

# Ergebnisqualität psychiatrischer Behandlungen

lic. phil. Christopher Schuetz

Leiter Behandlungsevaluation & Datenmanagement  
Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)  
Postfach  
CH-8408 Winterthur  
christopher.schuetz@ipwin.ch

Javed Ashraf

Managing Director  
architects-at-work AG  
Bahnhofstrasse 102  
CH-5001 Aarau  
javed.ashraf@it-work.ch

**Abstract:** Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gewinnen auch im Healthcare Bereich zunehmend an Bedeutung. Von Kliniken und Spitälern wird erwartet, dass sie Nachweise für die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer erbrachten Leistungen erbringen. Das Model der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) mit Unterstützung der Software qtools beschreibt ein mögliches Vorgehen bei der Erfassung der Ergebnisqualität.

## 1 Einleitung

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur beschäftigt zurzeit rund 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der stationäre Bereich umfasst 275 Betten. Im Jahr 2004 wurden insgesamt rund 30'000 ambulante Konsultationen durchgeführt. Die Angebote der ipw umfassen die Bereiche Erwachsenenpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Krisenintervention, Psychiatrische Poliklinik, Junge Erwachsene, Suchtbehandlung sowie Zentrale Angebote. Die ipw orientiert sich an den internationalen Grundsätzen der psychiatrischen Versorgungswissenschaft, welche die *Bedarfs- und Zielorientierung*, die *Prävention und Früherkennung*, die *ergebnisorientierte Qualitätssicherung*, die *Evidence Based Medicine* sowie die laufende Bewertung von *Public Mental Health Daten* besonders gewichten (Jenkins, R. et al. 1999).

## 2 Ausgangslage

Im Schweizerischen Krankenversicherungsgesetz KVG wird von medizinischen Anbietern der Nachweis der Effektivität und der Effizienz der erbrachten Leistungen verlangt. Dieser Nachweis ist in der Psychiatrie/Psychotherapie u.U. schwerer zu erbringen, da die

zu operationalisierenden Indikatoren anders als z.B. in der somatischen Medizin nicht mit harten Fakten festzuhalten sind, bzw. schon die Definition der Indikatoren, schwierig zu definieren sind. Die ipw entwickelte das Winterthurer Modell der psychiatrischen Qualitätssicherung und setzt dieses seit dem 1.1.2001 aktiv und flächendeckend bei allen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen um.

### 3 Prämissen

Folgende Prämissen waren bei der Entwicklung des Winterthurer Modells leitend:

- aktueller Stand der Outcome-Forschung bzw. Vorgaben und Leitlinien sollen berücksichtigt sein
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollen in Bezug zueinander gesetzt sein
- Orientierung an der Patientenperspektive, d.h. neben den Fremdbeurteilungen sollen insbesondere Patientenbefragungen durchgeführt werden
- alle an den Erhebungen beteiligten (Ärzterschaft, Pflege, Therapeuten) sollen von den Ergebnissen der Outcomeerhebungen profitieren (Feedback-System)
- Standardset an empirisch und theoretisch abgestützten, diagnose- und methodenunabhängigen Indikatoren
- standardisierte, reliable und valide Messinstrumente und Befragungsintervalle
- neben Qualitätsindikatoren sollen auch Patienten-Basisdaten erhoben werden
- Durchführung in verschiedenen Behandlungsettings
- Die erhobenen Daten sollen durch eine neutrale und unabhängige Stelle ausgewertet und beurteilt werden
- Orientierung an einem ganzheitlichen Konzept von Krankheit und Genesung (biopsychosozialen Modell).

### 4 Ergebnisqualitätsmessungen (Outcome Psychiatrie)

Die Leitfrage der Outcome-Erfassung lautet: *Wer behandelt welchen Patienten mit welchem Störungsbild mit welchen Mitteln und Methoden zu welchen Kosten mit welchem Ergebnis?* Es geht dabei insbesondere um die Ergebnisqualität bei Zustandsänderungen und um die Patientenzufriedenheit sowie deren Beziehung zum struktur- und prozessrelevanten Mittelaufwand und zu den Kosten. Für eine wirkungsorientierte Steuerung des Versorgungsangebotes muss eine Zielüberprüfung aufgrund der vorhandenen Mittel und den erbrachten Leistungen möglich sein. Die Daten sollen ein strategisches Controlling ermöglichen und primär der Führung des Gesamtsystems ipw, den Bereichsleitungen und den Leitungen der einzelnen Angebote dienen. Sie werden kontinuierlich ausgewertet und den Leitungsinstanzen für strategische Entscheidungen und Steuerungshandlungen zugeführt. Die Daten beinhalten Diagnose- und Sozialvariablen, Leistungsart und -menge sowie Ergebnisqualitätsindikatoren und sollen hohe Güteanforderungen erfüllen. Die Erfassung von Diagnose- und Sozialvariablen sowie Leistungsmenge und -art wird über eine Basisdokumentation ipw gewährleistet.

Zur Erhebung der Ergebnisqualität misst der Outcome ipw diagnoseunabhängige und diagnoseabhängige Indikatoren. *Diagnoseunabhängige* Messungen gehen vom Drei-Phasen-Modell von Howard et al. (1993) [HO93] aus und umfassen die Dimensionen Remoralisation (Wohlbefinden), Remediation (Symptombelastung) und Rehabilitation (Lebensqualität) als relevante Qualitätsindikatoren. Die Abteilung Behandlungsevaluation setzt dazu in Zusammenarbeit mit einem für den unabhängigen Q-Report zuständigen externen Auftragnehmer international verwendete Messinstrumente ein, welche die Kriterien der Reliabilität und Validität erfüllen und einen breiten Vergleich ermöglichen. Primär werden Messinstrumente auf Selbsteinschätzungsbasis eingesetzt (Selbstrating). Nicht alle Patienten sind einem Selbstrating zugänglich (z.B. bei Psychose, Demenz, Schwachsinnigkeit, Fremdsprachigkeit, Verweigerung), weshalb alle Fälle parallel hinsichtlich Remoralisation, Remediation und Rehabilitation äquivalent durch Therapeutenratings eingeschätzt werden.

Bei der Erhebung *diagnoseabhängiger* Qualitätsindikatoren geht es darum, verschiedene Diagnosegruppen – trotz evidenter Schwierigkeiten wie Komorbiditäts- und Chronizitätsfaktoren – möglichst valide voneinander abzugrenzen. Dies mit dem Ziel, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung durch störungsspezifische Spezialisierungen weiterzuentwickeln und im Sinne einer Evidence Based Medicine zu verbessern.

## **5 Prozessqualitätserhebungen (Monitoring)**

Das Qualitätsmonitoring im Sinne der kontinuierlichen fallbezogenen Ergebnisrückmeldung steht im Zentrum der Prozessqualität. Es ermöglicht den Behandelnden, Schwächen und Probleme im therapeutischen Prozess zu erkennen und ihre eigene Arbeit qualitätssichernd durch fragebogengestütztes Datenmaterial zu begleiten. Die Abteilung Behandlungsevaluation entwickelt in allen Angeboten der ipw zusammen mit deren Leitung resp. Teams ein zweckmässiges Monitoring. Die angebotsspezifischen Messinstrumente (Selbst- und Fremdrating) werden ebenfalls in die Applikation qtools integriert, die Messergebnisse sind dadurch in Echtzeit und behandlungsübergreifend zugänglich.

Die Art der Ergebnisrückmeldung kann in Form von Einzel-Supervisionen, in problemlösungsorientierten Fallbesprechungen, in Team-Feedbackrunden oder in Qualitätszirkeln stattfinden. Dabei findet ein Team-Feedback am ehesten innerhalb eines institutionseigenen Behandlungsteams statt. Unabhängig vom jeweiligen Setting sollte die Ergebnisrückmeldung keineswegs primär kontrollierenden und bewertenden Charakter erhalten, sondern in einem fortbildenden und problemlösungsorientierten Kontext erfolgen.

## **6 Intervalle, Erhebungszeitpunkte**

Alle eingesetzten Instrumente werden zu Beginn und bei Abschluss der Behandlung erhoben. In einzelnen Teilinstitutionen kommen störungsspezifische Indikatoren bzw. entsprechende Instrumente zum Einsatz.

## 7 Auswertung

Alle erhobenen Daten können nach auf Einzelfall-, Störungsgruppen- oder Institutions-ebene ausgewertet werden. Auswertungen sind auch behandlungsübergreifend möglich. Alle erhobenen Basis- und Qualitätsdaten werden in Echtzeit mit dem System qtools den BehandlerInnen (Ärzeschaft, TherapeutInnen und Pflege) rückgemeldet.

## 8 Datenrücklauf

Die Patienten-Selbstratings werden bei Eintritt in allen stationären Teilinstitutionen von durchschnittlich 65% der Patienten ausgefüllt, in der stationären Psychotherapie liegen die Werte höher, in der Akutaufnahme etwas niedriger. Bei Austritt liegt die Rücklaufquote bei ca. 50%. In den gerontopsychiatrischen Stationen liegt die Rücklaufquote bei den Selbstratings unter 10%, sowohl bei Ein- als auch bei Austritt. Bei den Fremdratings die durch die Ärzteschaft und die Pflege erhoben werden liegt die Rücklaufquote bei durchschnittlich 90%. Bei den nicht zustande gekommen Selbstratings werden folgende Begründungen angegeben (in Prozentzahlen):

ohne Angabe	19.5
psychopath. Zustand	14.6
verweigert	39.9
Fremdsprache	16.6
andere/vergessen	9.1
Analphabet	0.3
Total	100.0

**Tabelle** Gründe für nicht zustande gekommene Selbstbeurteilungen, Datenbasis: alle ipw-Eintritte Mai 2001 bis Dezember 2001 ohne vorliegendes Selbstrating, n=308, Angaben in Prozent

## 9 Nutzen von Ergebnis- und Prozessqualitätsmessungen

### 9.1 Institutionelle Steuerung und Planung

- Eine Übersicht über die Fälle und Verläufe der Institution wird gesamthaft und plastisch möglich
- Die Statistik (PsychRec) wird differenzierter und erlaubt genaue Analysen
- Institutionseigene oder multizentrische wissenschaftliche Evaluationen werden routinemässig machbar
- Die Kommunikation und Publikation der eigenen Leistungen kann transparent und vergleichbar gemacht werden

### 9.2 Klinischer Prozess

- Die Diagnostik- und Behandlungsroutine wird abgerundet

- Eine zusätzliche einfache Form des Behandlungscontrollings wird ermöglicht
- Behandlungsausreisser können gesammelt und gezielt diskutiert werden
- Die Transparenz in den Fallverlauf wird erhöht
- Eine gemeinsame Sprache Ärzte/Therapien/Pflege wird gefördert

### **9.3 Aus- und Weiterbildung**

- Die Bedeutung von Ratingverfahren, Psychometrik, Testtheorie wird vermittelt
- Die Didaktik in Aspekten von Diagnostik, Psychopathologie, etc. wird unterstützt
- Reliabilität zu klinischen Basisaspekten wird erhöht
- Eine anregende Reflexions- und Diskussionsgrundlage für Fallkolloquien wird gegeben

## **10 Informationsverarbeitende Infrastruktur**

Alle erhobenen Basisdaten und Qualitätsdaten werden mit der Software qtools der Firma architects-at-work AG verwaltet. Die Software qtools ermöglicht die Erhebung, das Controlling, die Auswertung, Aufbereitung und Rückmeldung von Basis- und Qualitätsdaten auf Einzelfall-, Gruppen- und Institutionsebene. qtools ist als Server-Applikation konzipiert, d.h., alle dezentral erhobenen Daten stehen in Echtzeit für das Feedback bzw. für Auswertungen bereit. Die Erhebungsmethodik, -mittel und -zeitpunkte können auf Patientengruppen- und/oder Organisationsebene frei definiert werden und werden dann von qtools verwaltet.

### **Literaturverzeichnis**

- [HO93] Howard, K.I., Lueger, R., Maling, M., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy: Causal meditation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.