

Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie –

Merkmalkatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation
für Klinik und Praxis

E. Englert, J. Jungmann, L. Lam, F. Wienand & F. Poustka

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.
Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V.

Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 27: 129-146, 1998

Zusammenfassung

Eine adäquate Basisdokumentation ist als Grundlage für die vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen zur Qualitätssicherung unverzichtbar. Nachdem die DGPN bereits einen „Minimalkatalog“ zur Basisdokumentation als Empfehlung für die Erwachsenenpsychiatrie herausgegeben hatte, wurde durch eine Kommission aus Mitgliedern der kinder- und jugendpsychiatrischen Fach- und Berufsverbände ein Entwurf für einen Merkmalkatalog Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt und in einer bundesweiten Pilotstudie auf seine Anwendbarkeit überprüft. An dieser Pilotstudie waren acht Kliniken aus fünf Bundesländern sowie acht niedergelassene Kollegen beteiligt, die diesen Dokumentationsbogen über sechs Monate in der Alltagsroutine anwendeten. Die Ergebnisse aus dem Gesamtdatensatz (N = 2.606) sprechen für eine gute Anwendbarkeit der Basisdokumentation sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, für eine zuverlässige Erfassung soziodemographischer Merkmale und eine plausible Erfassung der Psychopathologie. Bei der Leistungsdokumentation jedoch zeigten sich noch erhebliche Schwächen, die eine Neukonstruktion dieses Teils erforderlich machten. Die Endfassung der Basisdokumentation als gemeinsame Empfehlung der Fach- und Berufsverbände wird hier vorgestellt.

1. Einleitung – Qualitätssicherung und Dokumentation

Der Begriff „Qualitätssicherung“ hat nicht nur in den Bereich der Medizin sondern auch in viele andere Gebiete sozialer und psychosozialer Dienstleistungen Eingang gefunden. Gleichzeitig wächst die Gefahr, daß er zu einem Modebegriff verkommt, noch bevor sein Anliegen für diejenigen Nutzen abgeworfen hat, für die er geschaffen worden ist. Das übergeordnete Anliegen aller Maßnahmen des Qualitätsmanagements in der Medizin ist es, einen möglichst hohen Grad der Zielerreichung des Auftrages zu erreichen, der darin besteht, die Gesundheit eines Menschen soweit wie möglich wiederherzustellen. Für die Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie heißt das, seelische Beeinträchtigung zu reduzieren oder zu heilen, die den

Betroffenen meist im Kontext seines gesamten Lebensumfeldes belastet.

Die Aufgabe der Qualitätssteuerung in der Medizin ist nur zum Teil freiwillige Leistung. Seit dem 01.01.1989 sind durch das Gesundheitsreformgesetz beispielsweise Krankenhäuser nach § 137 SGB V dazu verpflichtet, *„sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112... geregelt“*. Der § 112 besagt unter der Überschrift *„zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung“* u. a. folgendes:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuches entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere ... 3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.“

Einzelfallbezogene Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) *„... zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung“* sind nach § 275 SGB V ebenso vorgeschrieben (Wölk, 1994), wie stichprobenartige Leistungsüberprüfungen im Rahmen der Psychiatrie-Personalverordnung bezüglich des Leistungsspektrums der Klinikabteilungen und der Einstufungen in die verschiedenen Behandlungsbereiche (Rotthaus, 1993).

Im übrigen haben die Länder der europäischen Region der WHO bereits 1985 ein gesundheitspolitisches Konzept für Europa mit dem Titel *„Gesundheit 2000“* verabschiedet, in welchem es heißt: *„Bis zum Jahr 1990 sollte es im Gesundheitsversorgungssystem jedes Mitgliedstaates effektive Verfahren zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung geben“* (Bericht über die Fachdiskussion im Rahmen der 28. Tagung des Regionalkomitees für Europa, Kopenhagen 1989).

Ein Interesse an der Festlegung von Gütekriterien zur Beurteilung und Bewertung von Behandlungsleistungen, Anforderungen und Bedingungen, unter denen sie erfolgen, haben zu allererst diejenigen, für die die Behandlung erbracht werden soll, die Patientinnen und Patienten. Beurteilbare Qualitätsstandards bilden eine Orientierungsgrundlage dafür, daß ein Patient und seine Angehörigen, daß Familien mit ihren Söhnen und Töchtern, die von seelischer Krankheit bedroht sind, sich in ihrer Sorge ernst genommen und unterstützt fühlen, das jeweils mögliche optimale Ergebnis einer Behandlungsintervention erkennen und anstreben zu können.

