



**Severin Federhen**

Dipl.-Pflegerwirt (FH)  
**Severin Federhen** M.A.  
Referent Qualitätssicherung  
CLINOTEL Krankenhausver-  
bund gemeinnützige GmbH  
Ebertplatz 1  
50668 Köln  
federhen@clinotel.de  
www.clinotel.de

Prof. Dr. med.  
**Andreas Becker**  
Geschäftsführer  
CLINOTEL Krankenhausver-  
bund gemeinnützige GmbH

Prof. Dr. med.  
**Joachim Behr**  
Chefarzt Psychiatrie, Psycho-  
therapie und Psychosomatik  
Ruppiner Kliniken GmbH

## Schlüsselwörter

Klinisches Auditverfahren  
Psychiatrie  
Qualitätsmanagement  
Qualitätsentwicklung  
Patientensicherheit

Seite 349-360

Eingereicht am: 23.11.2011

Akzeptiert am: 14.05.2012

DOI: 10.3936/1160

# Entwicklung eines klinischen Auditverfahrens in der vollstationären psychiatrischen Versorgung

Severin Federhen, Andreas Becker, Joachim Behr

*Im Fachbereich der Psychiatrie werden zunehmend höhere Anforderungen an die evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen gestellt. Im Zusammenhang mit bevorstehenden Veränderungen der Finanzierungsgrundlage spielen Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle. Diese sollen relevante Qualitätsanforderungen des Fachbereichs Psychiatrie abbilden können und als Instrument der Qualitätssicherung für das klinische Lenken und Leiten einsetzbar sein.*

*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 hieraus entwickelte Auditverfahren wurde in einem Praxistest überprüft und in das bestehende Auditkonzept des CLINOTEL-Krankenhausverbundes integriert. In zwei durchgeführten Audits erwies sich das Konzept als inhaltlich stimmig. Insbesondere die direkte Orientierung an 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.*

## Einleitung

Im Fachbereich der Psychiatrie werden zunehmend höhere Anforderungen an die evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen gestellt. Dies geht einher mit der Entwicklung von Leitlinien hoher und höchster Güte, die eine evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen sicherstellen helfen sollen. Beispielhaft sei hier die NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE UNIPOLARE DEPRESSION<sup>1</sup> erwähnt, die in Zusammenarbeit der verschiedenen auf diesem Fachgebiet tätigen Fachgesellschaften entstanden ist. Auf Ebene der Organisation können sie als Grundlage von klinischen Leitlinien der Festlegung wissenschaftlich basierter „Mindeststandards“ in Behandlung und Versorgung und somit der Strukturierung und Standardisierung der Behandlungsverläufe dienen.

Im Spannungsfeld mit der Veränderung des Finanzierungsmodells hin zur G-DRG und damit Fallpauschalenbasierter Vergütung kann man in den Bereichen der Ökonomie und der medizinisch-pflegerischen Versorgung einen Paradigmenwechsel beobachten. BORMUTH (2010)<sup>2</sup> berichtet beispielsweise von Strömungen einer deutlichen gedanklichen Trendwende von der psychodynamischen zur neurobiologischen Sichtweise, stellt jedoch auch die Wichtigkeit des hermeneutischen Zugangs der psychiatrischen Arbeit dar. Eine Trendwende lässt sich auch hinsichtlich der Bedeutung des Finanzierungssystemwechsels beschreiben. War mit dem GKV-GESUNDHEITSREFORMGESETZ (GKVRefG 2000)<sup>3</sup> zum 01.01.2000 die psychiatrische Disziplin noch von diesem Vergütungssystem ausgenommen, wurde innerhalb dieses Fachbereichs überwiegend die Meinung vertreten, dass das Finanzierungssystem nicht übertragbar sei. So wurde von der 34. Fachgruppentagung für psychiatrische Krankenhäuser von ISE (2001)<sup>4</sup> berichtet: „DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar“. Bereits 9 Jahre später ist in der publizierten Fachmeinung eher das Gegenteil bestätigt. So betiteln STRANZ & SCHANZ (2010)<sup>5</sup> ihre Publikation: „DRGs sind grundsätzlich möglich“.

Im Vordergrund der Gestaltung klinischer Prozesse steht die Patientensicherheit. Nach WOOLF (2004)<sup>6</sup> ist Patientensicherheit die deutlichste Konkretisierung des Qualitätsgedankens, da kein Qualitätsproblem eingreifender sein kann als ein solches, das einen Schaden

## Title

### Development of a clinical audit for inpatient care in mental health-care settings

## Abstract

In the faculty of psychiatry, increasing demands are placed on evidence-based care of mentally disordered people. When decisions must be made regarding changes to the allocation of finances, instruments and methods of quality management play a decisive role. These procedures should portray relevant quality requirements of the faculty of psychiatry and be applicable for clinical guidance as an instrument of quality management. For the development of the audit concept, a comprehensive and systematic review of available literature was made. Verification of the audit was effected by a biphasic validation of the developed content and its practicability. The audit concept was reviewed in a practical test and integrated in the established audit concept of the CLINOTEL-Hospital-Group. In two executed audits, the content of the concept was judged to be coherent. In particular, to put emphasis on the object of patient care seems to reach a high level of acceptance. The opportunity for the use of this concept to its full potential is associated with the targeted assignment of the executive staff.

