

Dokumentation im Dienste von klinischer Forschung und Qualitätssicherung

Zusammenfassung

Im Dokumentationssystem der Heidelberger Psychosomatischen Klinik werden die routinemäßig durchgeführten, psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Prozeduren standardisiert beschrieben. Im Hinblick auf die psychodynamische Orientierung der Klinik erfaßt das System nicht nur die üblichen soziodemographischen und klinischen Befunde, sondern vorrangig auch die Aspekte der therapeutischen Beziehung, der zentralen Konflikte und der strukturellen Störung, wie sie in der initialen Diagnostik, im Behandlungsverlauf und in der Ergebnisbeurteilung eingeschätzt werden. Viele der Skalen wurden innerhalb der Arbeitsgruppe entwickelt oder mitentwickelt. Die erhobenen Daten bilden die Grundlage für klinische Begleitforschung und, in ihrer Ergänzung durch weitere Skalen, die Basis für spezifische Projekte der Psychotherapieforschung. Indem die Befunde regelmäßig in die Gremien der Klinik (Ambulanz und Station) zurückgespielt werden und dadurch die diagnostisch/therapeutischen Abläufe hinsichtlich ihrer Funktionsweise und Effektivität transparent machen, liefert das System einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. In dem Beitrag werden die Item-Gruppen und Skalen im einzelnen charakterisiert, die Arbeitsweise des Systems wird anhand von klinischen Beispielen illustriert.

Schlüsselwörter

Dokumentation · standardisierte Befunderhebung · Qualitätssicherung · Psychotherapieforschung · stationäre Psychotherapie

Dokumentation als Pflicht – Dokumentation als Interesse

Die Verpflichtung, ärztliches Handeln zu dokumentieren und diese Dokumente über Jahre aufzubewahren, ist gesetzlich festgeschrieben. Die Form, in welche der Einzelne seine Aufzeichnungen bringt, ist ihm grundsätzlich überlassen, doch haben Kliniken und wissenschaftliche Gruppierungen stets bestimmte Stile in der Gestaltung ihrer Befund- und Behandlungsberichte entwickelt. Im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten stellt es einen Fortschritt dar, wenn mehrere Institutionen sich verabreden, ihre Untersuchungen und Therapien nach den gleichen Kriterien zu dokumentieren. Ein Beispiel dafür bietet das System AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie), welches in den 60er Jahren zur standardisierten Befunddokumentation eingeführt und von zahlreichen psychiatrischen Kliniken als Routineinstrument übernommen wurde. Im Bereich der diagnostischen Klassifikation wurde von der WHO das System ICD (International Classification of Diseases) entwickelt, das inzwischen in seiner 10. Version vorliegt.

Standardisierte Dokumentation

Standardisierte Dokumentation zielt darauf ab, vergleichbare Daten über Diagnosen, Befunde und Verläufe zu gewinnen und so die Voraussetzungen zu schaffen für klinischen Erfahrungsaustausch, administrativ-politische Planung und wissenschaftliche Forschung. In jüngerer Zeit wird der Aspekt der Qualitätssicherung unterstrichen: alle Anbieter therapeutischer

Leistungen werden durch das Gesundheitsstruktur-Gesetz (1988) verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzuführen (5. Sozialgesetzbuch, § 135 f). Noch besteht bei der Qualitätssicherung ein gewisser Kompetenzenwirrwarr bezüglich der Frage, wer befugt ist, Qualität zu prüfen und zu attestieren. Während dabei für die Krankenkassen der Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht, richtet „die Ärzteschaft ihr Bemühen auf eine medizinisch-wissenschaftlich begründete und bei der täglichen Arbeit in Praxis und Klinik anwendbare Qualitätssicherung. Sie ist neben der Strukturqualität auf den jeweiligen Behandlungsverlauf und das erzielte Ergebnis abgestellt“ (Vilmar 1995). Im Bereich der Psychotherapie liefert Dokumentation und die daraus erwachsende Transparenz klinischer Abläufe einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung neben bewährten Maßnahmen wie Supervision, Fallseminaren und kollegialer Intervention. Ziele psychotherapiespezifischer Qualitätssicherung sind, neben der Steigerung und Sicherstellung der therapeutischen Effektivität sowie der Vermeidung therapeutischer Risiken („Frühwarnsystem“), die strukturelle Sicherstellung der therapeutischen Arbeit (Selbmann 1984, 1992; Kordy 1992; Richter 1994).

Dokumentation trägt dazu bei, Transparenz zu schaffen. Das mag nicht immer willkommen sein, denn sie kann auch als Maßnahme zur Kontrolle und Bewertung verstanden (und eingesetzt) werden. Das geschieht insbesondere

Prof. Dr. G. Rudolf
Klinikum der Universität, Psychosomatische
Klinik, Thibautstraße 2, D-69115 Heidelberg

G. Rudolf · P. Laszig · C. Henningsen

Documentation as a way of clinical research and quality control

Summary

The documentation system of the Department of Psychosomatic Medicine, University of Heidelberg, records routine psychodiagnostic and psychotherapeutic procedures in standardized form. With regard to the clinic's psychosomatic orientation the system registers not only socio-demographic and clinical findings but emphasizes primarily aspects of the therapeutic relationship, the central conflict and the structural disorder as evaluated in the initial diagnostics, in the treatment and in the results. Most of the scales were developed in the team itself. The resulting data formed the basis for clinical research and supplemented by further scales for specific projects in psychotherapeutic research. In returning the results regularly to the departments of the clinic (indoor and outdoor) and thereby making diagnostic and therapeutic process transparent with regard to their way of functioning and efficacy, the system offers an important contribution to quality control. The article characterizes item-groups and scales individually and illustrates the working of the system using clinical examples.

Key words

Documentation · Standardized diagnostic · Quality control · Psychotherapy research · Indoor psychotherapy

Originalien

dort, wo wirtschaftliche Aspekte in den Vordergrund gestellt werden. Zuweilen schafft die Einführung von Leistungs- und Ergebnisdokumentationen in Kliniken ein mehr oder weniger paranoides Klima des „big brother is watching you“.

Andererseits stellt das Bedürfnis, selbstkritisch zu reflektieren, was man tut, es zu verstehen und zu bewerten, eine Voraussetzung jeden wissenschaftlichen Arbeitens dar. Transparenz des Geschehens ist dafür die unerläßliche Voraussetzung.

Dokumentation kann somit ganz unterschiedliche Ziele verfolgen. Sie kann eingesetzt werden, um der gesetzlich vorgeschriebenen Aufzeichnung und Qualitätssicherung im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich zu genügen; sie kann als Instrument der Kontrolle und Steuerung gebraucht (mißbraucht) werden; sie schafft die Voraussetzung für jede Art von Evaluation und, darauf aufbauend, für die Kommunikation von Erfahrungen.

Dokumentation als gemeinsame Aufgabe – Dokumentationssysteme als Ausdruck von Gruppenidentität

Aus den oben beschriebenen Gründen gibt es in allen diagnostisch-therapeutischen Institutionen zumindest eine minimale Dokumentation von Diagnosen, Therapiebeschreibungen und soziodemographischen Angaben über die Patienten. Viele Einrichtungen, die selbst keine Forschungsabteilung betreiben, sind darauf angewiesen, ein bereits vorhandenes System zu übernehmen. Die Basisdokumentation des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (Broda et al. 1993) stellt ein solches System dar, das von vielen Kliniken übernommen wurde. Der Vorteil eines solchen Vorgehens liegt auf der Hand. Kliniken, die das gleiche System verwenden, können ihre Daten austauschen und vergleichen; so lassen sich Ähnlichkeiten und Unterschiede der Klientel und der diagnostisch-therapeutischen Vorgehensweisen aufzeigen.

Auf der anderen Seite gehört es zu den speziellen Aufgaben der wissenschaftlich ausgerichteten Institutionen (z.B. Universitätskliniken), Methodenentwicklung zu betreiben, diagnostisch-therapeutische Verfahren und

Instrumente zu ihrer Erfassung zu entwickeln und zu überprüfen. Daher wird das Dokumentationssystem einer solchen Klinik stets auch den Forschungsschwerpunkt der Einrichtung widerspiegeln. Hier besteht weniger das Interesse, Systeme anderer Einrichtungen möglichst „preiswert“ zu übernehmen, sondern die in der eigenen Arbeitsgruppe vorrangigen klinischen Schwerpunkte mit Hilfe von geeigneten, ggf. neu entwickelten Instrumenten zu erfassen. Das so gewachsene Dokumentationssystem ist damit mehr als nur ein zweckmäßiges Instrument, es ist auch Ausdruck der wissenschaftlichen Identität dieser speziellen Arbeitsgruppe.