Zum anderen sind die ökonomischen Leistungsträger, aber auch Planungsverantwortliche in Politik und Verwaltung an der möglichst verbindlichen Definition von Qualitätsstandards interessiert, um im Namen der Versichertengemeinschaft ihrem Auftrag nach Sicherstellung von optimalen Behandlungsergebnissen unter Beachtung einer wirtschaftlich vertretbaren Nutzen-Kosten-Relation nachkommen zu können.

Da also Maßnahmen der Qualitätssicherung in Abhängigkeit vom jeweiligen Blickwinkel unterschiedliche Schwerpunkte setzen müssen, sind Verständigungs- und Abstimmungsprozesse notwendig, die wechselseitig sowohl in der internen Selbstbewertung als auch in der Außenbetrachtung eines Krankenhauses oder eines niedergelassen tätigen Arztes verständlich und nachvollziehbar sind.

Definierte Qualitätsstandards des Behandlungsverlaufes stellen ein wichtiges internes Steuerungselement eines Dienstleistungsunternehmens dar. Die beständige Orientierung des Handelns in Diagnostik und Therapie an medizinisch und wirtschaftlich anerkannten Qualitätsanforderungen ist Basis der sogenannten internen Qualitätssicherung einer Dienstleistungseinrichtung. Darüber hinaus verfolgt die Qualitätssteuerung auch das Anliegen, die Voraussetzung zur externen Prüfung und Sicherung von Qualität erbrachter Dienstleistungen zu schaffen.

Die Berücksichtigung der komplexen Anforderungen an den Behandlungsprozeß stellt das Grundanliegen des inzwischen vorgelegten Leitfadens zur Qualitätsbeurteilung dar, der im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von einer Projektgruppe unter Federführung der Aktion Psychisch Kranke entwickelt wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 1996); als eines der wichtigen Qualitätsziele wurde darin die Sicherstellung einer qualifizierten Dokumentation festgeschrieben. Eine für alle am Behandlungsprozeß Beteiligten verständliche Dokumentation dient nicht nur als Grundlage der Therapie- und Verlaufsplanung durch fallbezogene Erfassung diagnostischer und therapeutischer Beurteilungsergebnisse, sondern sie leistet auch einen Beitrag zur qualifizierten Bewertung des Behandlungsergebnisses; sie ist die Grundlage für systematische Qualitätsanalysen im ambulanten wie stationären Bereich (Gaebel & Wolpert, 1994; Cording, 1995). Ihre Nutzung für die Qualitätssicherung unterteilten Cording und Mitarbeiter (1995) in (1) Routine-Monitoring wichtiger Indikatoren der Prozeß- und Ergebnisqualität sowie der Patientenstruktur, (2) Identifikation definierter Gruppen von „Problempatienten“, (3) gezielte Stichprobenziehung zur Analyse ausgewählter Qualitätsaspekte, (4) bevölkerungsbezogene Auswertungen und (5) personenbezogene Auswertungen über mehrere Aufenthalte hinweg. Außerdem leistet eine systematische Basisdokumentation durch die Vorgaben in der Erhebung soziodemographischer und anamnestischer Daten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Prozeßqualität (Englert & Poustka, 1995). Einen weiteren Beitrag zur Prozeßqualität stellt die

Verwendung eines standardisierten diagnostischen Instrumentariums, wie z. B. eines standardisierten psychopathologischen Befundes und eines multiaxialen Klassifikationssystems dar (Stieglitz, 1994).

2. Anforderungen an eine kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation

Um das Ziel von Sicherstellung und Weiterentwicklung effektiver Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreichen zu können, ist es notwendig, daß in eine Basisdokumentation alle notwendigen Informationen Eingang finden, die für die multidimensionale Diagnostik, Behandlung und soziotherapeutische Führung eines psychisch erkrankten jungen Menschen erforderlich sind. Neben der Erhebung soziodemographischer und anamnestischer Daten müssen Problem- und Symptombeschreibungen sowie eine ergänzende Befunddokumentation in behandlungsrelevanter Weise und unter Beachtung praktischer und ökonomischer Umsetzbarkeit vorgenommen werden können. Die Dokumentation soll nach den Arbeitskonzeptionen der verschiedenen Professionen erfolgen, wie sie in der Psychiatrie-Personalverordnung grundgelegt sind. Die Basisdokumentation muß über die Kodierung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen hinaus auch eine Ergebniseinschätzung enthalten. Eine Behandlungsdokumentation sollte dazu geeignet sein, den Behandlungsprozeß quantitativ und qualitativ abzubilden. Geht man davon aus, daß es wesentliches Ziel einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist, die Fähigkeiten des jungen Menschen wiederherzustellen oder zu verbessern, ein sozial integriertes Leben führen zu können, sollte die Dokumentation für die Beurteilung des Grades der erreichten bzw. wiedererreichten psychosozialen Integration herangezogen werden können.