## Keywords

Clinical Audit

Psychiatry

Quality Management

Quality Improvement

Patient Safety

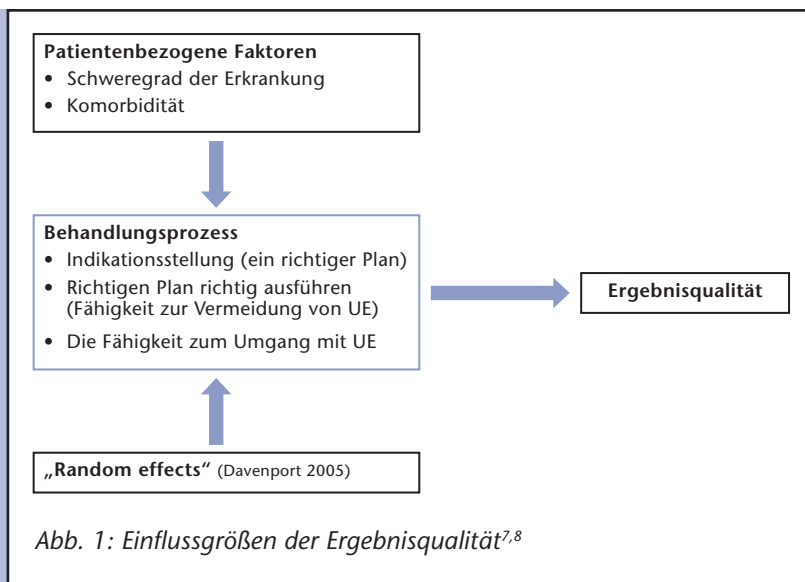


Abb. 1: Einflussgrößen der Ergebnisqualität<sup>7,8</sup>

lunungsprozesses. Das Erreichen einer bestmöglichen Ergebnisqualität geht einher mit der Fähigkeit der Organisation zur Prävention und Vermeidung von unerwünschten Ereignissen (Fehler, Patientenschäden etc.).

In der Psychiatrie können unerwünschte Ereignisse (UE) beispielsweise in Patientenübergriffen und freiheitsberaubenden Zwangsmaßnahmen gesehen werden. Zu deren Nutzung führen verschiedene Autoren wie GAEBEL et al. (2009)<sup>9</sup> oder STEINERT et al. (2009)<sup>10</sup> aus. In der Anwendung als Qualitätsindikatoren können sie innerhalb eines Qualitätsmanagementsystems die Leitungsaufgabe der Vorherbestimmbarkeit klinischer Prozesse sichern helfen.

Im Kontext des klinischen Managements ist der Abgleich zwischen eigenen Vorgaben, externen Anforderungen und gelebter Praxis erforderlich, um als Referenz für die Qualitätsentwicklung herangezogen werden zu können. Hierbei spielen Audits eine wesentliche Rolle, daher finden Sie in allen gängigen Qualitätsmanagementnormen und Anforderungskatalogen Berücksichtigung.

Die DIN EN ISO 19011:2002<sup>11</sup> definiert ein Audit folgendermaßen:

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

Folgt man der Logik der Norm, können somit alle definierten Qualitätsanforderungen auditiert werden. Dies bedeutet also für ein klinisches Auditverfahren, dass die qualitativen Anforderungen zu definieren und transparent darzulegen sind, anhand derer in den Versorgungsbereichen ein Konformitätsabgleich erfolgen kann.

## Systematik im etablierten CLINOTEL-Auditverfahren

Als Grundlage der Entwicklung muss zunächst das in den somatischen Fachdisziplinen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes bereits etablierte Auditverfahren beschrieben werden. Das Verfahren ist in einem Handbuch<sup>12</sup> festgeschrieben und richtet sich nach der international gültigen Auditnorm DIN EN ISO 19011:2002<sup>13</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 ist ein Dokument, das kontinuierlich aktualisiert wird und als transparentes Arbeitsmittel für Qualitätsaudits dient. Wesentliche Grundlage aller klinischen Audits sind aktuelle, gültige Empfehlungen und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sowie aktuelle, internationale Fachliteratur. Ergänzend beinhaltet der Katalog alle wesentlichen im deutschen Gesundheitswesen vertretenen Anforderungskataloge und Qualitätsregelwerke (DIN EN ISO 9001:2008; KTQ-Manual 2009; Joint Commission International 2008<sup>14</sup>) zur Begutachtung der Erfüllung der entsprechenden Anforderungen in den Mit-

