensvolle Beziehungen, stabile medikamentöse Einstellungen, die Möglichkeit einer einfachen Kontaktaufnahme zum Facharzt sowie soziale Interaktionen mit Gleichgesinnten gewährleisten.

Szenario 2: Mann/Frau möchte Unterstützung nach Krise
Leitfrage: Was sollte optimal passieren?

Aus Sicht der Strukturqualität wurde die ärztliche Anbindung besonders hervorgehoben. Im Rahmen der Prozessqualität wurde der fließender Übergang der Hilfen vom stationären zum ambulanten Sektor benannt. Des Weiteren sollen Patienten darin gefördert werden, eigene Unterstützungswünsche heraus zu arbeiten. Dazu zählt auch eine individuelle Beratung über verfügbare Hilfsangebote. Im Rahmen der Prozessqualität soll für die Zeit der Behandlung der Krisenprävention ein hoher Stellenwert beigemessen werden. Hierzu zählt insbesondere eine erhöhte Achtsamkeit gegenüber Warnsignalen, die von den Patienten ausgehen. Für die Zeit nach der Krise ist es wichtig, eine Vertrauensperson oder Angehörige der Patienten in die Nachsorge einzubeziehen sowie alle in Anspruch genommenen Hilfsmaßnahmen aufeinander abzustimmen. Die Klinik soll in diesem Prozess eine aktive Rolle übernehmen. Zum Bereich der Ergebnisqualität wurde festgehalten, dass die zuvor genannten Kriterien dazu beitragen, erneute Klinikaufenthalte zu vermeiden und die Lebensqualität der Patienten verbessern.

„Die Zeit für die Gruppenarbeit hätte gern noch etwas länger dauern können, um die unterschiedlichen Sichtweisen besser bündeln zu können.“

Themenbereich III: Teilhabe

Moderation: Herr Dr. Pülschen, S. Schreiber, B. Achinger, G. Pertus

Szenario 1: Mann/Frau möchte zur Genesung arbeiten.
Leitfrage, was sollte optimal passieren?

Im Rahmen der Gruppenarbeit wurden folgende strukturelle Qualitätsanforderungen herausgestellt:

- Finanzielle Fördermöglichkeiten für den Arbeitgeber
- Mehr Minderleistungsausgleich
- Der Betroffene sollte nach der Arbeitsaufnahme noch circa sechs Monate psychiatrisch betreut werden.

Weiterhin beschäftigte sich die Gruppe mit Entstigmatisierung und Sensibilisierung in Bezug auf psychisch Kranke in Arbeitseinrichtungen durch einen gezielteren Informationszugang und bessere Lobbyarbeit. Das trifft insbesondere auf die Führungsebenen zu, die dafür bereit gemacht werden müsste, die Belegschaft zu sensibilisieren, wenn Arbeitnehmer in ihren Reihen psychisch krank werden. Zur Sprache kam ebenfalls eine ehrenamtliche Tätigkeit als Einstiegshilfe. Darüber hinaus wurde die wichtige Bedeutung der Arbeit für den Einzelnen, vor allem für dessen Selbstwertgefühl deutlich gemacht und die Notwendigkeit einer angemessenen Entlohnung betont.

Szenario 2: Mann/Frau lebt isoliert in eigener Wohnung.

Leitfrage: Was sollte optimal passieren?

In Sachen Strukturqualität wurden insbesondere die Qualifikation, die Konstanz sowie ein enger Kontakt zum Helfersystem hervorgehoben. Weiterhin wurde die Bedeutung von Information, Kommunikation und Kooperation zwischen Helfersystem und Betroffenen betont. Zusätzlich sollten Möglichkeiten geschaffen/ gefördert werden, einige Stunden in einer Tagesstätte verbringen zu können. Der Aus- und Weiterbildung von ExpertInnen, Betroffenen und Angehörigen wurde ebenfalls eine hohe Bedeutung beigemessen.

Die Prozessqualität sollte durch Psychoedukation, Soziales Kompetenztraining, die Einbeziehung der Familie und weiterer Bezugspersonen und einen kontinuierlichen Austausch verbessert werden.

Im Ergebnis sollte sich die Qualität der Versorgung daran messen lassen, ob es gelang, isoliert lebende Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine Teilhabe am sozialen Leben zu ermöglichen.

Impressum

Herausgeber:

- AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH
- Ex-In-AbsolventInnen (Rostocker BürgerInnen mit Psychiatrieerfahrung)
- Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik (GGP) mbH Rostock
- Gesundheitsamt (Psychiatriekoordinatorin) der Hansestadt Rostock,
- Institut für Sozialpsychiatrie des Landes Mecklenburg-Vorpommern e. V.
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock
- Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. (LApK M-V e.V.)
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Kontakt:

Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e.V.
Doberaner Str. 47
18057 Rostock
Tel.: (0381) 12 37 11 7
E-Mail: lv@sozialpsychiatrie-mv.de

Ansprechpartner:

Antje Werner

Redaktion, Gestaltung, Druck:

LApK M-V e.V.

Auflage:

150 Exemplare, Juni 2014

Fotos:

Martin Jantzen, LApK M-V e.V.

Das Copyright aller Texte liegt bei den Autor_innen/Referent_innen und für die Fotos beim Fotografen.



AWO-Sozialdienst Rostock
gemeinnützige GmbH



Experienced –
Involvement

Gesellschaft für
Gesundheit und Pädagogik mbH



HANSESTADT ROSTOCK



Landesverband
Sozialpsychiatrie

Mecklenburg-Vorpommern e. V.

LApK|MV

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der
Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.



Universitätsmedizin
Rostock

Universität
Rostock



Traditio et Innovatio