Unter Beachtung der Tatsache, daß psychische Krankheiten oftmals eine längere Behandlung benötigen oder auch in psychische Behinderung übergehen können und deshalb die unter Umständen schon frühe parallele Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen erforderlich machen, hat auch die Dokumentation dieser Kooperation zu erfolgen.

3. Entwicklung des Merkmalkatalogs für eine gemeinsame Basisdokumentation

Bereits 1982 hatte die DGPN in Verbindung mit der BAG eine Empfehlung für einen Merkmalkatalog („Minimalkatalog“) zur Basisdokumentation für die Erwachsenenpsychiatrie herausgegeben (Dilling et al., 1982), der zwischenzeitlich überarbeitet, um verschiedene für Zwecke der Qualitätssicherung erforderliche Items erweitert und mit einem Kurzglossar versehen

wurde (Cording et al., 1995).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte sich als erstes kliniksübergreifendes standardisiertes Dokumentationsschema das Frankfurter Dokumentationssystem (Englert & Poustka, 1993; 1995) etabliert, das derzeit an mehreren Universitätskliniken und drei Landeskliniken in Gebrauch ist. Diese Dokumentation erschien allerdings für die niedergelassenen Kollegen und manche Kliniker zu umfangreich; außerdem wurde es erforderlich, die bestehenden Dokumentationssysteme an die Belange der Qualitätssicherung anzupassen (siehe auch die Diskussion bei Remschmidt et al., 1994; Mattejat & Remschmidt, 1995; Englert & Poustka, 1995). Im Jahre 1993 wurde durch den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJPP) eine Kommission gebildet, die sich aus Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (BAG) und des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammensetzte, um Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu etablieren. Erste Treffen mit dem Ziel einen Merkmalskatalog für eine bundeseinheitliche Basisdokumentation zu erstellen, fanden ab 1994 in Frankfurt a. M. statt; dieser Merkmalskatalog sollte sowohl für die niedergelassenen Kollegen als auch für Kliniken als Mindestanforderung kompatibel sein. Mit der Schaffung einer einheitlichen Erfassungsgrundlage der wichtigsten Eckdaten aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sollte der Forderung des §137 SGB V nach einer Ermöglichung „vergleichender Prüfungen“ nachgekommen werden.

Diese gemeinsame Arbeitsgruppe hat nun auf der Grundlage des Frankfurter Dokumentationssystems sowie eines Entwurfs einer entsprechenden Arbeitsgruppe des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Wienand & Lam, 1994) und zahlreicher früherer Vorerfahrungen der Arbeitsgruppe (z. B. Katschnig & Poustka, 1976; Jungmann et al., 1978) eine Basisdokumentation entwickelt, deren Kern die neue Fassung des Multiaxialen Klassifikationsschemas (Remschmidt & Schmidt, 1994), eine Kurzversion des Psychopathologischen Befundsystems für Kinder und Jugendliche („PSYBES“, Döpfner et al., 1991, 1993, 1994) und eine neu entwickelte Leistungsdokumentation bildet. Diese Basisdokumentation, die in dieser Form sowohl für den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater als auch für Klinikambulanzen und -stationen praktikabel sein soll, wurde auf der XXIV. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1995 in Würzburg erstmals vorgestellt (Englert et al., 1995, Poustka et al., 1995). Sie wird ergänzt durch ein ausführliches Glossar (Englert et al., 1996), das Anweisungen zum Gebrauch der Dokumentation sowie Erläuterungen zu den einzelnen Items enthält.

4. Die Pilotstudie mit Auflage 2 der Basisdokumentation

Nach einigen Modifikationen (Auflage 2) des ursprünglichen Entwurfs wurde beschlossen in Zusammenarbeit der DGKJPP, der BAG und dem Berufsverband mit dieser Auflage 2 des Bogens eine einjährige Pilotstudie zur Anwendbarkeit des neuen Basisdokumentations-Entwurfs durchzuführen. Dabei sollten primär die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

1. Ist der Bogen sowohl im klinisch-stationären Bereich als auch in Klinikambulanzen und in den Praxen der niedergelassenen Kollegen gleichermaßen anwendbar?
2. Ist der Bogen vom Umfang her in allen Bereichen durchführbar?
3. Wie ist die Gestaltung des Bogens am praktikabelsten (möglichst wenig Papier mit dichtgedrängten Items oder besser übersichtliche Gestaltung mit der Möglichkeit, Notizen unterzubringen)?
4. Welche Items werden nur extrem selten benötigt
5. Welche Items werden meist nicht ausgefüllt oder mit „unbekannt“ kodiert?
6. Werden zusätzliche Items benötigt um im Alltag weitere relevante Informationen zu kodieren?
7. Wie verhält es sich mit der inhaltlichen Validität der in dem Dokumentationsbogen erhobenen Einzelinformationen?