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

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 („Random effects“) und der Versorgungsprozess an sich beschrieben. Durch das klinische Management direkt zu beeinflussen ist die Ebene des Behand-

gliedshäusern. 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
  - (...)
- 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
  - (...)
- Organisationseinheiten
  - Anästhesie
  - Aufwachraum
  - Intensivstation
  - Geburtshilfe
  - Neugeborenenstation
  - Notaufnahme
  - Operationsbereich
  - (...)
- Sicheres Transfusionswesen
- Klinische Patientenpfade
  - Akutes Koronarsyndrom (ACS)
  - Akuter Ischämischer Schlaganfall
  - Kolorektale Chirurgie
  - (...)

Es wurde das Ziel festgeschrieben, den Fachbereich Psychiatrie in diesen Katalog zu integrieren und als Arbeitsmittel den Auditoren und beteiligten Fachexperten zur Verfügung zu stellen.

## Methodik

Es wurde eine umfassende systematische Literaturrecherche durchgeführt. Berücksichtigt wurden internationale Leitlinien, die Cochrane Library, PSYNDEX, MEDLINE über PubMed, WISE und ZBMed/MedPilot.

Es wurden alle Abstracts gesichtet und die Inhalte auf ihren Nutzen für das Verfahren bewertet, anschließend erfolgte die inhaltliche Ausarbeitung aller einbezogenen Publikationen.

Über eine zweiphasige Validierung erfolgte die Überprüfung der entwickelten Inhalte und der Praktikabilität. Zur inhaltlichen Validierung der Auditinhalte erfolgte ein gemeinsamer Termin mit der Bereichsleitung Pflege und dem leitenden Oberarzt der psychiatrischen Fachabteilung eines Mitgliedshauses. Anschließend wurde über einen praktischen Verfahrenstest („Testaudit“) die Anwendbarkeit in der klinischen Praxis überprüft.

Nach der Freigabe des Verfahrens wurden 2 Audits durchgeführt. Das Auditverfahren selbst wurde über Telefoninterviews evaluiert und abschließend einer weiteren Analyse unterzogen.

## Extraktion allgemeiner Anforderungen und Erarbeitung einer Auditcheckliste

### Themenfeld 1: Allgemeine und übergeordnete Anforderungen

Zu Beginn der Verfahrensentwicklung wurden die allgemeinen Anforderungen an den Fachbereich erhoben. Chronologisch ist zunächst die bis heute gültige PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (PSYCH-PV, 1991)<sup>15</sup> zu erwähnen. Sie 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

Der fünf Jahre später vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte und erarbeitete LEITFADEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN DER PSYCHIATRIE (1996)<sup>16</sup> beabsichtigte die Entwicklung des Qualitätsmanagements in Psychiatrischen Kliniken durch Anregung der beteiligten Mitarbeiter sowie Krankenhausträger hinsichtlich ihrer Verantwortung 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:

#### Behandlungsziele

- Verminderung psychopathologischer Symptomatik
- Förderung von Verantwortungsfähigkeit, Krankheitsverständnis und Compliance
- Förderung der sozialen Integration

#### Vorrangige Absichten

- Schutz der Würde der Patientinnen und Patienten
- Nutzerzufriedenheit
- Schadensvermeidung, soziale Schutzfunktion, Datenschutz
- Rechtssicherheit
- Positive Wirkung nach außen

#### Mittel/Organisation

- Orientierung der Behandlung am Individuum
- Beziehungsorientierte Behandlung



## Anmerkungen

- <sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. [http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/-depression/-index\\_html](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/-depression/-index_html) 20.02.2011, 19:45 Uhr
- <sup>2</sup> Bormuth, M.: Psychiatrie als Kulturwissenschaft Überlegungen nach Max Weber. *Nervenarzt*. 2010. 81 (11). S. 1346-1353
- <sup>3</sup> (M.M.) [http://www.gesetze-im-internet.de/gk-vrefg\\_2000/BJNR262609999.html](http://www.gesetze-im-internet.de/gk-vrefg_2000/BJNR262609999.html) 08.02.2011, 22:00 Uhr
- <sup>4</sup> Ise, W.: DRGs nicht in der Psychiatrie anwendbar. *ku (Krankenhaus Umschau)*. 2001. 70(1). S. 57-58
- <sup>5</sup> Stranz, St.; Schanz, B.: DRGs sind grundsätzlich möglich. So könnte das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie aussehen. *ku (Krankenhaus Umschau)*. 2010. 79 (6). S. 17-21.
- <sup>6</sup> Woolf SH: Patient Safety Is Not Enough: Targeting Quality Improvements To Optimize the Health of the Population. *Ann Intern Med*. 2004. 140. S. 33-369
- <sup>7</sup> Entnommen aus: Becker A: Vorlesungsreihe Patientensicherheit, KathO NRW, Abt. Köln, 2010.
- <sup>8</sup> Davenport DL et al.: Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications. A Case Study Using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database. *Ann Surg*. 2005. 242 (2). S. 463-471
- <sup>9</sup> Gaebel F et al.: Routinedaten in der Psychiatrie. *Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung*; Steinkopff Verlag (ISBN: 978-3-7985-1874-2)
- <sup>10</sup> Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergreifen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik*. 2009. 14. S. 44-48.
- <sup>11</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.

