



Routinedaten in der Psychiatrie

Prof. Dr. med. Hermann Spießl

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Bezirkskrankenhaus Landshut

Universität Regensburg

Bezirkskrankenhaus Landshut



Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik:
210 Betten, 20 tagesklinische Plätze u. Institutsambulanz

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik:
32 Betten, 14 tagesklinische Plätze u. Institutsambulanz (in LA)
und 12 tagesklinische Plätze u. Institutsambulanz (in PA)
und 15 tagesklinische Plätze u. Institutsambulanz (in DEG)

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

- Allgemeine Akutpsychiatrie
- Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik
- Klinische Suchtmedizin
- Gerontopsychiatrie
- Tagesklinik
- Institutsambulanz



Dokumentation in den Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie

1.

Verlaufsdokumentation („Krankengeschichte“)

- ◆ Krankenblatt
- ◆ Befundsammlung
- ◆ Verlaufskurve

Routinedokumentation

- ◆ §301-Daten SGB V
- ◆ Basisdokumentation (BADO)

**zusätzlich neu: Daten nach
Psych-Entgeltsystem: OPS**

Gliederung des Vortrags

1. BADO – Geschichte,
Kritik u. Limitationen

2. BADO – Anwendung,
Items u. Funktionen

3. BADO – potentielle
Entwicklungen

Geschichte der BADO

1.

- 1846 „Normal-Schema“, Flemming
- 1982 DGPN-BADO, Dilling et al.
- 1995 DGPPN-BADO, Cording et al.

- 1998 Psy-BaDo, Heuft & Senf
- 2001 BADO-K (Sachsen), Kallert & Becker
- 2002 AmBADO (Bayern), Berger & Welschehold
- 2005 CL-BaDo, Söllner und Arbeitsgruppe CL

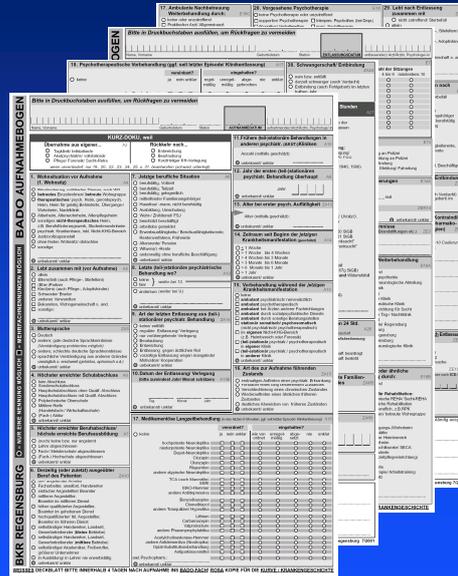
- 2008 Hauptstadtsymposium, Gaebel, Spießl, Becker
- 20?? Revision DGPPN-BADO und mehr ?

DGPPN-BADO

1995 von Cording und der Arbeitsgruppe „Basisdokumentation und Ergebnisqualität“ im DGPPN-Referat „Qualitätssicherung“ entwickelt

Aufnahme- und Entlassungsbogen

Soziodemographische u. erkrankungsbezogene Variablen (ca. 70)



BADO-Variablen (Auswahl)

Soziodemographische Variablen

- Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation
- Muttersprache und Migrationserlebnis
- Schulabschluss, Berufsabschluss, Berufliche Situation
- Rechtsgrundlage und Betreuungssituation

Krankheitsbezogene Variablen

- Alter bei Ersterkrankung
- Suizidalität und Aggressivität im Vorfeld
- CGI und GAF bei Aufnahme
- Psychiatrische und somatische Diagnosen

Variablen des Behandlungsprozesses

- Psychopharmakotherapie und Probleme bei der Psychopharmakotherapie
- Psychotherapie und Probleme bei der Psychotherapie
- Andere therapeutische Maßnahmen
- Spezielle Diagnostik
- Suizidversuch und Aggression während des Aufenthalts
- Entweichung und Fixierung

Outcome-Variablen

- CGI (Teil 1 und 2) bei Entlassung
- GAF bei Entlassung

Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst:

**Ähnlich bei
Pflegepersonal !**

1.

Eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken

A. Putzhammer¹, I. Senft¹,
H. Fleischmann², H. E. Klein¹,
M. Schmauß³, W. Schreiber¹,
G. Hajak¹

**13,7 Wochenstunden/
Station (statt 8,7 WSt.)
für Dokumentation und
Administration!**

**Zeit-Shift:
Patientenbehandlung <
Dokumentation > !**

Hoffmann & Rieger 2010

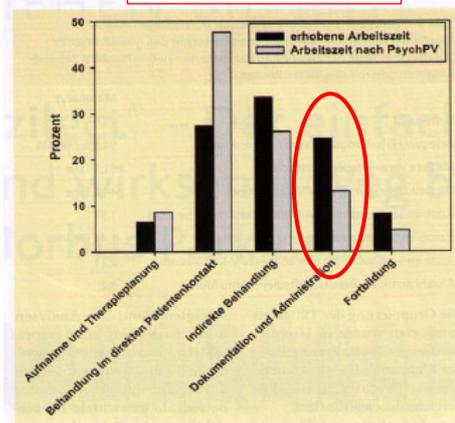


Abb. 1 ▲ Relativer Anteil der einzelnen Tätigkeitsbereiche an der gesamten ärztlichen Arbeitszeit (Ärzte im Stationsdienst); Vergleich der in der Tätigkeitsanalyse erhobenen Zeitwerte (100% = 55,9 Stunden) mit den gemäß PsychPV kalkulierten Werten (100% = 65,9 Stunden).

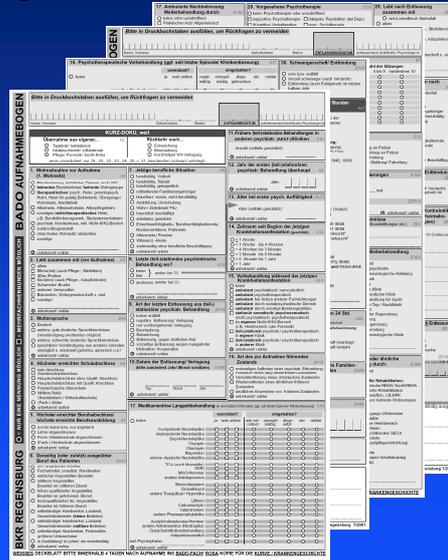
Kritik und Limitationen der BADO

1.

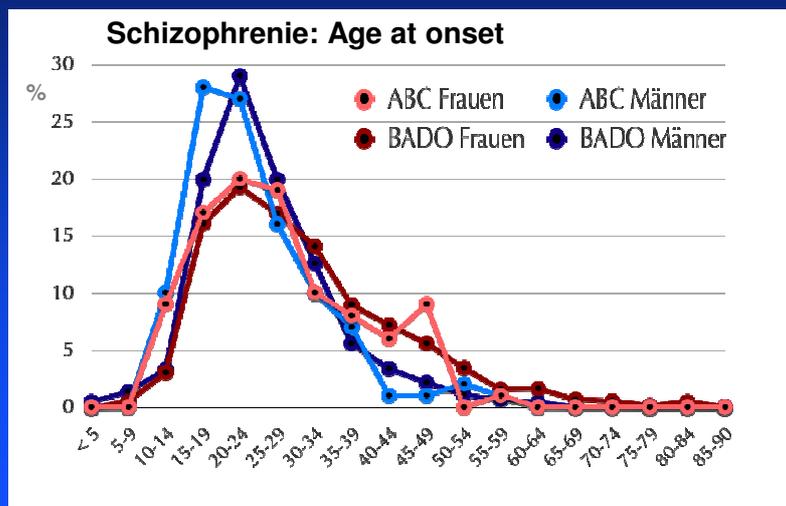
- Zusätzlicher Aufwand und dadurch geringe Akzeptanz
- Keine ereignisbezogene Dokumentation
- Keine institutionsübergreifende Datenerfassung
- Fragliche Datengüte (Gütekriterien, Evidenzbasierung)

Datengüte der BADO

- ◆ Vollständigkeit
- ◆ Plausibilität
- ◆ Theoriekonformität
- ◆ Validität
- ◆ Reliabilität
- ◆ Prädiktive Kraft



Theoriekonforme „valide“ Daten



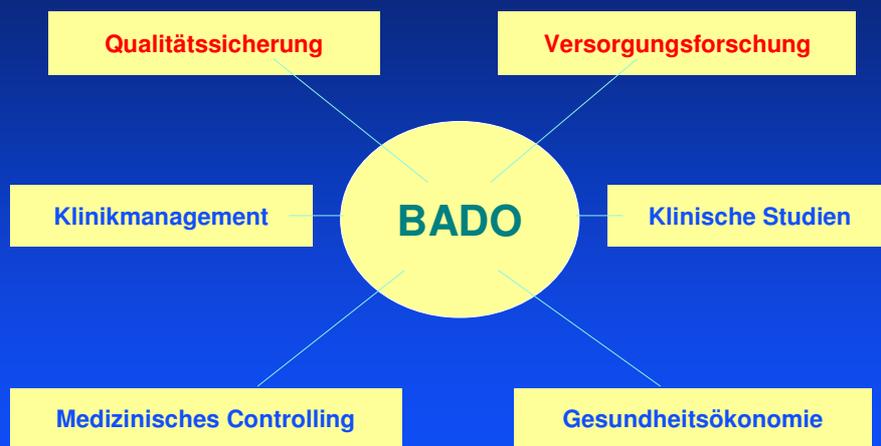
Prädiktive Daten

z.B.
Prädiktion zukünftiger forensischer Aufnahmen bei stationär-psychiatrischen Patienten (nach UbG) innerhalb von drei Jahren nach Indexaufnahme

Güte des Vorhersagemodells:
Sensitivität: 0,78
Spezifität: 0,71

Prädiktoren:	Beta
Aufnahme CGI-S	0.102
Alter	-0.569
Geschlecht 'w'	-0.643
Selbstbeschädigung	-0.047
Bedrohung	0.264
Fixierung	-0.122
Entl. geg. Rat	0.245
Entlassung CGI-S	0.318
Entlassung GAF	-0.307
Erstdiagnose F0	-0.159
Erstdiagnose F1	0.394
Erstdiagnose F3	-0.061
Erstdiagnose F7	-0.048
Zweitdiagnose F1	0.065
Zweitdiagnose F2	-0.085
Zweitdiagnose F4	-0.121
Zweitdiagnose F6	0.178
Zweitdiagnose F7	-0.120

Anwendungsgebiete der BADO



Voraussetzung: Richtige Methoden u. Risikoadjustierung!

Wichtigste („klassische“) Indikatoren

Elementar: Alter, Geschlecht und Diagnosen

Prozessqualität

- ◆ Diagnostische Maßnahmen
- ◆ Psychopharmakotherapie
- ◆ andere somat. Therapien
- ◆ Psychotherapie
- ◆ Soziotherapie
- ◆ Komplikationen: Todesfälle, Suizidalität, Aggression, Fixierung, Entweichung, Entlassung gegen ärztl. Rat

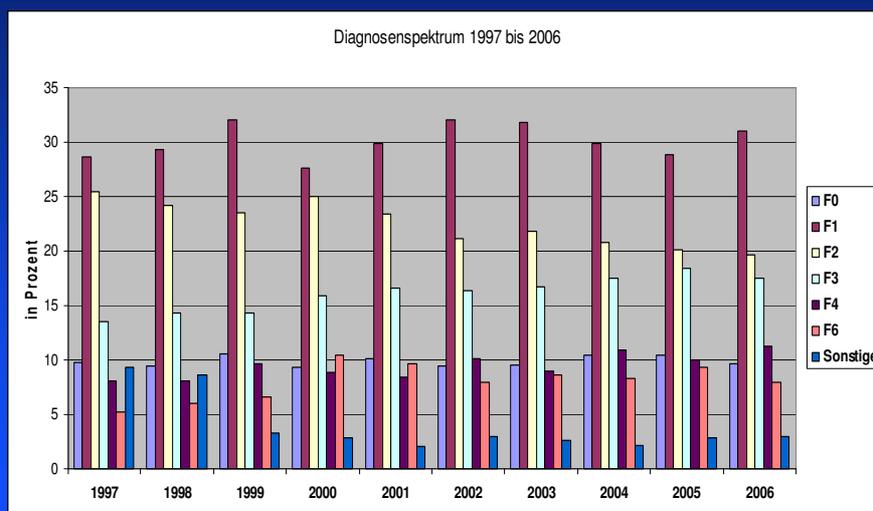
Ergebnisqualität

(„Outcome“)

- ◆ GAF
- ◆ CGI (Teil 1 u. 2)
- ◆ soziales Outcome
- ◆ (kumulierte) VWD
- ◆ Wiederaufnahme

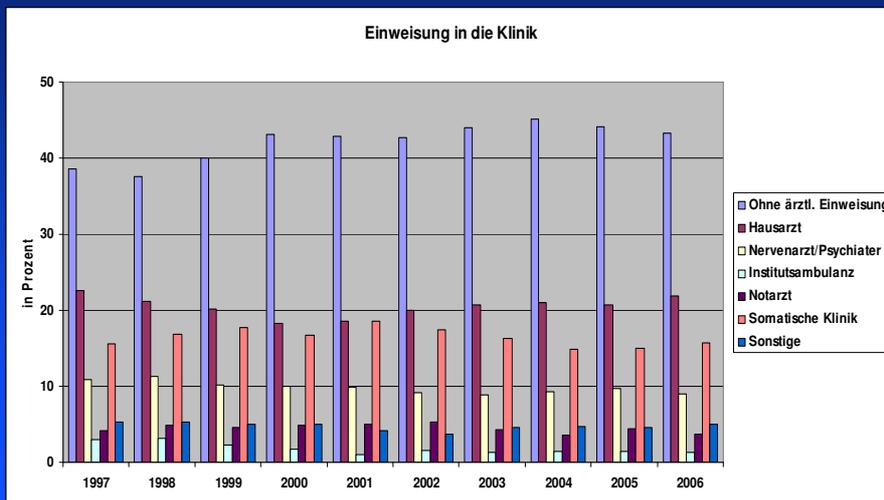
**Nicht in der BADO:
Lebensqualität und
Patientenzufriedenheit**

Ändert sich das Diagnosespektrum?



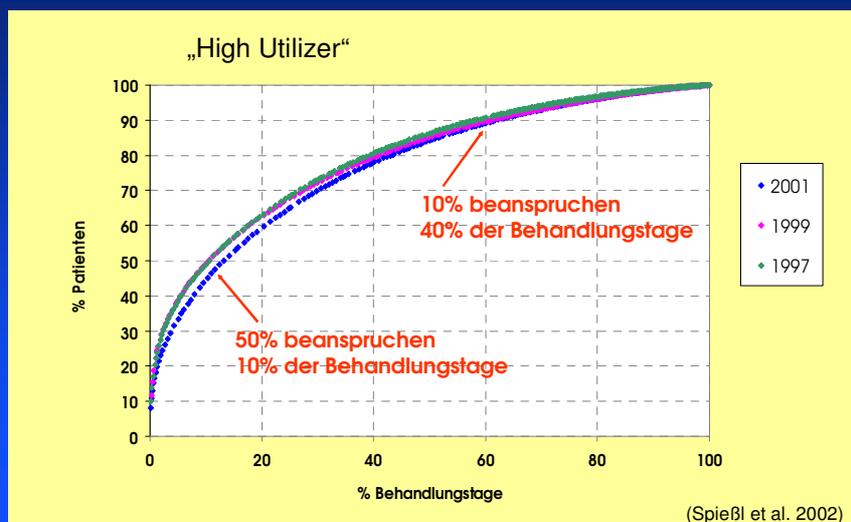
(Hübner-Liebermann et al. 2008)

Wer weist die Patienten ein?



(Hübner-Liebermann et al. 2008)

Wie ist die Inanspruchnahme der stationären Behandlung?



(Spießl et al. 2002)

Lässt sich High Utilization vorhersagen?

2.

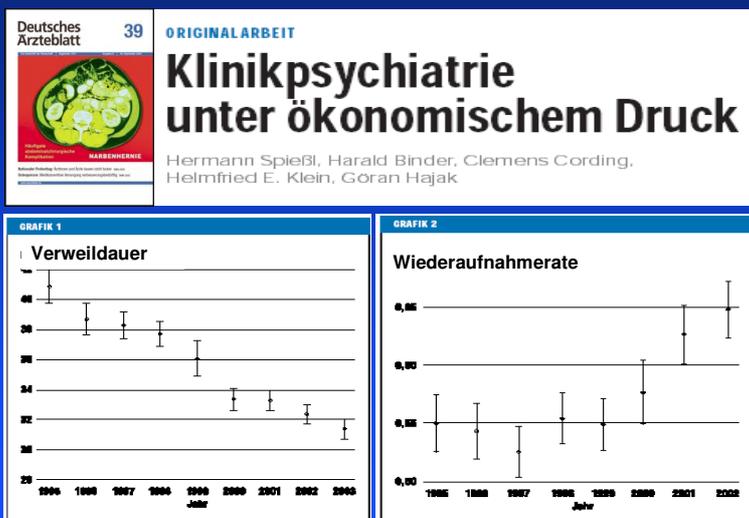
Prädiktor-Variablen	B	SF	Beta	p-Wert
Schizophrenie	59,996	5,499	0,214	0,000
Persönlichkeitsstörung	31,479	10,138	0,059	0,002
Antidepressiva	40,353	4,373	0,179	0,000
Verhaltenstherapie	44,617	5,689	0,150	0,000
Sozialtherapeutische Maßnahmen	52,614	7,275	0,140	0,000
Betreute Wohnform nach Entlassung	65,197	9,635	0,135	0,000
Gesetzliche Betreuung bei Entlassung	18,258	4,993	0,081	0,000
GAF bei Entlassung	- 0,505	0,124	- 0,088	0,000
Sachbeschädigung vor Indexaufnahme	24,770	11,662	0,041	0,034
Anzahl stationärer Aufnahmen	24,266	0,948	0,486	0,000

Multiple lineare Regression: $F=121,056$; $df=10$; $p<0,0001$; $\text{korr. } R^2=0,428$

(Spießl et al. 2002)

Wie ist der Zusammenhang zwischen Verweildauer und Wiederaufnahmerate?

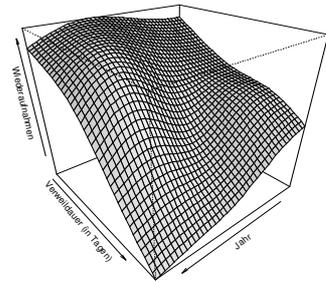
2.



... und wie ist der Zusammenhang mit dem Grad der Besserung?

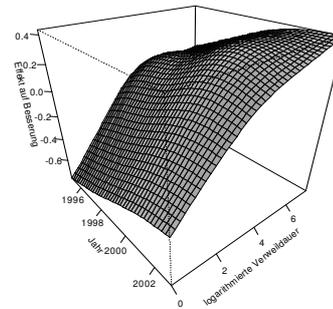
2.

VWD u. Rehospitalisierung



1. Rehospitalisierung bei kürzerer Verweildauer häufiger
2. Im Verlauf der Jahre geringere Rehospitalisierung

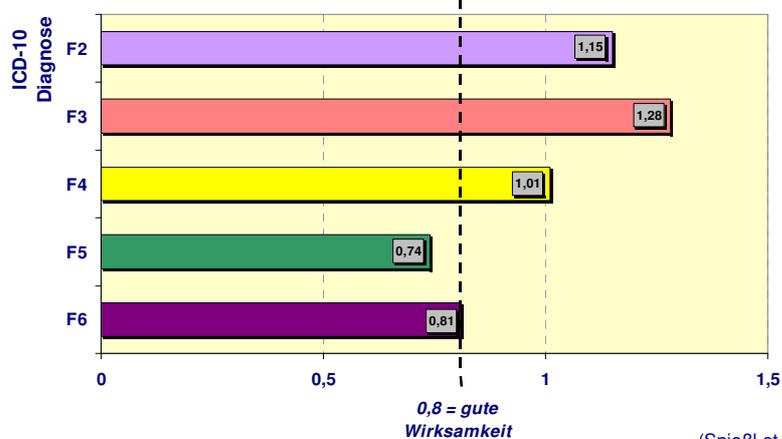
VWD u. Besserung (CGI-I)



1. Bei längerer Verweildauer größere Besserung
2. Im Verlauf der Jahre größere Besserung

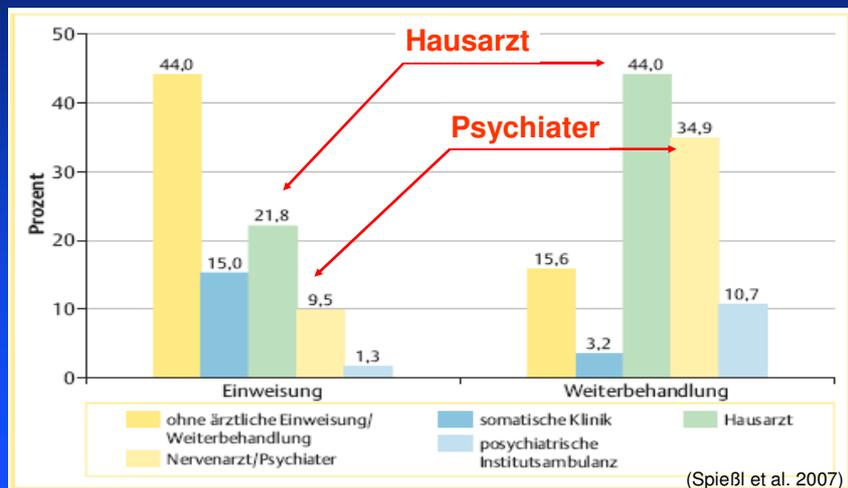
Wie effektiv ist die Klinikbehandlung?

2.



Werden Patienten an niedergelassene Ärzte weitervermittelt?

2.



Wen behandelt der niedergelassene Psychiater / Nervenarzt weiter?

2.

Prädiktor-Variablen	Beta	OR	95 % CI	p-Wert
Suchterkrankung (F1)	- 1,435	0,238	0,147-0,385	0,000
Schizophrenie (F2)	1,276	3,581	2,455-5,225	0,000
Affektive Störung (F3)	0,898	2,456	1,669-3,612	0,000
Neurotische Störung (F4)	0,443	1,557	0,967-2,507	0,068
Keine ärztliche Einweisung	1,063	2,896	1,850-4,535	0,000
Einweisung durch Hausarzt	0,992	2,697	1,645-4,422	0,000
Einweisung durch Psychiater	2,614	13,655	7,736-24,105	0,000
Einweisung durch somatische Klinik	0,848	2,336	1,365-3,998	0,002
Neuroleptika in der Klinik	0,550	1,734	1,256-2,393	0,001
Schweregrad (CGI) bei Entlassung	- 0,165	0,848	0,752-0,957	0,008
Verweildauer	0,005	1,005	1,000-1,010	0,036
Alter bei Aufnahme	- 0,013	0,987	0,975-0,999	0,038
Alter bei Ersterkrankung	- 0,010	0,990	0,979-1,001	0,070

OR = Odds Ratio; Regressionsmodell: $\chi^2 = 1512,799$; $df = 13$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,382$

(Spießl et al. 2007)

(Potentielle) BADO-Funktionen

- Krankengeschichten, (Kurz-)Arztbriefe, Formulare, Sofort-Info für Wiederaufnahmen → KIS
- Klinikinterne Quartalsberichte
- Fehlbelegungsprüfungen (MDK)
- Strukturierte Qualitätsberichte gemäß §137 SGB V
- Krankenhausvergleiche („Benchmarking“)
- Zertifizierungsverfahren (EFQM, KTQ, DIN EN ISO)
- Regionale Psychiatrieberichterstattung
- Leitlinienkonformität (DGPPN)
- Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder und des Bundes
- Regionale und überregionale Psychiatrieplanung

Grundzüge einer BADO-Revision

- Soziodemographische und krankheitsbezogene anamnestische Variablen deutlich straffen
- Behandlungsprozess spezifizieren (insbesondere Psychopharmakotherapie)
- Behandlungsergebnis um subjektive Komponente (Lebensqualität, Patientenzufriedenheit) und soziales Outcome (Wohnen, Arbeit, Kontakte) erweitern
- Verschiedene Datensysteme (BADOs) verbinden
- Sektorübergreifende Erfassung
- Umsetzung von Leitlinien in Form von berechenbaren Qualitätsindikatoren operationalisieren

Qualitätskriterien für klinische Messgrößen nach ÄZQ*

3.

