Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenbehandlung

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **DrogenMagazin : Zeitschrift für Suchtfragen**

Band (Jahr): **22 (1996)**

Heft 4

PDF erstellt am: **04.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-801134

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenbehandlung

Qualitätssicherung ist in den deutschen Institutionen der stationären Suchtkrankenhilfe schon lange ein Thema. Die Fachverbände haben dazu ein Positionspapier erarbeitet.

BUNDESVERBAND FÜR STATIONÄRE SUCHTKRANKENHILFE*

Das Bemühen um eine ständige Verbesserung der Therapie, die Diskussion von Therapieverfahren und Standards hat in der Suchtkrankenhilfe ein lange Tradition. In vielfältigen Bemühungen einzelner Kliniken und in der Zusammenarbeit im Rahmen der Fachverbände entstand ein umfangreiches Instrumentarium zur Qualitätssicherung.

Viele Massnahmen, die in anderen Bereichen heute in der Diskussion um Qualitätssicherung (QS) entwickelt werden, sind im Bereich der Suchtkrankenhilfe längst selbstversändlich. Differenzierte Therapiekonzepte, die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Kliniken, die Arbeit in Teams, Basisdokumentation, und systematische katamnestische Studien, die Vernetzung ambulante – stationäre Massnahmen und viele andere qualitätssichernde Instrumente sind längst vorhanden.

Qualitätssicherung bleibt auch weiterhin ein dringliches Anliegen der Rentenversicherungsträger wie der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe selbst. Auf der Basis bestehender Instrumente, Methoden und Strukturen sollen Wege zum Erhalt beziehungsweise zur Förderung des bereits bestehenden Qualitätsniveaus aufgezeigt werden. Dabei können – neben den in der Suchtkrankenhilfe vorhandenen umfangreichen eigenen Erfahrungen – auch Erkenntnisse, die in der Industrie und im Dienstleistungsbereich in Deutschland sowie im Krankenhausbereich in den USA und anderen Ländern gewonnen wurden, einbezogen werden.

Bevor über die Einführung weiterer Instrumente zur Qualitätssicherung nachgedacht wird, sollten zunächst die bewährten und vorhandenen Ansätze und Verfahren Berücksichtigung finden. Qualitätssicherungsmassnahmen müssen darüber hinaus in die vorhandene Klinikstruktur und deren Organisations- und Arbeitsabläufe integriebar sein. Hierbei gilt es, sinnvolle Arbeits- und Managmentstrukturen zu erhalten und für die Weiterentwicklung zu nutzen. Die Einführung eines QS-Programmes erfordert von daher viel Fingerspitzengefühl und kann nur in einer partnerschaftlichen Kooperation aller Beteiligten verwirklicht werden. Die gemeinsame Zielsetzung ist, das vorhandene hohe Leistungsniveau auch weiterhin zu sichern und zu verbessern. Auf einer solchen Basis kann die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker gefördert und können Brüche vermieden werden. Ebenso müssen Qualitätssicherungsprogramme unter Kosten – Nutzen – Aspekten diskutiert werden. Zusätzliche Massnahmen zur Qualitätssicherung verursachen stets auch zusätzliche Kosten. Hierbei ist auf ein angemessenes Verhältnis von Aufwand und möglicher Wirkung zu achten.

QS ist eine genuine Aufgabe der Fachkliniken selbst. Dabei werden sie von ihren Fachverbänden unterstützt. Entscheidend für das Gelingen der Umsetzung des QS-Programmes ist es, dass von allen Beteiligten eine gemeinsame und abgestimmte «Philosophie» zugrundegelegt wird. Denn diese hat massgeblichen Einfluss auf die weitere Entwicklung, die Umsetzung und deren Ergebnisse. Hierbei lassen sich idealtypisch zwei unterschiedliche Organisationsschemata unterscheiden: Das Überwachungsmodell und das Lernmodell. Beide Modelle sollen zur Verdeutlichung kurz skizziert werden.

Qualitätssicherung als Lernmodell

Zentrales Anliegen der Qualitätssicherung ist es, die Qualität zu fördern. Damit Qualitätssicherung funktioniert, muss sie «Unternehmensziel» werden. Das heisst, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschliesslich der Leitung müssen eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung als Ziel ihres Handelns erkennen. Dies geht nur durch Einsicht und Überzeugung, nicht durch Verordnung. Das Lernmodell verbindet die interne Qualitätssicherung mit einer externen Abstimmung, das heisst mit den an der Versorgung beteiligten Institutionen, erfahrenen Instituten, Fachgesellschaften und Kommissionen. Die Auswahl der relevanten Qualitätsindikatoren erfolgt in einer gemeinsamen Abstimmung. Die Qualitätssicherungsschritte sind einrichtungs- und abteilungsspezifisch, die qualitätsverbessernden Massnahmen werden als interner Prozess angesehen. Die Verantwortung dafür liegt bei den Einrichtungen, bzw. Abteilungen. Aus den unterschiedlichen Erfahrungen und Informationen können in einem Komprimierungsprozess Qualitätsstandards abgeleitet werden.