- Transparenz der Behandlungs- und Pflegeplanung und -durchführung
- Mehrdimensionales Krankheitsverständnis
- Methodisch-wissenschaftliche Orientierung
- Integration der verschiedenen Therapieverfahren und -angebote/multiprofessionelle Behandlung
- Außenorientierung: Vernetzung psychosozialer und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen
- Nachrangigkeit stationärer Hilfen
- Angemessene Dokumentation
- Reflexion

### Optimale Nutzung der Ressourcen

- Wirtschaftlichkeit
- Erhaltung und Förderung der personellen Ressourcen
- Aufgabenorientierter Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Regelung der fachlichen Zuständigkeit
- Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln<sup>17</sup>

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)

Aktuell finden sich verschiedene allgemeine und spezifische Qualitätsmanagementmodelle und Anforderungskataloge, die sich ganz oder teilweise auf die Qualitätsanforderungen des Leitfadens beziehen. So hat beispielsweise der BUNDESVERBAND EVANGELISCHE BEHINDERTENHILFE e.V. 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>18</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 sogenannte „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. Das System ist für verschiedene Leistungserbringer anwendbar.

Hieraus ergaben sich für die Auditcheckliste u.a. folgende Kriterien:

### 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*)

<sup>12</sup>Hinweis: Das CLINOTEL-Audithandbuch in seiner derzeit gültigen Fassung liegt allen Mitgliedern des Verbundes vor.

<sup>13</sup>DIN EN ISO 9011:2002. In: Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.): DIN Taschenbuch 226 Qualitätsmanagement. QM-Systeme und -verfahren. 7. Auflage, Beuth Verlag, Berlin 2009.

<sup>14</sup>Joint Commission International: Accreditation Standards for Hospitals, Inc. Joint Commission Resources 2008 (ISBN 978-1-59940-141-6)

<sup>15</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>16</sup>Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

<sup>17</sup>In Anlehnung an: Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)

<sup>18</sup>Bundesverband evang. Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.); ProPsychiatrieQualität; Psychiatrie-Verlag GmbH 2009 (ISBN 978-3-88414-474-9)

<sup>19</sup><http://www.awmf.org/die-awmf.html>

<sup>20</sup><http://www.sign.ac.uk/>

<sup>21</sup>[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0051\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2011-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2011-08.pdf)

<sup>22</sup>S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. DGPPN 2006, Steinkopff-Verlag. ISBN 3-7985-1493-3.

<sup>23</sup>[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-0151\\_S2\\_Persoenlichkeitsstörung\\_2011-09\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-0151_S2_Persoenlichkeitsstörung_2011-09_01.pdf)

<sup>24</sup>[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022\\_S2\\_Therapeutische\\_Massnahmen\\_bei\\_aggressivem\\_Verhalten\\_in\\_der\\_Psychiatrie\\_und\\_Psychotherapie\\_lang\\_08-2009\\_08-2014.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf)

<sup>25</sup><http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>

<sup>26</sup><http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf>

<sup>27</sup>Mann K et al.: Standardisierte Verlaufsdokumentation als Grundlage zur Verbesserung der Prozessqualität der stationären psychiatrischen Behand-

- 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*)
- 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*)
- ...

## Evidenzbasierte Grundlagen

Für den klinischen Versorgungsprozess spielen evidenzbasierte Verfahrensstandards eine wichtige Rolle, daher wurde zur Erhebung evidenzbasierter Anforderungen des Fachbereichs eine Leitlinienrecherche durchgeführt, die sich insgesamt als ergiebig erwies. So wurden über die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften e.V. (AWMF)<sup>19</sup> 5 Publikationen ausfindig gemacht, die relevante Aussagen zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Versorgung ermöglichen. Über das Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)<sup>20</sup> konnten 2 weitere Leitlinien einbezogen werden.