- ◆ Relevanz von klinischen Messgrößen für die Gesundheitsversorgung: Konsens über Bedeutung der Versorgungsaspekte, Beeinflussbarkeit des Versorgungsaspekts, Relevanz, Ausgewogenheit, Kosten-Nutzen-Verhältnis, Aktualität / Planmäßige Überprüfung
- ◆ Qualität einer klinischen Messgröße: Verständlichkeit, Validität, Reproduzierbarkeit, Reliabilität, Diskriminationsfähigkeit, Adjustierbarkeit
- ◆ Qualitätsdarlegung für klinische Messgrößen: Dokumentation der Entwicklung des Programms, Transparenz, Beteiligung Betroffener, Verwendung der Messergebnisse

* ÄZQ: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung

Health Care Quality Indicators Project

3.

Selecting Indicators for the Quality of Mental Health
Care at the Health Systems Level in OECD Countries

Richard Hermann, Soeren Mattke and the Members
of the OECD Mental Health Care Panel

Strukturierter Review-Prozess mit folgenden Auswahlkriterien:

1. Importance: Impact on health, policy importance, susceptibility to being influenced by the health care system
2. Scientific soundness: Face validity, content validity
3. Feasibility: Data availability, reporting burden

* OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

Health Care Quality Indicators Project

Results of the Indicator Selection Process

5. A total of 134 indicators from 24 different sources were initially identified by the Secretariat. To reduce this list to a number of indicators that could be reasonably evaluated by the Panel, the Chair in collaboration with the Secretariat identified a short list of 24 indicators, which met the following screening criteria:

- The indicator measures the technical quality with which care is provided, not interpersonal or consumer perspectives;
- The indicator is focused on quality of care, not on cost or utilisation;
- The indicator is built on a single item, not on a multi-item scale;
- The indicator is likely to be useful in quality assessment at the health care system level, rather than the provider level; and
- The indicator can likely be constructed from administrative data using uniform coding systems (e.g., ICD 9 or DSM codes), rather than might require dedicated data collection or non-standardized data elements.

6. Five of those 24 indicators met the initial selection criteria, whereas four indicators were rejected using those criteria. The Mental Health Panel evaluated the remaining 15 indicators through a series of conference calls and email discussions and converged on a final list of 12 indicators that are listed in Table 2. A detailed discussion of their importance and scientific soundness can be found in Annex 1.

HCQI: Reichen 12 Indikatoren aus?

Kriterien der Versorgung gemäß OECD-HCQI-Mental Health*

Area	Indicator Name
Continuity of Care	Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation
	Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/ substance related conditions
	Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates
	Continuity of visits after mental health-related hospitalisation
Coordination of Care	Case management for severe psychiatric disorders
Treatment	Visits during acute phase treatment of depression
	Hospital readmissions for psychiatric patients
	Length of treatment for substance-related disorders
	Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients
	Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase
	Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase
Patient Outcomes	Mortality for persons with severe psychiatric disorders

* OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development; HCQI: Health Care Quality Indicators Project

Kriterien der Versorgung gemäß JCAHO*

- ◆ Zugänglichkeit der Versorgung (accessability)
- ◆ Rechtzeitigkeit der Versorgung (timeliness)
- ◆ Angemessenheit der Versorgung (appropriateness)
- ◆ Kontinuität der Versorgung (continuity)
- ◆ Wirksamkeit in der Versorgungspraxis (effectiveness)
- ◆ Wirksamkeit unter Idealbedingungen (efficacy)
- ◆ Wirtschaftlichkeit der Versorgung (efficiency)
- ◆ Patientenorientierung in der Versorgung (patient perspective)
- ◆ Sicherheit in der Versorgungsumgebung (safety)

* JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Resümee

DGPPN-BADO ist aktuell *eine* wichtige Datengrundlage

- ◆ in der internen und externen Qualitätssicherung,
- ◆ in der psychiatrischen Versorgungsforschung,
- ◆ im evidenzbasierten Klinikmanagement,
- ◆ im Medizinischen Controlling,
- ◆ bei klinischen Studien und
- ◆ bei gesundheitsökonomischen Fragestellungen.

Neue Routinedatensysteme sollten berücksichtigen:

- ◆ Multiperspektivität (Patient, Therapeut, Kostenträger)
- ◆ Multidimensionalität des Outcomes
- ◆ Behandlungsleitlinien
- ◆ Sektorenübergreifende Versorgung