Qualitätssicherung als Unternehmensziel führt in den Einrichtungen zum Total Quality Management. Total Qua-

* Das Positionspapier des Bundesverbandes wurde durch Kathrin Jost stark gekürzt. Das vollständige Papier kann gegen Entschädigung beim DrogenMagazin bezogen werden.

lity Management umfasst alle Arbeitsbereiche einer Klinik. Dies setzt auf allen Ebenen der Hierarchie eine grosse Lernbereitschaft und Offenheit voraus, sowie die Bereitschaft, Schwachstellen und Fehler offenzulegen und an deren Veränderung zu arbeiten. Total Quality Management geht damit über die Schaffung einzelner Instrumente zur Qualitätssicherung weit hinaus.

Qualitätskontrolle auf der Basis eines Überwachungsmodells

Beim Überwachungsmodell steht die Kontrolle deutlich im Vordergrund. Der Einfluss der Einrichtungen auf die Entwicklung und Umsetzungsschritte der QS – Massnahmen ist daher gering. Die Auswahl der Qualitätsindikatoren, die Festlegung von Qualitätsstandards, die Erhebungsrichtlinien, die Datenanforderung etc. wird den Einrichtungen vorgegeben. Aus diesem Vorgehen ergeben sich unterschiedliche Schwierigkeiten. Problematisch sind z.B. die Relevanz der zu bearbeitenden Qualitätsindikatoren, die Validität der Daten für einen bestimmten Indikationsbereich, die Ökonomie des Verfahrens und die Akzeptanz bei allen Beteiligten.
Bei dieser Betrachtung geht es nicht darum, die Sicherstellung und Überprüfung von Minimalstandards zu hinterfragen. Diese sollen von den Leistungserbringenden gewährleistet und eingehalten werden. Kontrollen sind in diesem Zusammenhang sicherlich sinnvoll. Derartige Minimalstandards mussen konkretisiert und fortgeschrieben werden. Dies sollten Leistungsträger und Leistungsanbietende gemeinsam tun.

Was ist Qualität?

Um Qualität sichern zu können, muss zunächst festgelegt werden, was Qualität ist. Das ist bei industriellen Produkten einfacher zu definieren als bei Dienstleistungen. Qualität in der Krankenversorgung wird niemals abschliessend festzuschreiben sein. Sie ist stets nur in Teilbereichen beschrieben und muss kontinuierlich weiterentwickelt werden. Es ist heute allgemein üblich, Qualität in drei Teilbereiche zu untergliedern. Inhaltlich werden die drei Begriffe «Strukturqualität», «Prozessqualität», und «Ergebnisqualität» noch sehr unterschiedlich gebraucht. Deshalb soll hier die Bedeutung dieser Begriffe aus unserer Sicht kurz dargestellt werden.

Strukturqualität

Hier werden die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung beschrieben. Personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Klinik, Weiterbildung, Supervision, Therapieangebote für spezielle Indikationen usw.
Darüber hinaus spielen die Strukturen, in die die einzelne Klinik eingebettet ist, eine wichtige Rolle. Vernetzung, Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (psychosoziale Beratung, Nachsorge usw.). Für den Behandlungserfolg ist die Indikationsstellung ganz wichtig: Erfolgt die Zuweisung fachgerecht, d.h. kommen die Patienten in die für sie richtige Klinik?
Im Bereich der strukturellen Voraussetzungen müssen Mindestnormen vereinbart werden, die erfüllt sein müssen. Diese Normen müssen die Umgebungsbedingungen mit berücksichtigen. Sie müssen ausserdem die vorhandenen Qualitätssicherungsverfahren mit einbeziehen. Sie dürfen nicht zu einer bürokratischen Vereinheitlichung des Leistungsangebots führen, weil sonst die Differenzierung des Behandlungsangebotes entfällt und Innovation unmöglich gemacht wird.

Prozessqualität

Alle diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen, Verwaltungs- und Beherbergungsmassnahmen sind auf ihre Qualität, d.h. Patientengemässheit, Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit zu untersuchen. Apparative Leistungen, wie etwa Röntgen, Labor, usw. lassen sich wesentlich leichter überprüfen als etwa der Kernbereich der Suchtkrankenbehandlung, die Psychotherapie. Im Bereich der Psychotherapie gibt es bisher keine einheitlichen wissenschaftlich anerkannten Qualitätskriterien für den therapeutischen Prozess. Die Bemühungen, den Therapieprozess durch eine vollständige Erhebung von Einzelleistungen abzubilden, sind in dieser Form kaum realisierbar. Die Quantifizierung von Einzelleistungen im Bereich stationärer Abhängigkeitsbehandlung darf nicht zu einer Vereinheitlichung des Leistungsangebotes führen. Die in den letzten Jahren erreichte Individualisierung der Behandlung Abhängigkeitskranker muss erhalten und weitergeführt werden.

Ergebnisqualität

Ganz entscheidend für die Qualität der Behandlung ist das Ergebnis. Von aussen betrachtet wird dieses Ergebnis einer Verbesserung des zur Behandlung führenden Symptoms bestehen (z.B. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, berufliche Integration, Abstinenz). Aus der Sicht des Patienten/der Patientin entscheidend ist jedoch die subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität, die durch die Behandlung erreicht wurde.
Bei der Erhebung der Ergebnisqualität sind natürlich ebenfalls die Rahmenbedingungen zu beachten: Nach der Behandlung gibt es noch andere Faktoren, die das weitere Leben der PatientInnen beeinflussen. ■