### Einbezogene Leitlinien der AWMF

- S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (DGPPN): Gute Übersichtsarbeit zu einer der häufigsten Diagnosen im psychiatrischen Bereich. Umfangreiche Angaben (u.a. Flowcharts) zu Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität.<sup>21</sup>
- S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN): Behandlungsleitlinie für die Schizophrenie, klare Aussagen über den prozessualen Ablauf sowie Struktur und Prozesskriterien.<sup>22</sup>
- S2-Leitlinie Persönlichkeitsstörungen (DGPPN): Behandlungsleitlinie für Persönlichkeitsstörungen, klare Aussagen über den prozessualen Ablauf sowie Struktur und Prozesskriterien.<sup>23</sup>
- S2-Leitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN): Beschreibt relevante Kriterien der Prävention, Prädiktion und Therapie aggressiven Verhaltens im Fachbereich.<sup>24</sup>

### Einbezogene Leitlinien der SIGN

- Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline: Zeigt Struktur- und Prozessmerkmale auf, insbesondere für „weiche Interventionen“.<sup>25</sup>
- Bipolar affective disorder. A national clinical guideline: Zeigt Struktur- und Prozessmerkmale für die Versorgung eines häufigen Krankheitsbildes auf.<sup>26</sup>

Die aus den Leitlinien und weiterer Literatur extrahierten Inhalte finden sich in den folgenden Ausführungen themenbezogen in ihrer auditierbaren Form wieder.

## Themenfeld 2: Dokumentationsanforderungen

MANN et al. (2003)<sup>27</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.

lung. Nervenarzt. 2003. 74 (3). S. 235-244.

<sup>28</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>29</sup>Grann M et al.: Psychiatric Risk Assessment Methods. Are Violent Acts Predictable? A Systematic Review. SBU. 2005. 175. S. 3-13.

<sup>30</sup>Richter D, Needham I: Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht. Psychiatr Praxis. 2007. 34. S. 7-14.

<sup>31</sup>Rohde M: Gewaltprävention auf psychiatrischen Akutstationen als Aufgabe der Pflege. Psych Pflege Heute. 2008, 14. S. 147-152.

<sup>32</sup>Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergreifen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik. 2009. 14. S. 44-48.

<sup>33</sup>Davies SJC et al.: PRN prescribing in psychiatric inpatients – potential for pharmacokinetic drug interactions. J Psychopharmacology. 2007. 21 (2). S. 153-160.

<sup>34</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). S. 435-439.

<sup>35</sup>Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.

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

<sup>37</sup>(M.M.) <http://www.joint-commissioninternational.org/12.02.2011, 22:16 Uhr>

<sup>38</sup>Bundesverband evang. Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.); ProPsychiatrieQualität; Psychiatrie-Verlag GmbH 2009 (ISBN 978-3-88414-474-9)

<sup>39</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

Die ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR METHODIK UND DOKUMENTATION e.V. (AMDP, 2007)<sup>28</sup> hat ein umfangreiches Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde und einen Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes entwickelt.

Hieraus ergeben sich unter anderem folgende Anforderungen:

- Es werden standardisierte Assessmentinstrumente eingesetzt und vergleichbare Verlaufsdokumentationen angefertigt (Mann et al. 2003).
- Die Dokumentation von Anamnese und Befunden bedient sich der konsentierten Terminologie des AMDP-Dokumentationssystems (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie).
- ...

### Themenfeld 3: 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).
- ...

### Themenfeld 4: Aggression, Gewalt, Zwangsmaßnahmen

Neben den Leitlinien der DGPPN, hier insbesondere die Leitlinie zur Therapie bei aggressivem Verhalten äußern sich eine Vielzahl namhafter Autoren zur Anwendung, Qualitätssicherung und zum Monitoring von Zwangsmaßnahmen.

GRANN et al. (2005)<sup>29</sup> führen aus zur Vorhersage von Gewaltübergreifen und können gestützt über ihr Review eine Zuverlässigkeit von 70-75% über aktuelle Risk-Assessment-Methoden nachweisen. RICHTER & NEEDHAM (2006)<sup>30</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 einstellten. ROHDE (2008)<sup>31</sup> sieht in der Gewaltprävention auf Psychiatrischen Akutstationen eine wesentliche Aufgabe der Pflege, die sich in der Gestaltung eines gewaltarmen Milieus zeigen sollte. STEINERT et al. (2009)<sup>32</sup> berichten zur Häufigkeit von Patientenübergreifen und freiheitsberaubenden Zwangsmaßnahmen als wichtigen Qualitätsindikatoren bei stationären psychiatrischen Behandlungen. Durch Implementation einer Kriseninterventionsstation konnten für die Diagnosegruppe „Persönlichkeitsstörungen“ Zwangsmaßnahmen und Übergreifen 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.

#### Die Einrichtung

- 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) 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).
- 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,



<sup>40</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>41</sup>Becker A, Beck U: Personalausstattung und Ergebnisqualität. Die Schwester/Der Pfleger. 2010. 49 (1). S. 74-79.

<sup>42</sup>Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI, 04/2008, ISBN 978-3-86788-040-4, S. 17

<sup>43</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>44</sup>Power M: From Risk Society to Audit Society. Soziale Systeme 3, H.1, S. 3-21. Lucius&Lucius, 1997.