Wenn wir im Folgenden die Dokumentation der Heidelberger Psychosomatischen Klinik beschreiben, dann wollen wir damit keine allgemein gültige Lösung des Dokumentationsproblems vorschlagen, sondern die von uns erarbeiteten Antworten vorstellen. An einer Reihe von Beispielen werden wir zeigen, welche Art von Ergebnissen sich mit dieser Art von Dokumentation erzielen läßt. Die hier entwickelten Instrumente und die damit gemachten Erfahrungen können Interessenten zur Verfügung gestellt werden.

Zielsetzungen der Dokumentation in einer Psychotherapeutischen Institution

In einer Universitätsklinik laufen die Interessen von Qualitätssicherung und Forschung zusammen, Dokumentation dient beiden Zwecken. Die dokumentierten Fakten können, rasch zurückgemeldet und im Team diskutiert, die kritische Selbstreflexion der Therapeuten aktivieren und in der Folge ihre therapeutischen Handlungsstrategien beeinflussen (Qualitätssicherung). Die dokumentierten Fakten können aber auch zur Beantwortung von Fragen der klinischen Forschung herangezogen werden. Im Folgenden werden einige aktuell wichtige Fragen aus unterschiedlichen Forschungsfeldern und aus der Qualitätssicherung aufgeführt.

Psychotherapie-Ergebnisforschung

Die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des therapeutischen Handelns muß unter Beweis gestellt werden. Die Außendarstellung solcher Ergebnisse verfolgt auch das

Ziel der Legitimation gegenüber der Gesellschaft im Allgemeinen und den Kostenträgern im Speziellen. Z.B. folgende Fragen sind zu beantworten:

- Welche Behandlungsergebnisse werden aus der Sicht der Patienten und der verschiedenen beteiligten Therapeuten erzielt? (Ergebnismuster aus Patienten- und Therapeutesicht; Zufriedenheit der Patienten mit unterschiedlichen Therapieangeboten; Unterschied von Patientenzufriedenheit und objektivierbaren Befundveränderungen).
- Welches sind die Prädiktoren für günstige und ungünstige Therapieverläufe, welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Indikationsstellung?
- Wie stabil sind die Behandlungsergebnisse bei katamnesticen Nachuntersuchungen? (Wie hält sich das objektivierbare Behandlungsergebnis? Wie entwickelt sich die Einstellung des Patienten zu der zurückliegenden Therapie? Wie lassen sich die therapeutisch erarbeiteten Konfliktlösungsmuster in die Alltagsrealität übertragen?)

Psychotherapie-Prozessforschung

Das Verständnis der therapeutischen Veränderungsprozesse ist wichtig für die Interpretation der Behandlungsergebnisse, aber auch für die Evaluation der eingesetzten therapeutischen Verfahren. Die Zielvorstellung ist es, durch den Einsatz spezifischer therapeutischer Interventionen bei speziellen Störungen gute Behandlungsergebnisse zu erreichen. Fragen, die uns derzeit beschäftigen, lauten:

- Welchen Einfluß haben bestimmte konflikthafte Beziehungsmuster oder strukturelle Störungen auf das Zustandekommen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und des Behandlungsergebnisses?
- Wie entwickelt sich das Fokusthema des Patienten unter der stationären Therapie und im poststationären Verlauf?
- Welche Prozessverläufe lassen sich (z.B. im Hinblick auf Übertragung und Regression) in ambulanten Langzeittherapien beobachten?
- Wie läßt sich der Aufbau von Struktur in einer interaktionszentrierten Therapie erfassen?

Versorgungsforschung

Institutionen sind keine in sich abgeschlossenen Welten, sondern Teile eines eng verflochtenen Versorgungssystems. Es gilt also, immer wieder die Funktion der einzelnen Institution im Blick auf das Ganze zu klären, u.U. das eigene therapeutische Angebot auf die Erfordernisse der Region auszurichten.

- Was charakterisiert die Patienten, welche die Ambulanz dieser Klinik aufsuchen?

(Diagnosen, Schwere der Störung, Vorbehandlung, Krankheitsverhalten, aktuelle soziale Problematik, Versicherungssituation – im Unterschied zu anderen Institutionen).

- Welche Auswahl der ambulant untersuchten Patienten wird stationär behandelt?
- Wie gestaltet sich der Übergang in die poststationäre Versorgung (weiterführende ambulante Therapien, soziale Integration der Patienten in ihre Alltagswelt)?
- Wie gelingt die Kooperation zwischen der Klinik, den psychotherapeutischen, psychiatrischen Praxen und anderen Einrichtungen des medizinischen und sozialen Versorgungssystems?

Qualitätssicherung

Die regelmäßige Rückmeldung von therapeutischen Veränderungen und die frühzeitige Erkennung von Problemen der therapeutischen Entwicklung dient der fortlaufenden Selbstevaluation der Therapeuten. Es gilt, Standards für die Behandlung bestimmter Störungen zu definieren und damit die Zielgerichtetheit des therapeutischen Handelns bzw. die Fokussierung des Therapeuten auf zentrale Fragen zu erhöhen.

- Welches sind die Prädiktoren ungünstiger und krisenhaft-problematischer Therapieverläufe bei Patienten; wie können sie frühzeitig beeinflusst werden?
- Welche Therapieangebote sind in welchem Umfang erforderlich, um bestimmte Therapieziele zu erreichen?
- Wie wirkt die Kombination unterschiedlicher Therapieangebote, in welcher „Dosis“ und Reihenfolge sollten sie eingesetzt werden?

Wege der Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Klinik

Eine vergleichsweise kleine, forschungsintensive Einrichtung wie die Heidelberger Psychosomatische Klinik benötigt die dokumentierten Daten nicht in erster Linie, um Qualitätszirkel in Gang zu setzen. Diese Art der Rückmeldung besteht ohnehin in reichem Maße (vgl. Abb. 1). Die Befunde der ambulanten Erstuntersuchung werden in der Ambulanzkonferenz diskutiert, die dort erarbeiteten Vorschläge stationärer Aufnahme oder ambulanter Behandlung werden in der Indikationskonferenz erörtert; die stationär aufgenommenen Patienten werden hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens in der Stationskonferenz besprochen; ausgewählte Fälle werden im Behandlungsverlauf im kasuistischen Seminar durchgearbeitet; alle ambulanten und

stationären Therapien verlaufen unter qualifizierter Supervision; die dokumentierten Daten werden in einzelnen Fällen dazu herangezogen.

In erster Linie verwenden wir die Dokumentation zur regelmäßigen Berichterstattung über die Gesamttätigkeit: Welche Patienten kommen in die Klinik, welche Diagnosen werden gestellt, welche therapeutischen Maßnahmen setzen wir wie häufig ein, wie zufrieden sind unsere Patienten mit den unterschiedlichen Elementen der Behandlung, wie schätzen die Therapeuten die Effektivität ihrer Tätigkeit ein, welche Outcome-Qualität zeigt sich im Prä-Post-Vergleich der Befunde, wie entwickeln sich die Patienten im Zeitraum bis zur katamnesticen Nachuntersuchung? Diese Berichte liefern in ihrer deskriptiven Statistik wichtige Anregungen für das Selbstverständnis und evtl. erforderliche Kurskorrekturen.

In zweiter Linie werden die dokumentierten Daten in Forschungszusammenhängen, häufig in Diplomarbeiten und Dissertationen, ausgewertet. Sie beantworten Fragen nach den Zusammenhängen zwischen unterschiedlichen diagnostischen Befunden und verschiedenen Outcome-Maßen oder Fragen nach Prädiktoren des Therapieverlaufs. Insbesondere aber liefern sie im Sinne der Basisdokumentation ein Grundgerüst für zusätzliche spezifische Untersuchungen des Therapieprozesses in den unterschiedlichen Behandlungsansätzen. Die so erzielten Ergebnisse, die in der regelmäßig stattfindenden Forschungskonferenz vorgestellt und diskutiert werden, wirken zurück auf die praktisch therapeutische Arbeit (z.B. die Indikationsentscheidung, die Auswahl der Behandlungsverfahren), aber auch auf die Entwicklung von Theorien der Störungen und ihrer Behandlung.