Die Auswertung dieser Pilotstudie sollte schließlich zur Erstellung einer Endfassung des Dokumentationsbogens führen, der dann als gemeinsamer Vorschlag für einen Minimalkatalog Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie von den Berufs- und Fachverbänden publiziert werden sollte.

Die Koordination der teilnehmenden Kliniken wurde vom Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft, Herrn Dr. Jungmann (Weinsberg) übernommen. Insgesamt 8 kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen waren bereit, sich an der Studie zu beteiligen. Die Koordination mit den niedergelassenen Kollegen organisierte Herr Dr. Lam (Landau). Zehn Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, davon sieben in Rheinland-Pfalz und jeweils eine in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg beteiligten sich an unserer Studie.

In allen teilnehmenden Institutionen (Kliniken und Praxen) wurde die Basisdokumentation in der Alltagsroutine über mindestens ein halbes Jahr durchgeführt. Den Kliniken blieb es dabei im Einzelfall überlassen, in welchen Behandlungsbereichen die Bögen verwendet wurden. Bedingung war, daß die Dokumentation an einer unausgelesenen Inanspruchnahme-Stichprobe des jeweiligen Behandlungsbereiches unter Alltagsbedingungen zur Anwendung kam.

Aus Gründen der Ökonomie und des Datenschutzes erfolgte die Dateneingabe – soweit es den Beteiligten möglich war – dezentral in den Institutionen. Hierzu wurde ein eigenes PC-Eingabeprogramm in dBASE IV[®] erstellt, das auf DOS bzw. WINDOWS[®]-Ebene lauffähig war und die Dateneingabe in verschiedenfarbigen Bildschirmmasken ermöglichte. Dieses Programm wurde zusammen mit einem Installationsprogramm allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Die Daten wurden mittels Disketten in Frankfurt zusammengeführt und ausgewertet; dazu wurde in dem o. g. Eingabeprogramm ein zusätzliches „Transfer-Programm“ implementiert, das aus den eingegeben Daten einen Transfer-File erzeugte, der weder Namen noch Geburtsdatum enthielt und auf eine Diskette kopiert versandt werden konnte.

Zum Abschluß der Untersuchung wurde an alle Teilnehmer ein Fragebogen über die Erfahrungen hinsichtlich der Anwendbarkeit des Doku-Bogens in der Klinik bzw. Praxis versandt, der Fragen zur Handhabbarkeit des Bogens, Verständlichkeit der Items und des Glossars, zur Paßgenauigkeit der Kategorisierungen und Änderungswünschen enthielt.

Aus den acht Kliniken kamen insgesamt 1.796 vollständige und verwertbare Datensätze zusammen, davon stammten 732 (40,8%) aus den jeweiligen Klinikambulanz, dazu kamen aus den Praxen 810 Datensätze.

Bei der Auswertung, die im Einzelnen von der Arbeitsgruppe noch gesondert publiziert werden wird, zeigte sich, daß angesichts der Heterogenität der Datenquellen und der dezentralen Eingabe eine z. T. beachtlich hohe Datenqualität erreicht wurde. Abbildung 1 zeigt die Übersicht über die Daten unterteilt nach Praxen, Klinikambulanz und Stationen.

– Abbildung 1 hier einfügen –

Von den basalen persönlichen Daten (Teil 1) fehlten unter 0,5% der entsprechenden Kodierungen, bei den anamnestischen Daten fehlten 9,5% und im Psychopathologischen Befund 4,1%. In der Abbildung 1 wird auch deutlich, daß v. a. die niedergelassenen Kollegen und die Ambulanzen von der Möglichkeit nicht-obligatorische Items zu überspringen Gebrauch gemacht haben. Im somatischen Befund (Teil 4) wurden in fast allen ambulanten Fällen keine Angaben zu Größe und Gewicht gemacht, ebenso wurden die Items zu den einzelnen durchgeführten psychologischen Untersuchungsverfahren (Teil 5) und die Einschätzung der Kooperationsbereitschaft (in Teil 6) übersprungen. Als offensichtlich problematisch erwies sich der letzte Teil (7), die Behandlungsdokumentation: Hier fehlten durchschnittlich rund 21% der Angaben; insbesondere die Quantifizierung der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen durch direkte Eintragung der Stundenzahl (nicht-obligatorisch) erwies sich als unzuverlässig bzw. nicht durchführbar; Eintra-

gungen waren hier in fast drei Viertel (74,2%) der Fälle nicht vorgenommen worden.

Bei ersten Auswertungen des Psychopathologischen Befundes (Englert, 1997) hinsichtlich Plausibilität und Validität ließen sich hochsignifikante Schweregradsunterschiede zwischen ambulant und stationär erhobenen Befunden, charakteristische „Symptomprofile“ für verschiedene Störungsbilder sowie eine sehr gute Übereinstimmung dieser Profile zwischen verschiedenen Institutionen nachweisen.

Zwischenzeitig konnte auch eine Untersuchung über den Effekt der Informationsreduktion von der ursprünglichen ausführlichen Fassung der Psychopathologischen Befunddokumentation auf die hier verwendete Kurzfassung anhand eines Datenpools von rund 5.000 Datensätzen der Komplettversion aus vier kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken durchgeführt werden (Döpfner et al., 1998), bei der sich die Kompatibilität bestätigen ließ.

Im Diagnose-Teil fanden sich falsche, d. h. nicht in der ICD-10 vorhandene Kodierungen auf der ersten Achse des MAS im Gesamtdatensatz in 2,1% (Praxen 1,1%, Klinikambulanz 0,9%, stationäre Bereiche 4,75%); erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken legen hierbei entsprechende Probleme bei der Dateneingabe nahe. Fehler in der Zuordnung der ICD-Diagnosen zu den jeweiligen Achsen des MAS (Kodierung von Entwicklungsverzögerungen oder Intelligenzminderungen auf Achse I) waren nur in 0,17% der Fälle zu finden. Einen problematischen Gebrauch von Doppeldiagnosen auf der ersten Achse des MAS konstatierten wir in 2,8% d. F.; darunter befanden sich v. a. problematische Kombinationen mit inhaltlichen Überschneidungen (z. B. Kombinationen der Diagnosen F20-25 mit Zweitdiagnosen ebenfalls aus dem Bereich F20-25).

Diese Ergebnisse legten die folgenden Schlußfolgerungen nahe:

1. Die Basisdokumentation ist sowohl im klinisch-stationären Bereich als auch in Klinikambulanz und in den Praxen der niedergelassenen Kollegen gleichermaßen zuverlässig anwendbar.
2. Die Qualität der Daten ist trotz des heterogenen Ursprungs (6 Kliniken und 8 Praxen mit dezentraler Dateneingabe) relativ hoch.
3. In dem o. g. Fragebogen zur Anwendbarkeit wurde von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer ein möglichst kurzer Bogen mit wenigen Seiten gewünscht.
4. Die wichtigsten soziodemographischen Daten werden in allen Behandlungsbereichen zuverlässig erfaßt.
5. Die integrierte Kurzform der Psychopathologischen Befunddokumentation wird zuverlässig ausgefüllt und zeigt eine hohe Plausibilität hinsichtlich der Schweregradsdifferenzierung und diagnostischer Profile.

6. Die Diagnostik nach ICD-10 zeigt in geringem Ausmaß Probleme hinsichtlich der Anwendung von Mehrfachdiagnosen.
7. Fehlende Kodierungen lassen sich aus Inanspruchnahmepopulation und Behandlungsbedingungen nachvollziehen.
8. Hinsichtlich fehlender Kodierungen verhalten sich inhaltlich zusammengehörige Items parallel.
9. Die Quantifizierung der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen durch direkte Eintragung der Stundenzahl hat sich als nicht durchführbar erwiesen.
10. Besonders im ambulanten Bereich ist die Möglichkeit, Items auszulassen wichtig.

5. Aufbau der Basisdokumentation Auflage 3:

Bei der Erarbeitung der hier vorgestellten Auflage 3 der Basisdokumentation orientierten wird uns sowohl an den o. g. Ergebnissen unserer Pilotstudie, als auch an den schriftlichen Rückmeldungen der beteiligten Kollegen und Institutionen. Wichtig war dabei eine komplette Umstrukturierung des Bogens, um die Items in eine logisch schlüssigere Reihenfolge zu bringen und mehr Möglichkeiten zu schaffen, inhaltlich zusammengehörige Itemgruppen zu überspringen. Statt wie vorher in sieben ist nun die Auflage 3 in zwölf Abschnitte unterteilt, die ihrerseits weitere Unterteilungen aufweisen. Diese Abschnitte sind so konzipiert, daß sie z. T. als „Bausteine“ einzeln oder im Austausch gegen andere Versionen eingesetzt (z. B. Psychopathologischer Befund) oder übersprungen werden können. Die zwölf Abschnitte umfassen (1) soziodemographische Daten und Aufnahmebedingungen, (2) Anamnese, (3) den psychopathologischen Aufnahmebefund, (4) den somatisch-neurologischen Befund, (5) die Diagnosen auf den sechs Achsen der aktuellen Version des Multiaxialen Klassifikationsschemas, (6) zusätzliche somatische Diagnostik, (7) zusätzliche psychologische Diagnostik, (8) Therapie (Leistungsdokumentation), (9) Beendigung der Behandlung, (10) Behandlungsergebnis, (11) empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen und (12) Namen des Dokumentierenden. Die insgesamt 120 Items sind unterteilt in obligatorische (107) und zusätzliche Merkmale (13), die auf den Bögen grau unterlegt sind. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten die zusätzlichen Items grundsätzlich mit ausgefüllt werden, da sie gerade für diesen Bereich besonders relevante Informationen enthalten (z. B. KJ-Klassen gem. Psych.-PV). Alle zwölf Abschnitte der Dokumentation sind in der gleichen Weise aufgebaut: Sie bestehen aus einer Anzahl Items (in Teil 1 z. B. 27), denen der Dokumentierende durch Ankreuzen eine oder mehrere der mit Ziffern versehenen Auswahlmöglichkeiten zuordnet. Manchen Items werden Zahlen durch direkte Eintragung zugeordnet (z. B. Gewicht in kg). Auf Wunsch der niedergelassenen Kollegen ist das Adreßfeld jetzt auch automa-

tisch mit der Versicherungskarte bedruckbar. Einen Überblick über den Aufbau der Dokumentation gibt die Tabelle 1.

– *Tabelle 1 hier einfügen* –

Wie sich bei der Auswertung des Psychopathologischen Befundes zeigte, war von der Restkategorie „andere Störungen“ in besonders hohem Maße bei jugendlichen Patienten mit Drogenproblematik Gebrauch gemacht worden, was uns veranlaßte, eine zusätzliche siebzehnte Kategorie „Mißbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ einzuführen.

Völlig neu konstruiert werden mußte die Leistungsdokumentation, in der die Kodierung der durchgeführten Testverfahren in „durchgeführt ja/nein“ vereinfacht und die Quantifizierung der therapeutischen Leistungen mit einem Raster zum einfachen Ankreuzen versehen wurde. Auf Vorschlag von Studienteilnehmern wurde im Abschnitt 11 „empfohlene Maßnahmen“ ein Item „Hilfen nach KJHG“ hinzugefügt, das entsprechend den Paragraphen 23 bis 43 des Kinder- und jugendhilfegesetzes unterteilt wurde.

Eine Eingabe-Software für diese Auflage 3 der Basisdokumentation auf der Basis von VISUAL dBASE FÜR WINDOWS[®] ist in einer ersten Version bereits fertiggestellt und ermöglicht in komfortablen WINDOWS[®] - Seitengestaltungen eine rationelle Eingabe mit automatischer Kontrolle der Fallnummernzuteilung sowie verschiedenen Plausibilitätskontrollen.

6. Erwartung und Ausblick

Die als Modifikation bereits angewandter umfangreicher Dokumentationssysteme und um eine Behandlungsdokumentation ergänzte, hier vorgelegte Basisdokumentation, die gemeinsam von klinischen und niedergelassenen Fachkollegen und Fachkolleginnen in einer Pilotphase erprobt wurde, will in besonderer Weise dem Erfordernis von Ökonomie und Effektivität entsprechen. Nach den in der Pilotphase gewonnenen Anwendungsergebnissen erscheint die Erwartung gerechtfertigt, daß die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie als ein gutes Instrument zur internen und externen Qualitätslenkung geeignet ist.

Zukünftig ist vorgesehen, „Zusatzmodule“ zur Basisdokumentation für spezielle Versorgungsinteressen oder bestimmte Patientengruppen zu konstruieren, die dann über die bestehende Software miteingebunden werden können. Ein „Suchtmodul“ für Patienten mit Substanzmißbrauch/-abhängigkeit ist bereits in Arbeit.

Literatur:

- Bundesministerium für Gesundheit (1996): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken: Projekt 1994 - 1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 74, Nomos, Baden-Baden.
- Cording, C. (1995): Qualitätssicherung mit der Basisdokumentation. In: H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Enke, Stuttgart.
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R.-D., Geiselhart, H., John, U., Netzold, D. W., Schönell, H., unter Mitarbeit von P. Spindler und S. Krischker (1995): Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 24, 3-41.
- Dilling, H., Balck, F., Bosch, G., Christiansen, U., Eckmann, F., Kaiser, K.H., Kunze, H., Seelheim, H. & Spangenberg, H. (1982): Die psychiatrische Basisdokumentation. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 11, 147-160.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Steinhausen, H.-C. & V. Aster, M. (1991): Psychopathologische Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche: Dokumentationsbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Berner, W., Flechtner, H., Schwitzgebel, P., V. Aster, M. & Steinhausen, H.-C. (1993): Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 21: 90-100.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Schwitzgebel, P., & Lehmkuhl, G. (1994): Handbuch: Forschungsergebnisse zur Psychopathologischen Befund-Dokumentation für Kinder und Jugendliche. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Englert, E., Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G., Poustka, F. & Steinhausen, H.-Ch. (1998): Der Psychopathologische Aufnahmebefund in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie als Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems - Ergebnisse aus einer multizentrischen Studie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (im Druck).
- Englert, E. (1993): Klinische Untersuchungen zur psychosozialen Achse der WHO. In: F. Poustka & U. Lehmkuhl (Hrsg.): Gefährdung der kindlichen Entwicklung. Psychotherapeutische und psychosoziale Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: Quintessenz.
- Englert, E. (1997): Kurzfassung der Psychopathologischen Befunddokumentation als Bestandteil der Basisdokumentation in Kliniken und Praxen. Vortrag auf der Tagung der „Arbeitsgruppe Evaluation und Klassifikation der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Oktober 1997 in Jena.
- Englert, E. & Poustka, F. (1993): Glossar zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation. Unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt/M.
- Englert, E. & Poustka, F. (1995): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem - Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44, 158-167.
- Englert, E., Schmeck, K., Jungmann, J., Rotthaus, W., Wienand, F., & Poustka, F. (1995): Qualitätssicherung in Klinik und Praxis: Entwurf für eine gemeinsame Basisdokumentation. Posterbeitrag, XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1995 in Würzburg.
- Englert, E., Jungmann, J., Rotthaus, W., Wienand, F., Lam, L. & Poustka, F. (1996): Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie III/96, 38-51.

- Gaebel, W. & Wolpert, E. (1994): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Ein neues Referat der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPPN). Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 23, 4-13.
- Jungmann, J., Göbel, D. & Remschmidt, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 6, 56 - 75.
- Katschnig, H. & Poustka, F. (1976): Zur Sozialpsychologie des Dokumentationsverhaltens im Krankenhausbetrieb. Erfahrungen bei der Einführung eines Routinedokumentationssystems in einer psychiatrischen Universitätsklinik. In: O. Nacke & G. Wagner (Hrsg.): Dokumentation und Information im Dienste der Gesundheitspflege. Stuttgart: Schattauer.
- Kunze, H. & Kaltenbach, L. (Hrsg.) (1996): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 3. Auflage. Berlin: Kohlhammer.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 23, 71-83.
- Poustka, F., Wienand, F., Moik, Ch., Englert, E., Schmeck, K. (1995): Dokumentation als Basis einiger Aspekte der Qualitätssicherung in Praxis, Poliklinik und im stationären Bereich. Vortrag auf der XXIV. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1995 in Würzburg.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. rev. Auflage. Bern: Huber.
- Remschmidt, H., Gutenbrunner, C. & Mattejat, F. (1994): Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 22, 169-182.
- Rotthaus, W. (1993): Orientierung am Patienten: Die Verordnung des Bundesarbeitsministeriums über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: F. Poustka & U. Lehmkuhl (Hrsg.): Gefährdung der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz.
- Stieglitz, R. D. (1994): Möglichkeiten der Basisdokumentation für die Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Vortrag auf dem Kongreß 1994 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Darmstadt.
- Wienand, F. & Lam, L. (1994): Basisdokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Forum der Kinder- und Jugendpsychiat. und Psychother. II/1994, 26-33.
- Wölk, W. (1994): Zur Beurteilung der Notwendigkeit von psychiatrischer Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 23, 92-99.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ekkehart D. Englert
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
 Klinikum der J. W. Goethe-Universität
 Deutschordenstr. 50
 D-60590 Frankfurt a. M.
 e-mail: E.Englert@em.uni-frankfurt.de

Abbildung 1: Fehlende Kodierungen in % bezogen auf obligatorische und zusätzliche Items

Daten aus Praxen (N = 810), Klinikambulanz (N = 732) und Stationen (N = 1.064)

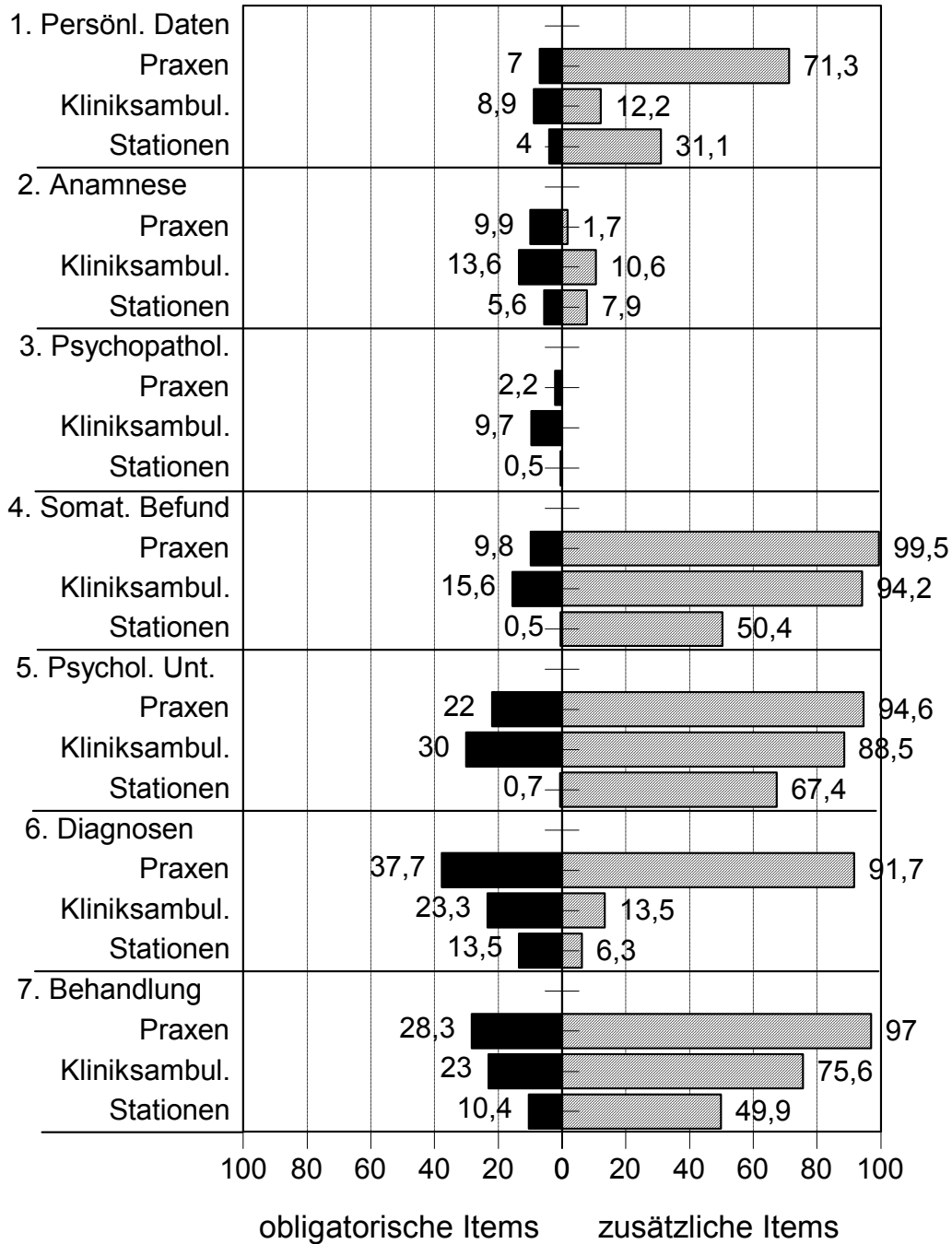


Tabelle 1: Aufbau der Dokumentation

	Anzahl Items	
	obligator.	zusätzlich
01 Aufnahmebedingungen/Soziodemographische Daten	18	9
02 Anamnese einschließlich familiärer Belastungen	24	2
03 Psychopathologischer Aufnahmebefund	17	
04 Somatisch-neurologischer Befund	4	1
05 Diagnosen (Multiaxiales Klassifikationsschema)	6	
06 Zusätzliche somatische Diagnostik	11	
07 Zusätzliche psychologische Diagnostik	10	
08 Therapie (Leistungsdokumentation)	5	1
09 Ende der Behandlung	4	
10 Behandlungsergebnis	3	
11 Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen	4	
12 Name des Dokumentierenden	1	
Summe aller Items	107	13