<sup>45</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>46</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>47</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>48</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.

<sup>49</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>50</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>51</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

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*).

- ...
- Es werden Zwangsmaßnahmen und Übergriffe von Patienten monitorisiert und vergleichend verwendet als Qualitätsindikator (*Steinert 2009*).
- Es finden zeitnahe Nachbesprechungen aller Gewaltvorfälle (aggressives Verhalten, Zwangsmaßnahmen) im multiprofessionellen Team statt (*LL Therapie bei aggressivem Verhalten*).

- ...

## Themenfeld 5: Psychopharmakotherapie

Die DGPPN stellt mit der Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie ein grundständiges Übersichtswerk zur Verfügung, gleichwohl finden sich in den diagnosebezogenen Leitlinien und weiteren wissenschaftlichen Publikationen viele verwertbare Qualitätsanforderungen. So beschreiben beispielsweise DAVIES et al. (2007)<sup>33</sup> ein erhöhtes Risiko von pharmakokinetischen Wechselwirkungen bei der Verordnung von Bedarfsmedikationen. Vor allem bei der Behandlung von Psychosen sowie in der Gerontopsychiatrie soll den nahezu unvorhersehbaren Plasmakonzentrationen mehr Beachtung geschenkt werden. PATON et al. (2008)<sup>34</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.

Für die Auditierung ergeben sich in diesem Feld u.a. folgende Aspekte:

### 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 wird eine Anamnese der bisherigen Arzneimitteltherapie erhoben (*LL Psychopharmakotherapie*).
- Es erfolgt die tägliche Dokumentation der Vergabe in der Patientenakte (*LL Psychopharmakotherapie*).
- Es wird (mindestens) wöchentlich der psychopathologische Befund erhoben und dokumentiert, ggf. die Medikation adaptiert (*LL Psychopharmakotherapie*).
- Es erfolgen regelmäßige Kontrollen der Plasmakonzentration um unerwünschten Wirkungen vorzubeugen (*Davies 2007*).
- Änderungen in der Medikation werden schriftlich angeordnet und begründet (*LL Psychopharmakotherapie*).
- Es werden regelmäßige Überprüfungen der Anwendung der eigenen Vorgaben durchgeführt (*Paton 2008*).
- ...

## Ergebnisse der klinischen Audits

Nach Durchführung der beiden Audits erfolgte die kritische Reflexion des Verfahrens mit den Ansprechpartnern der auditierten Organisationen und den beteiligten Fachexperten. Die Erhebungen erfolgten über protokollierte Telefongespräche. Die Gesprächspartner wurden darum gebeten, ein persönliches Fazit zu ziehen. Abschließend wurde das Verfahren vom Auditleiter unter Einbezug aller Rückmeldungen bewertet.



## Rückmeldungen der beteiligten Akteure

Der Chefarzt des ersten auditierten Hauses würde „das Verfahren auch anderen Chefarzten des Verbundes zur Nutzung empfehlen“. Der Chefarzt des zweiten Hauses sieht in der Methode eine willkommene Maßnahme, „nicht nur im eigenen Saft zu schmoren“. Die Pflegedienstleitungen der beiden Häuser bewerten die Maßnahme als „wichtiges und effektives Instrument zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung“ und als ein „hilfreiches Verfahren zum berufsgruppenübergreifenden Austausch bei der Gestaltung der klinischen Prozesse“. Diese Einschätzung teilt der Qualitätsmanagementbeauftragte des zweiten Hauses, er sieht in der „Auditierung der klinischen Prozesse eine ideale Ergänzung zu den gängigen Zertifizierungsverfahren“.

Der beteiligte pflegerische und die ärztlichen Fachexperten sehen ein „gutes und praktikables Verfahren mit hohem Nutzwert aus klinischer Leitungsperspektive“ sowie ein „professionelles, gut strukturiertes Verfahren“ und eine „gelungene, gut auditierbare Ausarbeitung relevanter Prozesse“.

In der Zusammenschau bewertet der Auditleiter das Verfahren als theoretisch gut entwickelt und gut in der klinischen Praxis durchführbar. Insbesondere der multiprofessionelle Ansatz kann als zielführend beschrieben werden.