Gliederung des Heidelberger Dokumentationssystems

Unsere klinische Arbeit ist theoretisch bestimmt durch den psychodynamischen Ansatz im Krankheitsverständnis und im psychotherapeutischen Handeln. Das bedeutet, daß wir diagnostisch der konflikthafte und strukturell verankerten Interaktionsbereitschaft des Patienten zentrale Bedeutung beimessen

Originalien

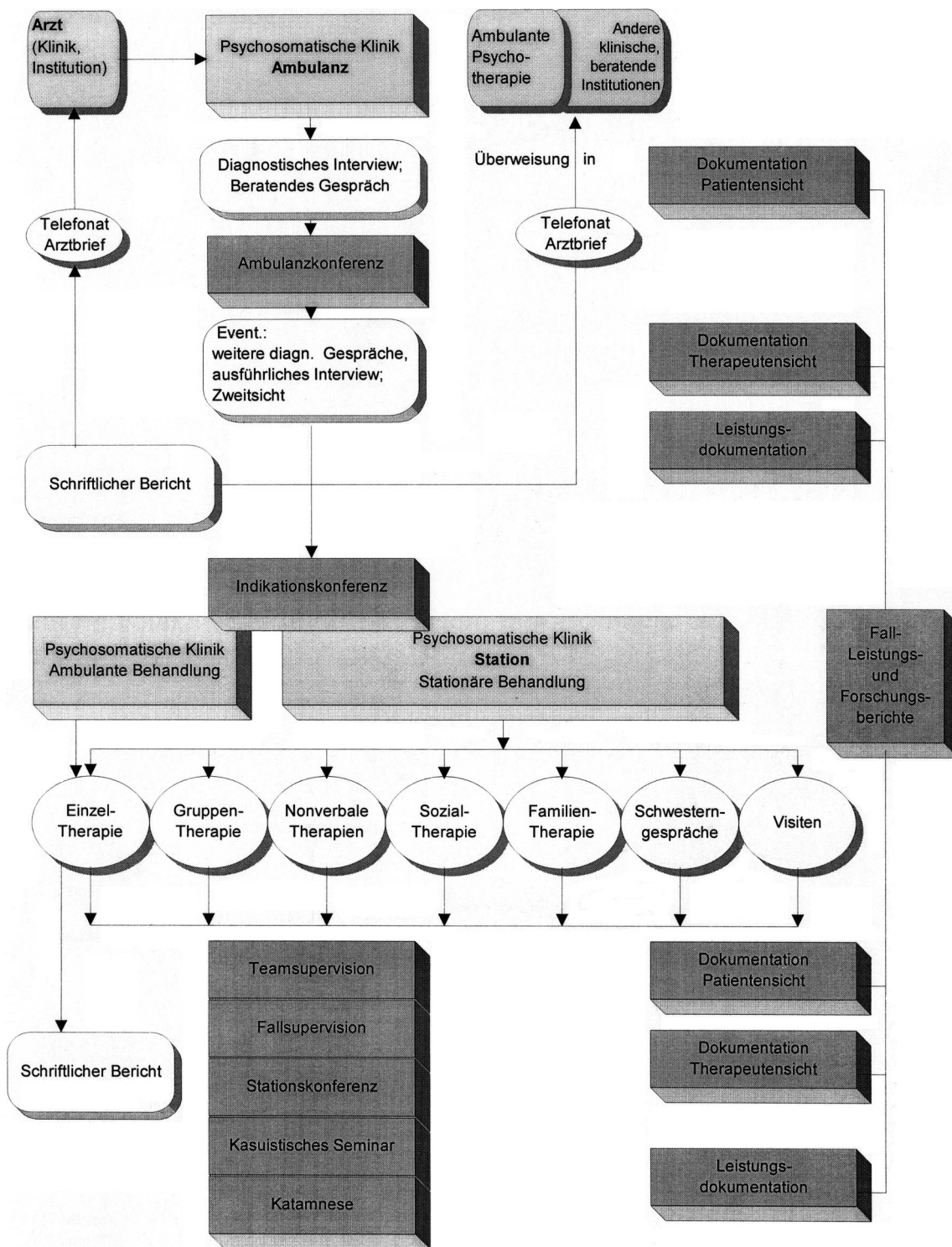


Abb.1 ◀ **Ablauf-
schema der Be-
handlung und de-
ren Qualitätssi-
cherung an der PSM
Heidelberg**

sen. Die therapeutische Umstrukturierung erfolgt im Rahmen der stationären Psychotherapie in einem integrativen, d.h. von vielen Beteiligten gemeinsam getragenen und reflektierten interaktionellen Geschehen. Elemente der Interaktion, des Konflikts und der Struktur spielen daher in den speziellen Teilen der Dokumentation eine wichtige Rolle.

Dokumentationssysteme befinden sich in einem ständigen Entwicklungsprozess, und ihre formale Gestaltung spiegelt in der Art, wie die Items angeordnet und die Bögen zusammengeheftet sind, die Entwicklungsgeschichte wider. Das Heidelberger System begann 1991 mit einer Basisdokumentation für die Ambulanz, es folgte die Dokumen-

tation der stationären Psychotherapie, der Katamnese, der ambulanten Therapie und die Leistungsdokumentation.

Es konnten dabei Vorerfahrungen der Heidelberger Arbeitsgruppe genutzt werden (Bräutigam 1980), in wesentlichen Teilen wurde jedoch das System der Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf et al. 1988; Rudolf 1991) über-

nommen oder weiterentwickelt; dieses System wiederum stützt sich auf das Berliner Dokumentationssystem für Psychotherapien, das die Arbeitsgruppe Dührssen unter Mitarbeit von Rudolf seit den 70er Jahren entwickelt hatte (Dührssen 1977; Dührssen et al. 1980; Rudolf 1979, 1981).

Das derzeitige Heidelberger Dokumentationssystem erfaßt Daten, die vom Untersucher/Therapeuten erhoben werden sowie Selbsteinschätzungen der Patienten (im Folgenden jeweils durch Th. bzw. Pt. gekennzeichnet). Die folgende Aufstellung ordnet die dokumentierten Bereiche nach 12 Sachgruppen; Punkt 1–7 betrifft die in der Ambulanz durchgeführte basale Diagnostik, Punkt 8–12 betrifft jene Patienten (ca. 15%), bei denen in der Klinik ambulante oder stationäre Therapien durchgeführt werden. Die folgende Aufstellung beschreibt die psychodynamische Bedeutung der einzelnen Dokumentationsbereiche. Die vollständige, durchnummerierte Liste an Itemgruppen und Skalen findet sich im Anhang.

Bedeutung der erhobenen Daten aus psychodynamischer Sicht

Überweisung, Versicherung

Die Daten spiegeln etwas vom Beziehungstransfer wider: auf wessen Veranlassung und aus welcher Institution kommt der Patient und mit welchem Interesse wendet er sich an die hiesige Klinik? (Th 11–13; Pt 11–12)

Aktuelle soziale Situation

Die intrapsychische und interpersonelle Konfliktsituation eines Patienten kann nur vor dem Hintergrund seiner Lebenswirklichkeit verstanden werden; hier liegen seine sozialen Ressourcen und unterstützenden Netzwerke ebenso wie seine sozialen Belastungen und unerfüllten Zielvorstellungen. Aus dem Umgang mit seiner sozialen Wirklichkeit gewinnen wir ein Bild von der psychischen Struktur des Patienten (die ihrerseits in Kap. 4, 5, 6 abgebildet wird). (Th 21–23; Pt 21–28)

Vorausgegangene diagnostische/therapeutische Maßnahmen

Die vorausgegangenen Begegnungen mit dem Gesundheitssystem und speziell dem psychotherapeutischen Versorgungssystem verdeutlichen, wie der Pa-

tient seine Störung bisher interpretiert hat (Krankheitstheorie) und wohin er seine diagnostischen und therapeutischen Hoffnungen gerichtet hat (Therapieerwartung). Prognostisch wichtig ist das Spannungsfeld zwischen bisherigen Erfahrungen (bezüglich Zufriedenheit/Enttäuschung) und den jetzt auf die Institution gerichteten Erwartungen und Hoffnungen. (Th 31–37; Pt 31–34)

Klinisches Bild

Psychische, somatische und körperliche Störungen werden hinsichtlich ihrer Qualität und Schwere vom Therapeuten orientierend erfaßt. Die Aspekte werden ergänzt durch prognostisch bedeutsame Symptome wie Abhängigkeit, Sucht, Suizidalität. Bezogen auf die Sprechstundensituation in der offenen Ambulanz (ohne Terminanmeldung) wurde davon abgesehen, den Patienten bereits vor dem Erstgespräch mit umfangreichen Selbsteinschätzungsbögen, Symptomlisten etc. zu belasten. Es kommen lediglich projektbezogen kleinere Instrumente zur Anwendung. Ausführliche Selbsteinschätzungen werden vorgenommen, wenn Therapien in der Klinik durchgeführt werden (s. Punkt 8 ff). (Th 41–46; Pt projektbezogen)

Psychodynamische Diagnostik

Hier werden im engeren Sinne die psychodynamischen Befunde dokumentiert. Sie beinhalten eine Hypothese über den zentralen Konflikt, eine Einschätzung der neurotischen Modi der Konfliktverarbeitung und eine Einschätzung des Integrationsniveaus der Struktur. Die Erfahrungen mit dieser Skala gingen in die Diskussionen der OPD-Arbeitsgruppe ein. Mit Fertigstellung des OPD-Systems wurden die Vorläufer inhaltlich an die OPD-Version angeglichen. Für mehrere Forschungsprojekte der Klinik bilden diese Daten die psychodynamisch-zentrale Einschätzung, aus der weitere Differenzierungen (z.B. bezüglich Fokus der Behandlung und Therapieziel) abgeleitet sind. (Th 51–53)

Prognostische Einschätzung und Indikation

Die initiale Beziehung zwischen Patient und Therapeut, die wechselseitigen Interessen, Zuschreibungen und Zweifel sind von großer prognostischer Bedeutung für das Zustandekommen und Ergebnis der Therapie, sie werden hier er-

faßt, ebenso die vorgeschlagenen diagnostisch/therapeutischen Maßnahmen. (Th 61–66; Pt 61)

Diagnostische Klassifikation

Durch ICD-10 bzw. 9 wird der syndromale Schwerpunkt der Störung festgelegt. Das auf psychiatrische Störungen zentrierte System erfordert für psychosomatische Zwecke eine Ergänzung psychosomatischer Krankheitsbilder. Die Bedeutung der Dokumentation liegt nicht im psychodynamischen Bereich, sondern in dem der international üblichen Klassifikation, wodurch die Vergleichbarkeit der Daten mit anderen Kliniken und Untersuchungen möglich wird. (Th 71–72)

Hier endet die Dokumentation ambulanter Diagnostik. Falls eine stationäre oder ambulante Therapie durchgeführt wird (was bei ca. 15% der Ambulanzpatienten der Fall ist), beginnt bei Punkt 8 die begleitende Dokumentation. Zum Teil werden wichtige Einschätzungen bei Therapiebeginn wiederholt.

Stationäre/ambulante Psychotherapie (Therapiebeginn)

Die ambulant erhobenen psychodynamischen Befunde zu Konflikt und Struktur werden vom Einzeltherapeuten nochmals überprüft und durch die Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung ergänzt. Auf der Seite des Patienten erfolgen ausführliche Selbsteinschätzungen bezüglich symptomatischer, intrapsychischer, interpersonaler und motivationaler Merkmale. Damit ist aus psychodynamischer Sicht der Gegenstand der therapeutischen Arbeit und das Ziel der therapeutischen Veränderung definiert. (Th 81–83; Pt 81–83)

Stationäre/ambulante Psychotherapie (Verlauf)

Verlaufsbericht im Klartext: Die Abschnitte der Einzeltherapie (Bericht Th 100). Projektgebundene Prozessinstrumente (Kelly Grid, SASB, Umstrukturierungsskala etc.) sind nicht Gegenstand der Basisdokumentation.

Stationäre/ambulante Psychotherapie (Therapieende)

Hier werden aus der Sicht aller beteiligten Therapeuten die psychodynamisch zentralen Veränderungen eingeschätzt: Symptomreduzierung, Konfliktbear-

beutung, Umstrukturierung, Struktur-
aufbau. Es werden direkte Verände-
rungseinschätzungen wie auch Prä-
post-Vergleiche aus der Sicht der Pati-
enten und aller beteiligten Therapeuten
vorgenommen, so daß sich zahlreiche
Veränderungskriterien einbeziehen
lassen. Zugleich findet eine Evaluierung
der beteiligten Therapieverfahren statt.
(Th 100–108; Pt 101–106)

Katamnese

Die routinemäßige katamnestiche
Nachuntersuchung erfolgt 6 Monate
nach der stationären Entlassung bzw.
ambulantem Therapiebeendigung (In-
terview durch den Einzeltherapeuten).
Sie besteht aus einem katamnestiche
Interview sowie einer Reihe von Frage-
bogeninstrumenten, die bereits im
Rahmen der stationären Dokumentati-
on verwendet wurden (PSKB-Se Kurz-
form; Skalen zur Veränderung der
Stimmung, der Symptomatik, der Zu-
friedenheit mit sich selbst, mit dem
körperlichen Zustand, mit den Bezie-
hungen und einer Einschätzung der Zu-
kunftsaussichten). Weitere Fragen the-
matisieren den aktuellen Umgang mit
Problemen, die rückblickende Ein-
schätzung der Behandlung und die Be-
urteilung der Wirkung der einzelnen
Therapieverfahren. Fragen nach der
Realisierung der therapeutischen Emp-
fehlungen (z.B. weiterführende Be-
handlungen) schließen den Katamne-
sefragebogen ab. Das Klartextprotokoll
des Katamneseinterviews thematisiert
die innere Entwicklung des Patienten
seit der Entlassung, speziell die Ent-
wicklung des Fokusthemas, die Wieder-
eingliederung in das Alltagsleben, den
Transfer der therapeutischen Erfahrun-
gen in das Alltagsleben, die Ablösung
vom Therapeuten, Veränderungen im
sozialen Umfeld. Für die quantitative
Auswertung sind dem Interviewer Sk-
alen vorgegeben, die er während des In-
terviews ankreuzt.

Leistungsdokumentation (für alle Bereiche)

Hier werden die patientenbezogenen
Behandlungsdaten der gesamten am-
bulanten und stationären Therapie er-
faßt, darunter die Art und Anzahl der
Behandlungseinheiten (diagnostische
Gespräche, Krisenintervention, Einzel-,
Gruppentherapie, Familiengespräche,
somatische/medikamentöse Behand-

lungen). Art und Anzahl indirekter Lei-
stungen (Arztbriefe, Telefonate). Ab-
schluß/Entlassungsdiagnosen sowie
die empfohlene Weiterbehandlung. Die
einzelnen Leistungseinheiten werden
pro Patient, getrennt nach Ambulanz
und Station, von den Behandlern auf
Karteikarten codiert und im Anschluß
zusammenfassend auf Dokumentati-
onsbögen übertragen.

Handhabung der Dokumentation und Umgang mit den Daten

Zur Erfassung und Verwaltung der er-
hobenen Angaben (Dateneingabe, -si-
cherung, -haltung und -auswertung)
wurde ein umfangreiches EDV-gestütz-
tes Datenbank-System konzipiert und
programmtechnisch (Clipper, Access,
SAS) realisiert. Das System befindet
sich seit 1992 im Routinebetrieb.

Im Bereich der Ambulanz füllen
die Patienten die Fragebögen aus, wäh-
rend sie im Wartezimmer sitzen, also
vor dem diagnostischen Interview, und
geben diese bei der Sekretärin ab. Die
Therapeuten geben ihr Urteil nach Ab-
schluß der ambulanten Gespräche und
schließen gleichzeitig die ambulante
Leistungsdokumentation ab. Wird der
Patient stationär aufgenommen, erhält
er von den Schwestern in der ersten
und in der letzten Woche des Aufent-
halts einen vorbereiteten, numerierten
Umschlag mit den entsprechenden Fra-
gebögen.

Aus Gründen der Anonymisierung
wird auf den verwendeten Fragebogen-
instrumenten nicht der Name des ent-
sprechenden Patienten, sondern eine –
von der Klinik vergebene – achtstellige
Identifikationsziffer eingetragen. Die-
ses Vorgehen sichert einerseits den ge-
setzlich vorgeschriebenen Datenschutz
und hat gleichzeitig aber auch interak-
tionelle Bedeutung, da verhindert wer-
den soll, daß die Patienten die Fragebö-
gen, als Kommunikations- oder Kon-
trollinstrumente zwischen sich und den
behandelnden Therapeuten wahrneh-
men.

Die Therapeuten bekommen regel-
mäßig durch die Dokumentationsabtei-
lung die sie betreffenden Fragebogen-
instrumente, die sie nach dem Rating
an diese zurückleiten.

Über entsprechende Datenbanken
wird parallel der rechtzeitige Eingang
der Patienten- und Therapeutenbögen

durch eine Dokumentationsassistentin
kontrolliert und an fehlende Instru-
mente ggf. erinnert. Anfängliche
Schwierigkeiten im Rücklauf wurden
durch organisatorische Maßnahmen
beseitigt, z.B. indem einzelne Fragebö-
gen der Krankenakte beigelegt wurden.

Für die katamnestiche Untersu-
chung besteht eine eigens angelegte
(Access-) Datenbank. Routinemäßig
werden hier Abfragen getätigt, die das
Anschreiben der Patienten, die Termin-
vereinbarung mit den Interviewern
und den Versand bzw. Rücklauf der Fra-
gebogeninstrumente regeln.

Anhand der o.g. Identifikationszif-
fer werden die gesamten patientenbe-
zogenen Behandlungsdaten in eigens
hierfür erstellte Datenmasken (Clip-
per/Access) eingegeben und lassen sich
über die verschiedenen Instrumente
hinweg verknüpfen. Das Datenbanksys-
tem ermöglicht über Statistikprogram-
me (SAS, SPSS) eine regelmäßige Aus-
wertung und Berichterstattung über
die diagnostischen und therapeuti-
schen Daten sowie über die erbrachten
Leistungen.

Anwendung der Dokumentation an einem Fallbeispiel

Befund und Verlauf der stationären Be-
handlung einer Patientin werden im
Folgenden im Zusammenhang mit den
dokumentierten Daten dargestellt (in
Klammern die dokumentierten Berei-
che aus Patienten- und Therapeuten-
sicht). Es werden nur die wichtigsten
Befunde erwähnt.

Zur ambulanten Erstuntersuchung kam eine
28jährige ledige Frau (Pt 25). An *Beschwer-
den* klagte sie über Appetitlosigkeit, Ge-
wichtsabnahme, Herzbeschwerden und
Ohnmachtsanfälle (Th 44). Daneben be-
standen eine ängstliche Gespanntheit, inne-
re Unruhe, plötzlich auftretende Angstzu-
stände, begleitet von heftigen Körperreak-
tionen, hypochondrische Befürchtungen
und phobische Vermeidungen (Th 45). Die
Patientin wurde sowohl psychisch wie sozi-
alkommunikativ und auch körperlich als
„deutlich beeinträchtigt“ eingeschätzt (Th
46), der BSS Gesamtscore von 6 lag im mitt-
leren Bereich. Die Beschwerden bestanden
seit einem Jahr (Th 43), seit einem halben
Jahr befand die Patientin sich in ambulanter
Psychotherapie (Pt 34), ohne daß eine Sym-
ptomreduzierung erreicht werden konnte.
Sie war ratlos, wie es weitergehen sollte,
wandte sich auf eigenen Wunsch an die Kli-
nik, die ihr jemand empfohlen hatte (Th 12,
Pt 61). Bezüglich ihrer *sozialen Situation* war
sie nach dem Hauptschulabschluß in einer

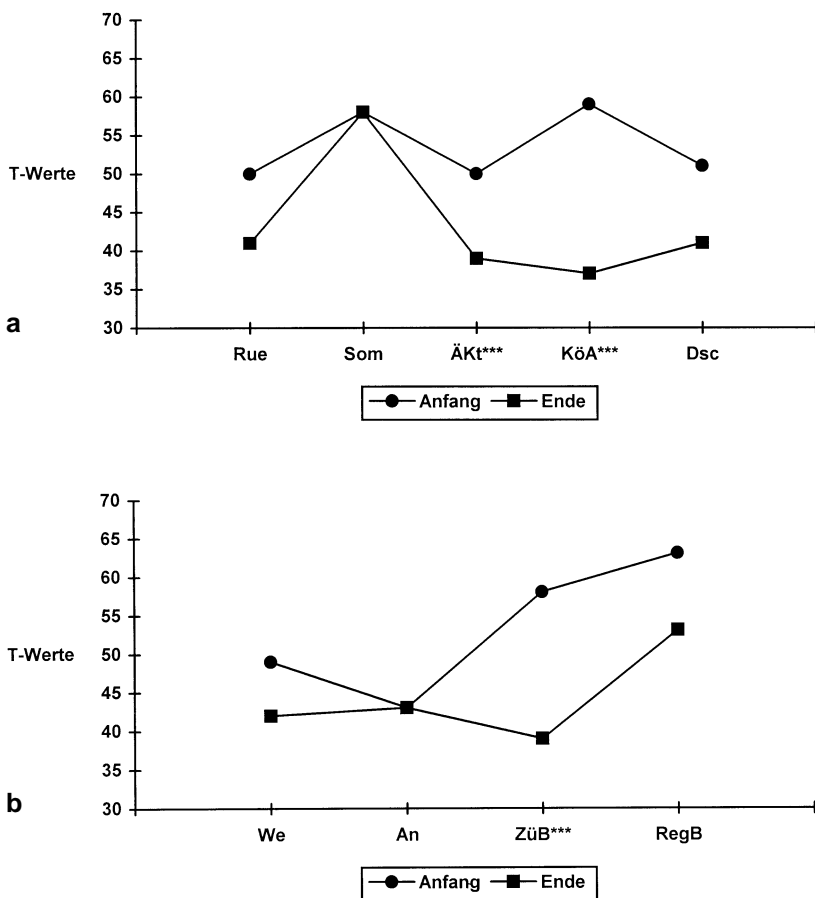


Abb. 2 ▲ a PSKB-SE Skalenwerte zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung Bereich Symptomatik (Fallbeispiel), b PSKB-SE Skalenwerte zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung Bereich Persönlichkeit (Fallbeispiel)

einfachen Tätigkeit teilzeit-berufstätig (Pt 21, Pt 22, Th 21) und lebte in einem gemeinsamen Haushalt mit ihrem Vater (Pt 27, 28).

Als *zentralen Konflikt* sah der Erstsuntersucher die libidinöse Fixierung der Patientin auf kindlich-ödipale Objekte (Th 81). Die Modi der Konfliktverarbeitung (Th 82) wiesen auf eine progressive Abwehr im Sinne von Aktivität, Leistungsbereitschaft und Nicht-zur-Ruhe-kommen-können wie auf die Vermeidung emotionaler Kontakte. Hinsichtlich der *strukturellen* Situation wurden eingeschränkte Internalisierung und Objekt Konstanz, Unsicherheiten autonomer Selbstverwirklichung und eingeschränkte kommunikative Ausdrucksfähigkeit registriert (Th 83).

Die *prognostische Einschätzung* war positiv (Th 61): Die Patientin wurde als eigenmotiviert, entwicklungsfähig und einsichtsfähig beschrieben; ihre Situation erschien dem Untersucher psychodynamisch verstehbar, und er hätte sich vorstellen können, die Patientin selbst zu behandeln (Th 61).

Als *Diagnose* (Th 71) wurde eine spezifische (isolierte) Phobie (ICD-10: F 40.2) und eine somatoforme Störung des kardiovaskulären Systems (ICD-10: F 45.3.o) dokumentiert.

Angesichts der sich zuspitzenden und die Patientin einengenden Angstsymptomatik und des Scheiterns der ambulanten Behandlung wurde die *Indikation* zur stationären Psychotherapie (Th 64) gestellt. Die relativ kurze Symptombdauer, die Motiviertheit der Patientin, die positiv eingeschätzten Beziehungsmerkmale, der eher konfliktneuro-

tisch als persönlichkeitsstrukturell eingeschätzte Störungsfokus ließen die Prognose als günstig erscheinen.

In der 3monatigen *stationären Behandlung* nahm die Patientin an psychoanalytisch orientierten Einzeltherapiesitzungen (2 pro Woche) und psychoanalytisch interaktionell ausgerichteten Gruppentherapiesitzungen (3 pro Woche) teil. Ferner erhielt sie Musik- und Gestaltungstherapie (je 2 Doppelstunden pro Woche) und nutzte das Angebot für sozialtherapeutische Gespräche. Zur Teilnahme an der Stationsgemeinschaft gehörte die einmal wöchentlich abgehaltene Vollversammlung; ärztliche Visiten durch Stationsarzt, Oberarzt und Chefarzt fanden regelmäßig statt (Leistungsdokumentation).

Die Untersuchungen bei Behandlungsbeginn bestätigten die prognostisch günstige Einschätzung: Die Patientin erhielt vergleichsweise hohe Werte in der Skala Therapeutische Arbeitsbeziehung (Th 85). In der PSKB-Selbsteinschätzung erreichte sie in vier Skalen überdurchschnittlich hohe Werte (körpernahe Angst, zwanghaft-überfürsorgliche Beziehungen, regressive Bindung an die Primärfamilie, körperliche Symptomklage). Ferner wurden in der Einschätzung des Stationstherapeuten (Th 82) altruistisch-fürsorgliche und zwanghafte, Emotionalität vermeidende Seiten deutlicher sichtbar. Als Fokusthema definierte der Therapeut das Ziel, mit der Patientin zusammen ein biographisches Verständnis zu erarbeiten und Zugang zu ihren zum Teil abgespaltenen und verleugneten Gefühlen zu eröffnen.

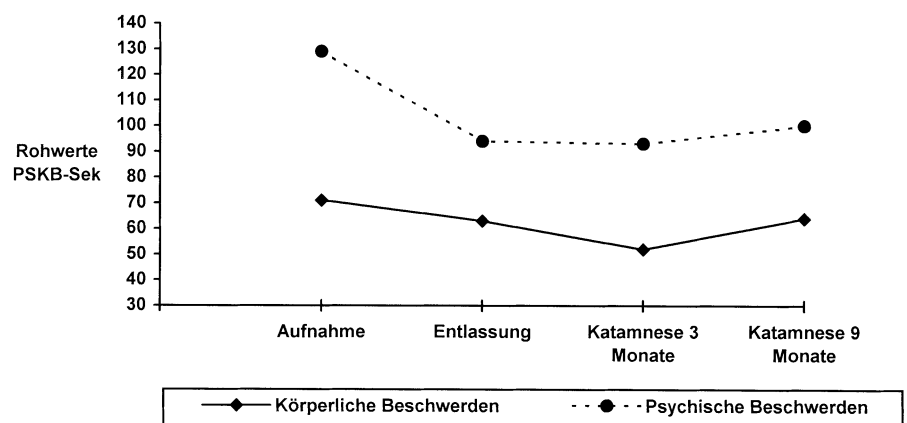


Abb. 3 ▲ Entwicklung der körperlichen und psychischen Beschwerden (Fallbeispiel)

Tabelle 1
Auswahl wichtiger Dokumentationsdaten zur Qualitätssicherung

Bereich	Einschätzung Therapeut	Einschätzung Patient
Patienten-Codierung (anonymisiert)		Personal-Identifizierungsziffer; Geburtsdatum; Untersuchungsdatum; Geschlecht
Überweisung, Versicherung (1)	Th 11 Überweisung Th 12 Veranlassung zur Untersuchung Th 13 Zuweisende Institution	Pt 11 Frühere Untersuchung/ Behandlung in dieser Klinik Pt 12 Krankenversicherung
Aktuelle soziale Situation (2)	Th 21 Berufliche Stellung Th 22 Wirtschaftliche Sicherung Th 23 Sprachgemeinschaft	Pt 21 Schulbildung Pt 22 Berufliche Situation Pt 23 Arbeitslosigkeit Pt 24 Sozialhilfe Pt 25 Familienstand Pt 26 Kinder Pt 27 Wohnsituation Pt 28 Zusammenleben mit
Vorausgegangene diagnostische/therapeutische Maßnahmen (3)	Th 31 Medizinische Abklärung Th 32 Inanspruchnahme med. Dienste Th 33 Aktuelle Medikation Th 34 Frühere psychotherap. Behandl. Th 35 Frühere psychiatr. Behandl. Th 36 Laufende psychotherap. Behandl. Th 37 Laufende psychiatr. Behandl.	Pt 31 Krankschreibung Pt 32 Krankenhausaufenthalte Pt 33 Kuraufenthalte Pt 34 Psychotherap. Behandl.
Klinisches Bild (4)	Th 41 SchädL. Gebrauch/Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Drogen, Nikotin Th 42 Suizidversuche Th 43 Dauer der aktuellen Erkrankung Th 44 „Jetzige Körpersymptome“ Th 45 „Psychische und soziale SympL.“ Th 46 „Beeinträcht.-Schwere-Score“	
Prognostische Einschätzung und Indikation (6)	Th 63 Weitere Gespräche Th 64 Therapieempfehlung Th 65 Ambulante Therapie Th 66 Krisenintervention Th 61 „Positive Persönlichkeits- und Beziehungsmerkmale“ Th 62 „Einstellung des Patienten“	Pt 61 „Therapieerwartung des Patienten“
Diagnostische Klassifikation (7)	Th 71 Diagnostik nach ICD-10	
Stationäre/ambulante Psychotherapie (Therapiebeginn) (8)	Th 83 „Therapeutische Arbeitsbeziehung“ (TAB-Th)	Pt 81 „Psychischer und Sozial- kommunikativer Befund, Selbsteinschätzung (PSKB-Se)“ Pt 83 „Therap. Arbeitsbeziehung“ (TAB-Pt)
Stationäre/ambulante Psychotherapie (Therapieende) (10)	Verlaufs- und Abschlußbericht Th 107 „Abschlußdiagnose ICD-10“ Th 105 „Globale Veränderungen“	Pt 101 „Psychischer und sozial- kommunikativer Befund, Selbsteinschätzung (PSKB-Se)“ Pt 105 „Globale Veränderungen“
Katamnese (11)		Pt 101 „Psychischer und sozial- kommunikativer Befund, Selbsteinschätzung (PSKB-Se)“ Krankschreibung Inanspruchnahme med. Dienste Aktuelle Medikation Psychotherap. Behandlungen Berufliche/Familiäre Situation

Behandlungsergebnis

Zieht man zur Beurteilung des *Behandlungsergebnisses* den Prä-Post-Vergleich der PSKB-Se-Skalen heran (Abb. 2a,b), so zeigten sich, gemessen an dem strengen Kriterium der kritischen Differenz, signifikante Besserungen in zwei der oben erwähnten Skalen [Körpernahe Angst (KÖÄ) und Zwanghaft-überfürsorgliche Beziehungen (ZÜB)]. Ebenfalls signifikant reduziert wurde die Skala „Ängstlich im Kontakt“ (Äkt); eine deutliche Reduzierung, die jedoch nicht den Wert der kritischen Differenz erreichte, zeigte sich in der Skala „Regressive Bindung“ (RegB). Die Ausprägung der Körpersymptom-Skala (SOM) verringerte sich nicht signifikant. Als die wichtigsten therapeutischen Themen betrachtete die Patientin im Rückblick neben dem Umgang mit ihren Ängsten die Probleme im Zusammenleben mit ihrem Vater und die Beziehungsprobleme mit ihrem (verheirateten) Freund. Ihre *Zufriedenheit* (Pt 104) mit dem stationären Aufenthalt betrachtete sie insgesamt als hoch, dabei schätzte sie die Wirkung von Einzeltherapie, therapeutischer Visite, Schwesterngespräche, Gespräche mit der Sozialarbeiterin und Musiktherapie besonders hoch ein, schwierig fand sie dagegen den Umgang in der Gruppe (Pt 103). Ihre positive Einschätzung des Therapieergebnisses entspricht der *Einschätzung der Stationstherapeuten*. Der Einzeltherapeut und die Teammitglieder bewerteten die Wirksamkeit der einzelnen therapeutischen Maßnahmen durchweg positiv (Th 103). Die deutlichsten positiven Veränderungen sahen sie im Bereich der Beziehungsproblematik der Patientin (Th 104).

Katamnese

Die Patientin vermittelt im *Katamnesegespräch* (3 Monate nach Entlassung) den Eindruck, inzwischen mit ihren Symptomen „weitgehend umgehen zu können“. Sie gibt an, daß sich seit dem stationären Aufenthalt ihr *stimmungs-mäßiger Zustand* sowie ihre Symptome sehr verbessert haben. Die *Zufriedenheit mit sich selbst* und ihrem Körper beschreibt sie ebenfalls als sehr verbessert. Die *Wirkung des stationären Aufenthalts* betrachtet sie nachträglich insgesamt als hoch, dabei schätzt sie – wie schon zum Zeitpunkt der Entlassung – die Wirkung der Einzelthera-

pie, der Visite, der Schwesterngespräche und der Musiktherapie als sehr hoch ein; auch die Wirkung der Gruppentherapie wird von ihr jetzt positiver eingeschätzt als bei der Entlassung.

In der schriftlichen katamnestischen Befragung 9 Monate nach Entlassung beschreibt sie positive Veränderungen ihrer Symptome und der Zufriedenheit mit ihrem Körper. Ihren stimmungsmäßigen Zustand und die Zufriedenheit mit sich selbst und ihren Beziehungen beschreibt sie als unverändert. Diese Einschätzungen der Patientin lassen sich auch anhand der Ergebnisse im PSKB-Se (Kurzform) über die vier Erhebungszeitpunkte nachvollziehen (Abb. 3).

Schlußfolgerungen im Hinblick auf Qualitätssicherung

Das beschriebene umfangreiche Dokumentationssystem schafft die Voraussetzung zur Bearbeitung vielfältiger Forschungsfragen. Für die Zwecke der Qualitätssicherung genügt daraus eine kleine Auswahl von Daten, so wie sie in Tabelle 1 zusammengestellt ist.

Die ersten 3 Datengruppen (Überweisung, aktuelle soziale Situation, vorausgegangene Maßnahmen) in Verbindung mit der 4. und 7. Gruppe (Klinisches Bild, diagnostische Klassifikation) liefern eine *klinische und soziale Charakteristik der Patienten*, welche in der Institution gesehen werden und beantworten damit auch die Frage nach der Stellung der Institution im Versorgungssystem.

Die Daten der Gruppe 6 „Diagnostische Einschätzungen“ und 8 „Beginn der stationären Psychotherapie“ enthalten *wichtige Indikatoren für die Behandlungschancen und Therapie-schwierigkeiten*. Hier sind es vor allem subjektive Einstellungen seitens der Therapeuten gegenüber den Patienten oder der Patienten gegenüber der Behandlung oder beider zueinander in der gemeinsamen Arbeit, welche als Prädiktoren für die Qualität des Therapieprozesses fungieren.

Die Qualität des Behandlungsergebnisses kann durch den Prä-Post-Vergleich des PSKB-Se und durch die abschließende Einschätzung der erzielten Veränderung durch alle beteiligten Therapeuten und die Patienten selbst

ermittelt werden (Datengruppe 8, 10, 11). Die katamnestische Untersuchung ist nicht nur geeignet, die Stabilität des Behandlungsergebnisses zu überprüfen, sondern auch die Frage des „Übergangs“ aus dem stationären in den ambulanten Bereich und somit die Vernetzung der Institution mit dem ambulanten Versorgungssystem zu untersuchen.

Die Qualitätssicherung in der Institution wird dadurch gefördert, daß alle diese Fakten in regelmäßigen Sitzungen vorgestellt und im Hinblick auf künftige Handlungsstrategien der Klinik diskutiert werden. Eine fallbezogene Qualitätssicherung erfolgt in der Institution weniger über die Rückmeldung der Daten, sondern über das dichte Netz der therapeutischen Kontakte (Einzel-, Gruppen-, Bewegungs-, Gestaltungs-, Musiktherapeuten, Visitenarzt, Schwestern, Sozialarbeiter etc.) und die zweimal wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen, in denen die therapeutische Entwicklung der einzelnen Patienten diskutiert und das therapeutische Vorgehen auf ihre Situation abgestimmt wird.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1996) **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual.** Huber, Bern
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1979) **Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde.** Springer, Berlin Heidelberg New York
- Bräutigam W (1980) **Zur Dokumentation psychosomatischer und neurotischer Krankheiten.** Z Psychosom Med 21: 301–315
- Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, Rad M v, Schors R (1993) **DKPM-Basisdokumentation für stationäre Psychosomatik und Psychotherapie.** Psychother Psychosom Med Psychol 43: 214–233
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991) **Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kap. V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien.** Huber, Bern
- Dührssen A (1977) **Dokumentation in der analytischen Psychotherapie.** Z Psychosom Med 23: 103–118
- Dührssen A, Bodenstein D, Holitzner WV, Horstkotte G, Ketler AR, Lieberz K, Rudolf G, Sandweg R, Stille D, Wagerer M (1980) **Das Berliner Dokumentations-system.** Z Psychosom Med 26: 119–157
- Koch C (1981) **FAPK Fragebogen zur Abschätzung des psychosomatischen Krankheitsgeschehens. Theoretische Grundlagen und Handlungsanweisungen.** Beltz, Weinheim
- Kordy H (1992) **Qualitätssicherung. Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort.** Z Psychosom Med 38: 310–324
- Löwe B, Clement U (1994) **Zur Operationalisierung des Körperbildes bei psychosomatischen Patientengruppen mit dem „Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)“.** In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg) Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongressband der 40. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, VAS Verlag für Akademische Schriften: 529–535
- Richter R (1994) **Qualitätssicherung in der Psychotherapie.** Z Klin Psychologie 23: 4, 233–235
- Rudolf G (1979) **Der psychische und sozialkommunikative Befund.** Z Psychosom Med 25: 1–16
- Rudolf G (1981) **Untersuchungen und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen.** Beltz, Weinheim
- Rudolf G (1991) **Die therapeutische Arbeitsbeziehung.** Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) **Die Berliner Psychotherapiestudie.** Z Psychosom Med 34: 2–18
- Schepank H (1987) **Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung.** Springer, Berlin Heidelberg
- Selbmann HK (1984) **Qualitätssicherung ärztlichen Handelns.** Bleicher, Gerlingen
- Selbmann HK (1992) **Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.** Fortschr Med 110: 183–186
- Vilmar K (1995) **Weiterentwicklung des Gesundheitswesens – Reform mit Sachverstand und Weitblick.** Dtsch Ärztebl 92: 1227–1235

Originalien

Anhang

Itemgruppen und Skalen des Heidelberger Dokumentationssystems

Patienten-Codierung (anonymisiert)

Personal-Identifizierungsziffer;
Geburtsdatum;
Untersuchungsdatum;
Geschlecht

1. Überweisung, Versicherung

Th 11 Überweisung (2)
Th 12 Veranlassung zur Untersuchung (3)
Th 13 Zuweisende Institution (2)

Pt 11 Frühere Untersuchung
Behandl. in der Klinik (2)
Pt 12 Krankenversicherung (5)

2. Aktuelle soziale Situation

Th 21 Berufliche Stellung (9)
Th 22 Wirtschaftliche Sicherung (3)
Th 23 Sprachgemeinschaft (3)

Pt 21 Schulbildung (9)
Pt 22 Berufliche Situation (12)
Pt 23 Arbeitslosigkeit (1)
Pt 24 Sozialhilfe (1)
Pt 25 Familienstand (7)
Pt 26 Kinder (1)
Pt 27 Wohnsituation (3)
Pt 28 Zusammenleben mit (9)

3. Vorausgegangene diagnostische/therapeutische Maßnahmen

Th 31 Medizinische Abklärung (3)
Th 32 Inanspruchnahme medizinischer Dienste (2)
Th 33 Aktuelle Medikation (8)
Th 34 Frühere psychotherapeut. Behandlungen (7)
Th 35 Frühere psychiatrische Behandlungen (2)
Th 36 Laufende psychotherapeutische Behandlungen (4)
Th 37 Laufende psychiatrische Behandlungen (2)

Pt 31 Krankschreibung (6)
Pt 32 Krankenhausaufenthalte (7)
Pt 33 Kuraufenthalte (2)
Pt 34 Psychotherap. Behandl. (4)

4. Klinisches Bild

Th 41 Schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von Alkohol, Medik., Drogen, Nikotin (16)

Th 42 Suizidversuche (2)

Th 43 Dauer der aktuellen Erkrankung (2)

Th 44 „Jetzige Körpersymptome“ (KörpSy-Th): Eine Körpersymptomliste (34 Items) aus der Berliner Psychotherapiestudie analog zur Körpersymptomliste in der Selbsteinschätzungsskala PSKB-Se (Rudolf 1991b)

Th 45 „Psychische und Soziale Symptomatik“ (PSKB-Th kurz) Auswahl von 22 symptomwertigen Items des PSKB (Rudolf 1979) zur Beschreibung von psychischen, sozialen und interaktionellen Merkmalen

Th 46 „Beeinträchtigung-Schwere-Score“ (BBS) nach Schepank (1987), 5stufige Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen Beeinträchtigung des Patienten

Pt Projektbezogene unterschiedliche Selbsteinschätzungsinstrumente

5. Psychodynamische Diagnostik

Th 51 „Zentrale Konflikte“ (entsprechend OPD): Die bisher verwendete Konflikttypologie wurde 1995 mit Fertigstellung des OPD-Systems (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) diesem angeglichen und erfasst die Konflikte der Abhängigkeit versus Autonomie, Unterwerfung versus Kontrolle, Versorgung versus Autarkie, Selbstkonflikte, Über-Ich- und Schuldkonflikte, ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte, fehlende Konfliktwahrnehmung.

Th 52 „Modus der Konfliktverarbeitung“ (eigene Entwicklung). Neun neurotische Verarbeitungsmodi können angekreuzt werden (schizoid, altruistisch, überkompensatorisch, regressiv, normativ, narzisstisch, manisch-philobatisch, zwanghaft, hysterisch).

Th 53 „Ich-Selbst-Objektbeziehungen“ (ISO-Th-II) (eigene Entwicklung). Diese Einschätzung der Struktur des Ich, des Selbst und der Objektbeziehungen (21 Items) wurde 1995 inhaltlich an die Achse Struktur der OPD angeglichen. Die Einschätzung erfolgt für vier strukturelle Integrationsniveaus.

6. Prognostische Einschätzung und Indikation

Th 63 Weitere Gespräche (5)

Th 64 Therapieempfehlung (9)

Th 65 Ambulante Therapie (9)

Th 66 Krisenintervention (3)

Th 61 „Positive Persönlichkeits- und Beziehungsmerkmale“ (MOTIV II). Leicht abgewandelte Skala aus der Berliner Psychotherapiestudie. Positive Persönlichkeits- und Beziehungsaspekte des Patienten bzw. deren Fehlen werden in 8 Items 7stufig skaliert abgebildet.

Th 62 „Einstellung des Patienten“ (EIN). Skala aus der Berliner Psychotherapiestudie. Erfasst in 6 Items die Eigenmotivation des Patienten.

Th 61 „Therapieerwartung des Patienten“ (THERW). Skala aus der Berliner Psychotherapiestudie. Patientenselbsteinschätzung in 17 Items betreffend Zielvorstellungen und Erwartungen des Patienten im Hinblick auf eine Psychotherapie.

7. Diagnostische Klassifikation

Th 71 Diagnostik nach ICD-10 (entsprechend Anordnung in OPD)

Th 72 Diagnostik nach ICD-9

8. Stationäre/ambulante Psychotherapie (Therapiebeginn)

Th 81 „Zentrale Konflikte“ (entsprechend Th 51)

„Modus der Konfliktverarbeitung“ (entsprechend Th 52)

Konfliktverarbeitung (entsprechend Th 52)

Th 82 „Ich-Selbst-Objektbeziehungen“ (ISO Th II. Entsprechend Th 53)

Die drei Skalen Th 81, 82, 83 sind identisch mit Th 51, 52, 53. Während die ambulante Untersuchung in 1–2 Sitzungen eine orientierende Einschätzung erlaubt, erfolgt nun unter den Bedingungen des stationären Aufenthalts eine erneute Einschätzung dieser psychodynamisch zentralen Elemente.

Th 83/ „Therapeutische Arbeitsbeziehung“ (TAB-Th; TAB-Pt). Skala aus der Berliner Psychotherapie, welche die Beziehungssituation in der Zusammenarbeit aus der Sicht des Therapeuten bzw. des Patienten abbildet (20 Items auf einer 4stufigen Skala nach den ersten Einzeltherapiesitzungen)

Pt 81 „Psychischer und Sozialkommunikativer Befund“ (PSKB-Se) Rudolf 1991. Psychoanalytisch fundierter Fragebogen, der neben einer Beschwerdeliste vor allem therapierrelevante intrapsychische und interaktionale Einstellungen des Patienten erfaßt. Verwendet wird eine revidierte (verkürzte) Fassung, welche 9 Skalen mit insgesamt 91 Items enthält. Durch Wiederholungsmessung bei Therapieende kann die Befundveränderung im Prä-Post-Vergleich erfaßt werden. Der Fragebogen ist für eine Inanspruchnahmeklientel alters- und geschlechtsnormiert.

Pt 82 „Offenheit und Realitätssinn“ (ORS). Der Fragenbogen enthält die Skala Offenheit des Bond-Fragebogens und die Skala Realitätssicht des Fragebogens zur Abschätzung des psychosomatischen Krankheitsgeschehens (Koch 1981). Beide Skalen sind von prognostischer Bedeutung für Psychotherapieindikation und -verlauf.

Pt 83 „Fragebogen zum Körperbild“ (FKB-20). Der im Haus entwickelte Bogen (Löwe u. Clement 1995) bildet in 20 Items das Körpererleben der Patienten ab.

9. Stationäre/ambulante Psychotherapie (Verlauf)

Verlaufsbericht im Klartext: Die Abschnitte der Einzeltherapie (Bericht Th 100).

Projektgebundene Prozessinstrumente (Kelly Grid, SASB, Umstrukturierungsskala etc.) sind nicht Gegenstand der Basisdokumentation)

10. Stationäre/ambulante Psychotherapie (Therapieende)

Th 100 Der als Klartext (Umfang 2–5 Seiten) gegebene Verlaufs- und Abschlußbericht des Einzeltherapeuten ist nach folgenden Stichworten gegliedert: Therapeutischer Rahmen; Diagnose; Therapiefokus; Anfangsphase der Behandlung; mittlere Phase; Endphase der Behandlung; abschließende Beurteilung bezüglich Verlauf und Ergebnis der Einzelbehandlung sowie Prognose der weiteren Entwicklung

Th 101 „Ich-Selbst-Objektbeziehungen – Veränderung (ISO-Th-VER)“. Die in ISO-Th-II als Eingangsbefund eingeschätzten strukturellen Auffälligkeiten werden hier vom Einzeltherapeuten auf 21 Items hinsichtlich ihrer Veränderung beurteilt.

Th 102 „Therapiebedingte strukturelle Veränderungen (TSV-Th)“. Skala aus der Berliner Psychotherapiestudie. Direkte Veränderungsbeurteilung durch den Einzeltherapeuten. Auf 7 Items werden strukturelle Veränderungen im Hinblick auf Abwehrhaltungen, Konfliktlösestrategien, Verständnis eigener Lebensgeschichte, Auseinandersetzung mit Genesepersonen, neuen Erlebnismöglichkeiten, Selbstwertgefühl und sozialen Verhaltensmöglichkeiten eingeschätzt (bipolar 7stufig).

Th 103/ „Therapeutische Arbeitsbeziehung (TAB-Th; TAB-Pt)“

Pt 103 Gleiche Skala wie Th 83/Pt 83

Th 104 „Therapeutische Wirkung (WI-Th; WI-Pt)“. Der Bogen wird von allen Behandlern ausgefüllt, die therapeutischen Kontakt zum Patienten hatten (bei stationärer Therapie z.B. Einzel-, Gruppen-, Ergo-, Gestaltungs-, Musiktherapie, Schwesterngespräche, Visite, KBT). Eine Parallelform füllt der Patient aus, indem er die Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsformen aus seiner Sicht einschätzt (7stufig bipolar).

Th 105/ „Globale Veränderungen (Ver-Th; Ver-Pt)“. Der Bogen wird von allen ausgefüllt, die therapeutischen

Pt 105 Kontakt zum Patienten hatten (wie bei WI-Th). Auf 7stufigen, bipolaren Skalen werden Veränderungen hinsichtlich psychischer und körperlicher Symptome, Beziehungsproblemen, dem Sozialverhalten und der Leistungsfähigkeit eingeschätzt. Eine Parallelform füllt der Patient aus, indem er seine Zufriedenheit mit sich selbst, seinem Körper, seinen Beziehungen und seinen Zukunftsaussichten einschätzt.

Th 106/ „Fokus-Th; Fokus-Pt“. Speziell zur Erfassung des fokalen Themas und dessen Entwicklung wurde der

Pt 106 Fokusfragebogen entworfen, den Patient und Einzeltherapeut zu beiden Untersuchungszeitpunkten ausfüllen. Er erfaßt, qualitativ, im Klartext den Therapiefokus und dessen Veränderungen. Zugleich wird das Ausmaß der Fokusveränderung mit Hilfe einer visuellen Analogskala vom Therapeuten beurteilt, so daß quantitative, vom Inhalt unabhängige Auswertungen möglich sind.

Pt 101 „Psychischer und Sozialkommunikativer Befund, Selbsteinschätzung (PSKB-Se)“. Wiederholungsmessung zum Zwecke des Prä-Post-Vergleichs (s. Pt 81).

Pt 102 „Offenheit und Realitätssicht (ORS)“. Wiederholungsmessung zum Prä-Post-Vergleich (Pt 82).

Pt 103 „Fragebogen zum Körperbild“ (FKB 20). Wiederholungsmessung zum Zweck des Prä-Post-Vergleichs (s. Pt 83).

Th 107 „Abschlußdiagnose ICD-10“

Th 108 „Abschlußdiagnose ICD-9“