Rückmeldung	Fachexperte 1 (CA)	Fachexperte 2 (CA)	Fachexperte 3 (PDL)	Auditleiter
Praktikabilität	X	X	X	X
Angemessenheit	X	X	X	X
Orientierung am Kernprozess positiv		X	X	X
Abgrenzung zu Zertifizierungsaudits			X	X
Spezifische Risiken abgebildet	X			
Wesentliche Themen abgebildet		X	X	
Kollegialer Austausch	X	X		X
Diskussionsmöglichkeit kontroverser Themen	X	X		X
Interdisziplinarität unabdingbar	X		X	X
Interdisziplinarität Auditteam positiv		X	X	X
Einbindung weiterer Therapeuten (Auditteam)	X		X	evtl.
Hoher Nutzen aus Leitungsperspektive	X	X	X	
Geplantes Audit im eigenen Haus	X	X	X	
Individuelle Anforderungen integrierbar				X
Auditzeitplanung ausreichend				X
Theorie-Praxis-Abgleich erfolgreich				X

Abb. 2: Rückmeldungen der Auditoren

## Diskussion

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

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, insbesondere die Kernprozesse, aber auch die 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>35</sup> eine wichtige Rolle, da sie wesentliche Elemente der Führung in einem kompakten, aber abstrakten Leitfadens zusammenführt. Die durchgeführten klinischen Audits helfen, den datenbasierten Manage-

Rückmeldung	CA Haus 1	PDL Haus 1	CA Haus 2	PDL Haus 2	QMB Haus 2
Sinnhaftigkeit	X	X	X	X	X
Konstruktives Vorgehen	X				X
Kollegialität	X		X	X	
Inhaltliche Relevanz	X	X	X		
Externes Audit als "Neutrale Instanz"		X			X
"Zwang" zur Qualitätsverbesserung		X			
Austausch zu kontroversen Themen			X		
Anstoß zur Qualitätsentwicklung		X	X		
Entwicklung interdisziplinärer Prozesse				X	X
Ergänzung zu internen Audits					X
Entwicklung des Qualitätsverständnisses					X

Abb. 3: Rückmeldungen der auditierten Organisationen

<sup>52</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>53</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, S. 77-88

## Literatur

- 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)
- Augurzyk B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit, RWI, 04/2008, ISBN 978-3-86788-040-4, S. 17
- Augurzyk 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.
- Becker A, Beck U: Personalausstattung und Ergebnisqualität. Die Schwester/Der Pfleger. 2010. 49 (1). 74-79.
- Becker A: Vorlesungsreihe Patientensicherheit, KathO NRW, Abt. Köln, 2010.
- Bormuth M.: Psychiatrie als Kulturwissenschaft Überlegungen nach Max Weber. Nervenarzt. 2010. 81 (11). 1346-1353
- Bundesministerium für Gesundheit: Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlag 1996 (ISBN 978-3789044120)
- Bundesverband evang. Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.); ProPsychiatrieQualität; Psychiatrie-Verlag GmbH 2009 (ISBN 978-3-88414-474-9)
- Davenport DL et al.: Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications. A Case Study Using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database. Ann Surg. 2005. 242 (2). 463-471
- Davies SJC et al.: PRN prescribing in psychiatric inpatients – potential for pharmacokinetic drug interactions. J Psychopharmacology. 2007. 21 (2). 153-160.
- DGPPN: S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopf-Verlag, 2006. ISBN 3-7985-1493-3.
- Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2008); Dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2008. Beuth Verlag, Berlin 2008.
- 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.
- mentansatz 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 Management Review.
- 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>36</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 auch für die nach KTQ zertifizierten Mitgliedshäuser ein wichtiger zusätzlicher Nutzen für die geforderte Selbstbewertung.
- Die Zertifizierungen nach JOINT COMMISSION INTERNATIONAL<sup>37</sup> und PPQ – PRO PSYCHIATRIE QUALITÄT<sup>38</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 psychiatrischen 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>39</sup>, in beiden Audits wurden entsprechende Überprüfungen vorgenommen, die eine Aussage zur Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems ermöglichen. Zum anderen wurden die Anforderungen der PSYCH-PV<sup>40</sup> (1991) stichprobenartig überprüft, deren Notwendigkeit zur Überprüfung sich insbesondere auch mit den Erkenntnissen der Publikation von BECKER & BECK (2010)<sup>41</sup> begründen lassen, in denen sich erneut 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 RWI (2008)<sup>42</sup> bietet diese Vorgehensweise dauerhaft auch ökonomische Vorteile. Auch nach den Ausführungen der aktuell erschienenen Publikation des KRANKENHAUS RATING REPORT 2011<sup>43</sup> ist die wirtschaftliche Situation von Häusern mit guter Qualitätslage und hoher Patientenzufriedenheit ungebrochen signifikant besser.
- POWER (1997)<sup>44</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. Externe Audits können durch die klinische Leitung als relevantes Medium einer strukturierten Fremdbeobachtung eingesetzt werden und ermöglichen die Glättung eigener blinder Flecke.

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

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

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

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

Joint Commission International: Accreditation Standards for Hospitals, Inc. Joint Commission Resources 2008 (ISBN 978-1-59940-141-6)

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

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

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.

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

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

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

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.

Steinert T et al.: Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergreifen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstö-

MOLDASCHL (2005) führt zur Institutionalisierung organisationaler Reflexivität folgende Grundsätze an:

- Institutionalisierung von Selbstbeobachtung und Selbstkritik
- Systematischer Rückgriff auf Fremdbeobachtung (Umweltoffenheit)
- Kommunikativer Bezug auf Fremdreferenz
- Offene Evaluierung von Handlungsfolgen (Sensitivität)
- Entwurf alternativer Gegenwarten und Zukünfte (strategische Optionalisierung)

Der Autor bezeichnet „externe Irritationen“ als effektivste 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>47</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.

Diesen Aspekt stellen beispielsweise auch SCHWEITZER et al. (2005)<sup>48</sup> heraus. Zur Fragestellung einer gelingenden Organisationsentwicklung sollten Ihrer Meinung nach neben der Vermittlung von Sicherheit und Anerkennung bei allen Entwicklungsmaßnahmen „die fachlich-inhaltlichen Aspekte (...) im Vordergrund stehen“.<sup>49</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>50</sup>

Somit lässt sich auch hierin eine Bestätigung der in der Entwicklung des Auditverfahrens praktizierten Vorgehensweise sehen. 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>51</sup> Um Veränderungen gezielt zu gestalten, sollte gezieltes Feedback von außen durch Patienten, Angehörige und Einweiser genutzt werden. Dies kann in sehr formalisierten oder auch offeneren Formen erfolgen.<sup>52</sup>

Fremdreferenzen können im Rahmen einer strategischen Unternehmensausrichtung auch durch externe klinische Audits erhoben werden.

Nach GÄRTNER (2008)<sup>53</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.

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.

## 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 werden konnte. 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 Qualitäts-



rungen durch Implementation einer Kriseninterventionsstation. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement: Klinik und Praxis Wirtschaft und Politik. 2009. 14. 44-48.

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.

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>

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

## Internet

<http://www.ktq.de/Das-KTQ-Verfahren.9.0.html>

<http://www.jointcommissioninternational.org/>

[http://www.bundesrecht.juris.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](http://www.bundesrecht.juris.de/sgb_5/BJNR024820988.html)

<http://www.awmf.org/die-awmf.html>

<http://www.sign.ac.uk/>

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2011-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2011-08.pdf)

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-015l\\_S2\\_Persoenlichkeitsstörung\\_2011-09\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-015l_S2_Persoenlichkeitsstörung_2011-09_01.pdf)

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022\\_S2\\_Therapeutische\\_Massnahmen\\_bei\\_aggressivem\\_Verhalten\\_in\\_der\\_Psychiatrie\\_und\\_Psychotherapie\\_lang\\_08-2009\\_08-2014.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf)

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf>

[http://www.gesetze-im-internet.de/gkvrefg\\_2000/BJNR262609999.html](http://www.gesetze-im-internet.de/gkvrefg_2000/BJNR262609999.html)

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psych-pv/gesamt.pdf>

managementmodelle können auch Systemanforderungen hinterfragt und ggf. angepasst werden. Für Maßnahmen der Qualitätsentwicklung stehen die Anschlussfähigkeit in der Organisation im Vordergrund und damit die Frage, inwieweit eine durch das Auditverfahren gesetzte Fremdreferenz systeminterne Beachtung findet.

Über die Fokussierung auf fachlich-inhaltliche Anforderungen lassen sich angemessene Legitimationszusammenhänge für potentielle Folgeentscheidungen schaffen. Voraussetzung für eine sinnvolle Nutzung ist der zielgerichtete Einsatz durch die jeweiligen Führungspersonen.

## 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.

## Pflegewissenschaft Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

[www.pflege-wissenschaft.info/artikel/1066](http://www.pflege-wissenschaft.info/artikel/1066)

## Kurzbiografie

**Severin Federhen** (Jahrgang 1977) ist seit 2008 in der Geschäftsstelle des CLINOTEL-Krankenhausverbundes, der aktuell 30 Mitgliedshäuser umfasst, tätig. Zu den Hauptaufgaben des Diplom-Pflegewirtes und Master of Arts (Nursing Care Management) gehören die Entwicklung, Projektierung und Durchführung von Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung in den Mitgliedshäusern. Hierunter fallen u.a. klinische Audits, Peer Review Verfahren, Systemische Fallanalysen, Fachgruppenleitung, Referenten-, Moderatoren- und Beratertätigkeiten.

Herr Federhen ist staatlich examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, zertifizierter Qualitätsmanager (DGQ/EOQ) und akkreditierter Zertifizierungsauditor für Qualitätsmanagementsysteme (DGQ/EOQ, EA-Scopes 38 & 39).

Er verfügt über langjährige Berufserfahrung als Krankenpfleger in der Intensivpflege und als Qualitätsmanager. Von 2006 bis 2008 leitete er ein Unternehmen des ambulanten betreuten Wohnens für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten.