

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (HG.)

Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund

Bericht zum Forschungsprojekt
»Konzeption, Entwicklung und Erprobung
eines integrierten und kompatiblen
patientenorientierten Dokumentationssystems«

Autorengruppe
Prof. Dr. Peter Kruckenberg
Christian Reumschüssel-Wienert
Dr. Andreas Brand
Dr. Peter Grampp



Psychiatrie-Verlag

Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.). Dokumentation im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt »Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten und kompatiblen patientenorientierten Dokumentationssystems«. Psychiatrie-Verlag, Bonn
ISBN 3-88414-426-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Danksagung

Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung und Beratung, den von uns besuchten Diensten und Einrichtungen für ihre Unterstützung und ihr Interesse sowie den Softwarefirmen für den hoffentlich beiderseitig weiterführenden Austausch. Ganz besonders danken wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Aktion Psychisch Kranke für immerwährende optimale Begleitung.

Für die Arbeitsgruppe
Professor Dr. Peter Kruckenberg

1. Auflage 2006

© Aktion Psychisch Kranke e.V., Bonn

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung der Herausgeberin vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herstellung: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Umschlaggestaltung: p.o.l. kommunikation design

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: Kessler Druck + Medien, Bobingen

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Inhalt

Vorwort 7

Zusammenfassung 9

1 Auftrag und Ansatz des Projektes 22

1.1 Projektauftrag – Ziele und Aufgaben des Forschungsprojekts 22

1.2 Zur Organisation des Dokumentationsprojektes 25

1.3 Zum methodischen Vorgehen im Dokumentationsprojekt 26

2 Zur Funktion von Dokumentationssystemen in der Medizin und im Sozialwesen 29

2.1 »Schädliche« Nebenwirkungen von Dokumentationssystemen 30

2.2 Anforderungen an ein prozessorientiertes integriertes
Dokumentationssystem in einer Region 33

**3 Konzeptioneller Ausgangspunkt des Projekts integrierte Behandlung und
Rehabilitation in einem personenzentrierten Hilfesystem. Folgerungen
für einen IPDS** 36

3.1 Grundlagen. Subjektorientierte Behandlung und Betreuung.
Mehrdimensionales Konzept von Gesundheit, Krankheit
und Behinderung 36

3.2 Die Ebenen eines integrierten personenzentrierten Hilfesystems 38

3.2.1 Arbeitsebene 38

3.2.2 Ebene der Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Region 41

3.2.3 Ebene der regionalen Ressourcensteuerung 42

3.2.4 Sozialrechtliche Ebene 46

4 Rechtliche Vorgaben zur Dokumentation 48

4.1 Rechtliche Instrumente zur Festlegung von Dokumentationspflichten 48

4.1.1 Dokumentation in der medizinischen Behandlung und Rehabilitation 48

4.1.2 Dokumentation in der Eingliederungshilfe 55

4.1.3 Dokumentation in der Pflege 57

4.1.4 Dokumentation in »Heimen« 59

4.1.5 Rechtliche Vorgaben – Zusammenfassung 60

5 Informationelle Selbstbestimmung und vernetzte Dokumentation – Der Schutz personenbezogener Daten in vernetzten Dokumentationssystemen	61
5.1 Datenschutz	63
5.2 Der Eintritt in das psychiatrische Behandlungssystem	67
5.3 Pflichten zur Offenbarung	68
5.4 Erbringen von Daten an die Sozialversicherungsträger	69
5.5 Transparenz	69
5.6 Lösch- und Korrekturrechte der Patienten/Klienten	71
5.7 Regressansprüche des Patienten/Klienten	72
5.8 Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Einsichtsrechte des MDKs	72
5.9 Forschung und Krankenkassen	73
5.10 Forschung und Erfassung in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Verbundsystem	73
5.11 Andere Informationsinteressen der Leistungsträger	75
5.12 Datenausch mit dem Sozialhilfeträger und dem Sozialversicherer	75
5.13 Der Datenausch in einem integrierten Hilfesystem	76
5.14 Die Form der Einwilligung	76
5.15 EDV-technische Umsetzungsbedingungen innerhalb einer Einrichtung	79
5.16 EDV-technische Umsetzungsbedingungen über Einrichtungsgrenzen hinaus	80
6 Technisch-organisatorische Rahmenbedingungen der Dokumentation	81
6.1 Potenziale und Restriktionen der Telematik	81
6.2 Politische Initiativen und Programme	85
6.2.1 Initiativen des Bundes und der Länder	86
6.3 Zentrale Problembereiche/Zusammenfassung	88
6.3.1 Telematikplattform – Standards und Schnittstellen	88
6.3.2 Sicherheitsinfrastruktur	89
6.3.3 Rechtliche Fragen – Datenschutz	90
6.4 EDV-gestützte Dokumentation in der psychiatrischen Versorgung	91

7 Aufbau eines integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems in einer Region: IPDS	98
7.1 Zur technischen Umsetzung des EDV-gestützten IPDS	100
8 Aufbau eines klientenbezogenen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems: IPDS-K	102
8.1 Die Dokumentation prozessorientierter Behandlung und Rehabilitation	103
8.2 Wann muss dokumentiert werden – Haltepunkte und Knotenpunkte	106
8.3 Die Rahmenstruktur für klientenzentrierte Dokumentation	109
8.4 Die analoge Struktur des IPDS	113
8.5 Die hierarchische Struktur des IPDS-K	114
8.6 Dokumentationsplanung und Vernetzung	117
8.7 Die Dokumentationsblöcke	118
8.7.1 Block A: Aufnahme	121
8.7.2 Block D: Diagnostik und Abklärung	127
8.7.3 Block B: Behandlungsplanung (Hilfeplanung)	139
8.7.4 Block V: Vorgehen und Verlauf	147
8.7.5 Block E: Abschlussdokumentation (Entlassung)	156
8.8 Umsetzungsschritte zu einem IPDS-K	158
8.8.1 Die Ausgangslage	158
8.8.2 IBRP EDV-gestützt	159
8.8.3 Fortbildung und Schulung	159
8.8.4 Beratung von und mit Softwareanbietern von Dokumentationssystemen in der Psychiatrie	160
8.8.5 Entwicklungsschritte zu einem IPDS-K in einer Region	161
9 Aufbau eines regionalen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems für Gesundheitsberichterstattung und Entwicklungsplanung: IPDS-R	163
9.1 Gesundheitsberichterstattung – Standortbestimmung	163
9.2 Struktur und Inhalte der Psychiatrieberichterstattung	167
9.3 Psychiatrieberichterstattung und Einbeziehung der Nutzer	171

9.4	Prozessorientierte regionale Psychatrieberichterstattung	172
9.4.1	Daten zur Versorgungsregion	173
9.4.2	Klientenbezogene Daten	173
9.4.3	Angebotsbezogenen Daten	174
9.4.4	Daten aus Nutzerbefragungen	177
9.4.5	Daten zur regionalen Qualität und Zielplanung des psychiatrischen Hilfesystems	178
9.4.6	Daten der Leistungsträger	179
9.5	Zusammenfassung – der Weg zum IPDS-R	180
10	Das IPDS als Grundlage verbundorientierten Qualitätsmanagements	181
11	Entwicklung seit Erarbeitung des IPDS	186
	Anhang 1	190
	Anhang 2	192
12	Literatur	201

Vorwort

Mit diesem Buch wird der Forschungsbericht eines vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekts der AKTION PSYCHISCH KRANKE veröffentlicht, das im Juli 2003 abgeschlossen wurde. Viele Forschungsberichte sind nach drei Jahren überholt, nur wenige haben an Aktualität gewonnen. Wir hoffen, dass dieser Bericht dazugehört. Er wird jetzt veröffentlicht, weil sich in der Entwicklung psychiatrischer Hilfesysteme die Notwendigkeit einrichtungsübergreifend abgestimmter Dokumentation immer dringlicher zeigt.

Der personenzentrierte Ansatz für die Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung von Menschen mit schweren psychischen Störungen ist innerhalb eines Jahrzehnts praktisch überall zum Leitgedanken für die Organisation des Hilfesystems geworden. Subjektorientierung, Kontinuität der therapeutischen Begleitung und vor allem berufs- und einrichtungsübergreifende Abstimmung von Diagnostik und Hilfeplanung sind als vorrangige Qualitätskriterien für die Erbringung von Komplexleistungsprogrammen anerkannt – verbunden mit der täglichen Erfahrung, dass die Umsetzung in dem extrem fragmentierten Gesundheits- und Sozialsystem in Deutschland allenthalben noch zu wünschen lässt.

Einrichtungsübergreifende Leistungserbringung erfordert zwingend gemeinsame Dokumentation der Leistungserbringer, zumindest in den zentralen Aspekten der Problemstellung und der Festlegung von Zielen und Vorgehensweisen. Ein gemeinsam nutzbares Instrument für Diagnostik und Hilfeplanung ist dafür unverzichtbar. Hierfür hat sich der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitations-Plan (IBRP) – oder eine seiner regionalen Modifikationen – in den letzten Jahren bundesweit als hilfreich erwiesen und zumindest für den Leistungsbereich der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft in der Eingliederungshilfe weitgehend durchgesetzt. Ein Instrument wie der IBRP wurde dringend gebraucht, sowohl als gemeinsam genutzte Arbeitshilfe für die Hilfeplanung als auch als Dokument für die Vorstellung in der Hilfeplankonferenz und damit zugleich als fachliche Grundlage für den Gesamtplan nach § 58 SGB XII. Schließlich hat die Möglichkeit, auf der Grundlage des IBRP auch die Leistungsbedarfe – z. B. Zahl der erforderlichen Fachleistungsstunden pro Woche – festzulegen, seine Akzeptanz bei den Sozialhilfeträgern gefördert.

Nicht wenige Träger haben auch eine EDV-gestützte Version des IBRP eingeführt und mancherorts wird die Helferkonferenz durch elektronische Übermittlung und Überarbeitung des IBRP besser vorbereitet bzw. in besonderen Fällen sogar ersetzt.

Den positiven Erfahrungen steht entgegen, dass im Übrigen die meisten Leistungserbringer, aber auch die Fachdienste der Leistungsträger, immer noch ihre eigenen Dokumentationssysteme nutzen – mit den sich daraus ergebenden Verständigungsproblemen und Mehrfachuntersuchungen. Dies ist besonders aufgefallen im aktuellen Implementationsprojekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE »Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung«. Trotz entsprechender Erweiterung des IBRP ist es in dem erweiterten Feld der Leistungserbringer und Leistungsträger ohne ein in den Kernbereichen gemeinsames Dokumentationssystem extrem schwierig, im Einzelfall schnell und verlässlich eine gemeinsame Orientierung zu finden. Nicht wenige können sich noch gar nicht vorstellen, dass das im Grundsatz und – bei entsprechenden Anstrengungen aller Beteiligten – auch praktisch möglich ist. Den Weg dorthin will dieser Forschungsbericht zeigen.

Zusammenfassung

Das integrierte psychiatrische Dokumentationssystem (IPDS)

1. Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Dokumentation

In der psychiatrischen Dokumentation steht ein Paradigmenwechsel an, wie er im *personenzentrierten Ansatz* für die Arbeit mit einzelnen Klienten und bei Aufbau eines verbindlich strukturierten Gemeindepsychiatrischen Verbunds konzeptionell entwickelt ist und zunehmend in der Praxis umgesetzt wird.

Die berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Erbringung psychiatrischer Hilfen und der regionale *Zusammenschluss zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund* mit verbindlichen Kooperations- und Abstimmungsvereinbarungen breiten sich gegenwärtig schneeballartig fort, gefördert durch das Implementationsprojekt der AKTION PSYCHISCH KRANKE in 38 Regionen, unterstützt durch zwei Dokumentationsinstrumente, den integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) und den Bogen zur »Regionalen Selbsteinschätzung und Zielplanung in der Psychiatrie« (ReZiPsych).

Was die Dokumentation angeht, so dürfen die richtungsweisenden Impulse von IBRP und ReZiPsych nicht darüber hinwegtäuschen, dass sowohl die krankenbezogene Dokumentation als auch die regionbezogene Dokumentation in der Psychiatrie (wie auch sonst im Gesundheits- und Sozialwesen) in der Regel noch fachlich unzureichend, zumeist unökonomisch und z. T. fehlsteuernd sind.

Es handelt sich, mit den oben genannten Ausnahmen, praktisch immer um historisch gewachsene institutionsbezogene Dokumentationssysteme, die

- wenn überhaupt zumeist einseitig auf theoretische Konzepte und methodische Vorgehensweisen bezogen sind,
- zu sehr auf retrospektive, der sozialrechtlichen oder haftungsrechtlichen Legitimation dienende Daten fokussiert sind,
- in den einzelnen Einrichtungen, mehr noch bei übergreifender Leistungserbringung, die dokumentationspflichtigen Sachverhalte bruchstückhaft und unzusammenhängend abbilden (sowohl das aktuelle Querschnittsbild als auch den zeitlichen Verlauf) – auch wenn Teilbezirke sehr differenziert entwickelt sind,
- zwischen dem ambulanten, dem komplementären und vor allem dem statio-

nären Bereich (Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation) stark differieren,

- zielorientierte Planung, darauf ausgerichtete Vorgehensvereinbarungen und regelmäßige Entwicklungsüberprüfungen (mit den notwendigen Anpassungen) vermissen lassen.

Dokumentation, die weitgehend retrospektiv und legitimationsbezogen ist, wird von den Mitarbeitern als zusätzliche, lästige Arbeit empfunden, die mehr oder weniger widerwillig erledigt wird, mit schlechten Ergebnissen und einem generellen Widerstand gegen Dokumentation.

Es ist notwendig, ein »*neues Dokumentationsethos*« zu entwickeln. Das ist nur möglich, wenn *Dokumentation als ein im Arbeitsalltag hilfreiches Vorgehen* erfahren wird und die nur absichernde Datenerhebung auf ein Minimum reduziert wird.

Personenzentrierte psychiatrische Hilfeleistung im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen ist aber nur möglich, wenn die wesentlichen Informationen über den Klienten mit ihm und allen beteiligten Mitarbeitern gemeinsam zusammengetragen und Beurteilung, Zielplanung und Vorgehen schriftlich einsehbar festgelegt und im Verlauf angepasst werden.

Analog ist regionale Entwicklungsplanung des Psychiatrischen Hilfesystems nur möglich, wenn von den Beteiligten die wesentlichen Daten bezüglich Klienten, Angeboten, Qualität und Bedarfsdeckung zusammengetragen, gemeinsam ausgewertet und zielorientierte Prioritäten entschieden und festgehalten werden.

IBRP und ReZiPsych haben bei anfänglichen, regional unterschiedlichen Widerständen gegen »neue Dokumentation«, so schnell Akzeptanz gefunden, weil sie sich in der alltäglichen Arbeit als nützlich erwiesen haben, weil sich »der Einsatz lohnt«.

Die bisherigen Fortschritte – auch die während der Laufzeit dieses Projektes – wurden im Wesentlichen mit der Dokumentation und Steuerung der Leistung der Eingliederungshilfe nach des BSHG gemacht. *In Zukunft muss aber auch die Unverbundenheit der Hilfen durch unterschiedliche Leistungsträger überwunden werden, und zwar sowohl auf der Arbeitsebene und der Ebene der Organisation der Hilfen als auch auf der Dokumentationsebene.*

2. Projektauftrag und Organisation

Im Wissen um die Defizite in der psychiatrischen Dokumentation und vor allem um die Notwendigkeit eines einrichtungsübergreifenden Informationsaustausches hat das Bundesministerium für Gesundheit der AKTION PSYCHISCH KRANKE im August 2000 den Projektauftrag »Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten, kompatiblen, patientenorientierten Dokumentationssystems

für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems einer Region« erteilt. Das integrierte Dokumentationssystem soll in seiner Endstufe durchgehend EDV-gestützt und modular aufgebaut sein, Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmung berücksichtigen und folgende Datenebenen berücksichtigen:

- Basisdaten
- Prozessbegleitende Dokumentation von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung
- Leistungsdokumentation
- Finanzierungsdaten
- Gesundheitsberichterstattung.

In dem vorgesehenen Zeitraum bis 01.05.03 sollten »erste grundlegende Entwicklungsschritte« erreicht werden, d. h. Instrumente und Erfahrungen vorliegen, »die es regionalen Gremien ermöglichen, sich unter konkurrierenden Dokumentationssystemen zu entscheiden«.

Die Durchführung erfolgt in enger Abstimmung mit dem »Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes«, wobei die Arbeitsgruppe personenzentrierter Ansatz (AG PZA) die fachliche Supervision übernahm. Die konzeptionelle und fachliche Arbeit wurde im Wesentlichen durch eine Expertengruppe von elf Personen geleistet, die sich in über 17 ganztägigen Sitzungen zur Abstimmung der Ergebnisse traf. Es handelte sich um Experten aus allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung, die zugleich an bestimmten, in der Regel EDV-gestützten Dokumentations-Projekten bzw. für Software-Firmen tätig waren.

3. Konzeptuelle Grundlagen – der »personenzentrierte Ansatz«

Der personenzentrierte Ansatz psychiatrischen Verstehens und Handelns stellt den hilfebedürftigen Menschen mit seelischen Störungen, aber auch besonderen Fähigkeiten, mit seiner Lebensgeschichte und seinem Eingebundensein in das soziale Umfeld in den Mittelpunkt der zu erbringenden Hilfen. *Das System psychiatrischer Hilfen muss sich auf die im Einzelfall erforderlichen Hilfebedarfe einstellen, nicht der Klient seine Bedarfe auf die Angebote der einzelnen Institutionen.*

Auf der **Arbeitsebene** erfordert der Ansatz vor allem

- ein mehrdimensionales Konzept von Gesundheit, Krankheit und Behinderung,
- in der Art der Hilfeerbringung subjektorientierte partnerschaftliche Beziehungsarbeit in personaler Kontinuität,
- verbindliche berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Abstimmung und Zusammenarbeit,

- eine mit dem Klienten vereinbarte Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsplanung,¹
- die Koordination der Hilfen durch eine therapeutische Bezugsperson.

Für ein regionales integriertes psychiatrisches Dokumentationssystem (IPDS) ergeben sich daraus eine Vielzahl von Anforderungen, etwa

- in der Suche nach einer berufs- und institutionsübergreifenden »gemeinsamen Sprache« für professionelles Verstehen und Handeln, die durchaus »Fachsprachen« für Vertiefungen oder Differenzierungen in der Dokumentation zulässt,
- die Einführung bisher weitgehend fehlender Dokumentationsbereiche, wie der Behandlungsplanung,
- eine gemeinsame Gliederung der Datenstrukturen,
- verbindliche Zuständigkeiten für die Dokumentation,
- prozessorientierte Ablaufplanung für den Informationsaustausch u. a.

Auf der **Ebene der Organisation, der Dienste und Einrichtungen** in der Versorgungsregion muss das Dokumentationssystem die Informationen festhalten und bereitstellen, die

- der Gewährleistung einer zeitgerechten und angemessenen Versorgung aller hilfsbedürftigen Personen der Region durch Dienste in der Region,
- der Sicherstellung der bedarfsnotwendigen Hilfen in Form personenzentrierter Programme,
- der Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, der Organisationsstrukturen, der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit,
- der Verbesserung der Ressourcensteuerung dienen.

4. Dokumentationspflichten

Es gibt vielfältige rechtliche Verpflichtungen zur Dokumentation von Daten zur Behandlung, Rehabilitation und Betreuung einzelner Klienten. Diese sind zum Teil unmittelbar im Sozialgesetzbuch (insbesondere SGB V, VI, IX, XI) festgelegt; zum Teil werden sie durch Richtlinien der Bundesausschüsse oder der Selbstverwaltung (zumeist im Rahmen der Qualitätssicherung) vorgegeben.

Besondere Anforderungen sind darüber hinaus an Ärzte in der Berufsordnung formuliert. Vor allem im ärztlichen Bereich kann eine Verletzung der Dokumentationspflichten zivilrechtliche und strafrechtliche Konsequenzen haben.

Aus der Dokumentation müssen, neben der Einverständniserklärung des Kli-

1 Statt Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsplanung wird im Folgenden oft ausschließlich von Behandlungsplanung oder alternativ von Hilfeplanung gesprochen.

enten im Sinne einer informierten Zustimmung, diagnostische und therapeutische Überlegungen und Maßnahmen auf den Stand der wissenschaftlichen Entwicklung der Heilkunde hervorgehen. Unzureichende Dokumentation führt zur Beweislastumkehr, auch bei strafrechtlichen Vorschriften. Nach unserer Erkenntnis sind jedoch fehlende Behandlungspläne oder mangelnde Einbeziehung des sozialen Umfeldes in entsprechenden Verfahren bisher ohne Bedeutung gewesen – vielleicht deshalb kommen Planung und Einbeziehung bisher kaum in ärztlichen Dokumentationen vor und werden bei Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) selten eingefordert.

Trotz langjährig bestehender rechtlicher Vorschriften, wie z. B. § 58 SGB XII (Stellungnahme zum Gesamtplan), werden diese hinsichtlich einer zielorientierten fachlichen Begründung der Eingliederungsplanung bis in die jüngste Zeit kaum eingehalten.

Erst in den letzten Jahren haben im Leistungsbereich der Sozialversicherung Richtlinien der Bundesausschüsse (z. B. zu Institutsambulanz und Soziotherapie) und Vorgaben der Selbstverwaltung (Rahmenempfehlung zur Rehabilitationsplanung, zur Qualitätssicherung in der Pflege, im Krankenhaus, in der integrierten Versorgung) verstärkt Wert auf Behandlungs- und Rehabilitationsplanung gelegt.

Im SGB IX (§ 10, § 20) wurden Vorschriften zur leistungsträgerübergreifenden Zusammenarbeit bei der Maßnahmeplanung und der Qualitätssicherung gesetzlich festgelegt, die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereits konkretisiert wurden (2002).

Zusammenfassend zeichnet sich ein Trend dahingehend ab, *im Einzelfall zielbezogene prozessbegleitende Dokumentation verbindlich vorzugeben*.

Gesetzliche Vorgaben zur Gesundheitsberichtserstattung lassen noch auf sich warten, immerhin hat der Bundestag (Entschließung 14/9555, 26.06.02) gefordert, dass es »konkreter Zahlen sowie weiterer qualitativer und quantitativer Indikatoren« bedarf, »um eine weitere bedarfs- und bedürfnisorientierte Versorgung sicherzustellen«. Darüber hinaus hat sich kürzlich die Gesundheitsministerkonferenz mit der Notwendigkeit psychiatrischer Gesundheitsberichtserstattung befasst.

5. Datenschutz und Schweigepflicht im IPDS

Das *Recht auf informationelle Selbstbestimmung* ist ein Grundrecht. Die sorgfältige und konsequente Beachtung dieses Grundrechtes ist eine Voraussetzung für die wertschätzende Grundhaltung und für die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Klienten. Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an andere Stellen ist außer bei besonderen gesetzlichen Vorschriften an die freiwillige Ein-

willigung des genau informierten Klienten (*Transparenzgebot*) gebunden. Aber auch im Einwilligungsfall dürfen Daten nur weitergegeben werden, wenn die *Kriterien Erforderlichkeit* für die zu leistenden Hilfen und *Verhältnismäßigkeit* – in Relation zur Bedeutung der Bewahrung sozialer, persönlicher, privater oder gar intimer Daten – erfüllt sind. Im Sinne des Transparenzgebots müssen in einem Dokumentationssystem auch die Kriterien

- Vertraulichkeit (Befugnis, personenbezogene Daten zur Kenntnis zu nehmen)
- Integrität (Unversehrtheit der Daten während der Verarbeitung und Speicherung)
- Verfügbarkeit (zeitgerechte Nutzbarkeit der Daten)
- Authentizität (Möglichkeit der Zuordnung zu dem Ursprung)
- Revisionsfähigkeit (Feststellung, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise verarbeitet hat)

klar geregelt sein.

Die generell im psychosozialen Hilfesystem bedeutsame *Datenschutz- und Schweigepflichtproblematik ist in einem personenzentrierten Hilfesystem besonders kritisch zu beachten*, da berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend zu erbringende integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme in der Regel einen intensiven Austausch von Informationen zwischen den Leistungserbringern nötig machen. Hinzu kommt die Problematik der Entscheidungsfindung in Hilfeplankonferenzen unter Beteiligung von Vertretern von Einrichtungen, die bisher mit dem Klienten nichts zu tun hatten, sowie von Vertretern der Leistungsträger.

Hier sind – für den Fall, dass der Klient nicht selbst am Abstimmungsgespräch teilnimmt – differenzierte Einwilligungserklärungen vorzubereiten und einzuholen, in denen der Klient die Art der auszutauschenden Daten und die Teilnehmer (evtl. sogar namentlich) begrenzen sowie seine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann.

Bei der Einführung eines EDV-gestützten IPDS gilt Entsprechendes: Hier sind die Zugriffsrechte von Klienten zu steuern, in der Regel mit Unterstützung seiner koordinierenden Bezugsperson, gegebenenfalls auch seines gesetzlichen Betreuers oder einer anderen Vertrauensperson.

Die Verweigerung der Einwilligung darf im Regelfall nicht zur Verweigerung der Hilfen führen, es sei denn, bestimmte Informationen sind für die Entscheidung unerlässlich und ihre Übermittlung, unter Berücksichtigung der seelischen Störungen, zumutbar.

Die Datenschutzbeauftragten der Länder sollten in das Verfahren einbezogen sein.

Im Rahmen des Projektes wurde eine juristische Expertise von Prof. Dr. Kessler in diesem Zusammenhang erstellt und nach Überarbeitung von Dr. Grampp

(Anlage) aus der Expertenkommission in verkürzter Form in den Bericht eingearbeitet.

Ein gutes Dokumentationssystem sichert klare Wege des Datenflusses und hilft wesentlich, die Integrität, Verfügbarkeit und Vertraulichkeit der Daten zu garantieren – über einen EDV-technischen Weg besser als auf Papier.

6. Technisch-organisatorische Rahmenbedingungen

In der Wissenschaft, aber auch in der Politik wächst die Überzeugung, dass die modernen Kommunikations- und Informationstechnologien zu einem zentralen Gestaltungsfaktor des Gesundheitssystems der Zukunft werden (Gesundheits-telematik).

Die strukturierte Generierung und Verarbeitung von Behandlungsinformationen erleichtert die Anwendung leitliniengesteuerter Vorgehensweisen. In einrichtungsübergreifender Vernetzung (»virtuelle Patientenakte«) im Sinne der Telematik ist sie laut Gesundheitsministerkonferenz 2002 zentrale Voraussetzung für den Aufbau integrierter Versorgungsformen. Erforderlich ist »die Definition von Basisdatensätzen für das jeweilige medizinische Versorgungsszenario (SCHUG 2002)«. Eine *datenschutz- und schweigepflichtgewährleistende Sicherheitsinfrastruktur ist heute realisierbar*, z. B. mit Pseudonomisierung, umfassend mit kryptographischer Verschlüsselung, digitaler Signatur und Authentifizierung für die jeweiligen Anwendungen.

In der psychiatrischen Versorgung, vor allem im klinischen Bereich, nahm während der Projektlaufzeit der Einsatz und die weitere Entwicklung elektronischer Patientenakten zu, ausgehend von Verwaltungssoftware und zumindest gegenwärtig noch durch weitgehende Übertragung vorher papiergestützter Formulare gekennzeichnet. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte dienen EDV-Systeme der Leistungserfassung, Dokumentenerstellung und Befunddokumentation.

Im komplementären Bereich ist EDV-gestützte Dokumentation eher selten, die auf dem Markt befindlichen Softwarelösungen sind ebenfalls verwaltungsbasiert, enthalten zum Teil schon einen Betreuungsplan.

Ansätze zu einrichtungsübergreifender EDV-gestützter Dokumentation fehlen in der psychiatrischen Versorgung generell. Ein Datenaustausch wäre heute nur bei der in der Regel zufälligen Verwendung identischer Software durch die beteiligten Leistungserbringer möglich.

7. **Aufbau eines integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems (IPDS) in einer Region**

Die Entwicklung eines regionalen Hilfesystems zu einem verbindlich integrierten personenzentrierten Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) ist ein in Stufen verlaufender Prozess über viele Jahre. *Das Integrationsniveau des GPV und das des regionalen Dokumentationssystems stehen in Wechselwirkung zueinander.*

Das IPDS besteht aus zwei Komponenten, dem klientenbezogenen Teil (IPDS-K) und dem regionbezogenen Teil (IPDS-R). Zwischen beiden bestehen einerseits enge Beziehungen – klientenbezogene Daten sind eine wichtige Grundlage der Gesundheitsberichterstattung; Verbindlichkeiten klientenbezogener Kooperation sind ein wesentliches Qualitätskriterium für das regionale Hilfesystem. Allerdings kann die »Umsetzungsarbeit« jederzeit in beiden Systemen beginnen, mit der Möglichkeit zunehmender übergreifender Integration.

8. **Aufbau eines klientenbezogenen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems (IPDS-K)**

In einem IPDS-K müssen für die Kommunikation der Leistungserbringer untereinander sämtliche, häufig sehr unterschiedliche Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsprozesse in einer analogen Struktur abgebildet werden, damit analoge, »isomorphe« Datenfelder definiert werden können.

Das vorgeschlagene *IPDS-K gründet (wie der IBRP) auf einem zirkulären Prozessmodell* für integrierte Hilfeplanung, wie es in der Theorie offener Systeme oft verwendet wird:

Erarbeitung und Darstellung von

- Ausgangssituation
- Problemen und Ressourcen
- Zielen
- Hilfeplanung
- Durchführung
- Evaluation

(mit häufig notwendigen Rückkopplungsschleifen).

In einem *Dokumentationsplan* sind für alle beteiligten Mitarbeiter Dokumentationszeitpunkte termin- oder ereignisbezogen vorgegeben, an denen zumeist nicht nur bestimmte Sachverhalte, Ereignisse oder Aktivitäten »abgehakt« werden, sondern an denen beurteilende Einschätzungen im Verlauf zur bisherigen Diagnostik, Behandlungsplanung und Durchführung sowie evtl. notwendige Korrekturen vorgenommen werden (»Haltepunkte«, wenn ein Mitarbeiter, »Knotenpunkte«, wenn mehrere betroffen sind).

Lebensfelder	Erläuterungen		Lebensgeschichte (Vergangenheit)		Lebensplanung (Zukunft)		
	Zeiträume		Lebensabschnitte (Jahre/Jahrzehnte)	Vorgeschichte (Wochen/Monate)	Aktuelle Planung (Stunden/Tage)	Mittelfristige Planung (Wochen/Monate)	Langfristige Planung (Jahre)
Kategorien							
Objekt. Lebensdaten							
Persönliche Entwicklung bzgl.							
Persönliche und soziale Beziehungen		In den jeweiligen Lebensfeldern sind sowohl Fähigkeitsstörungen als auch Fähigkeiten z. B. zu deren Bewältigung zu vermerken.					
Selbstsorge/Wohnen							
arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung							
Tagesgestaltung/Freizeit/gesellschaftl. Leben							
Psychisches Befinden							
Körperliches Befinden							
Umfeld bzgl.							
Persönliche und soziale Beziehungen		Insbesondere stützende/belastende Aspekte/Erfordernisse für die Entwicklung des Klienten.					
Selbstsorge/Wohnen							
arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung							
Tagesgestaltung/Freizeit/gesellschaftl. Leben							
Psychiatrische Behandlung							
Somatische Behandlung							
Zusammenfassende Beurteilung							



Abb. 1: Rahmenstruktur für den Dokumentationsplan

Für die kategoriale Zuordnung klientspezifischer Informationen zu definierten Datenfeldern wurde eine »*Rahmenstruktur*« (Abb. 1) beschrieben, in der Datenfelder für die persönliche Entwicklung des Klienten in Relation zu seinen Lebensverhältnissen auf einer Zeitachse angeordnet sind, die die Vergangenheit (bis zur aktuellen Situation) und Zukunft (bezüglich der Lebens- und Behandlungsplanung) umfasst.

Diese Datenfelder sind in ihrer Grobstruktur für alle Klienten, aber auch für alle Berufsgruppen und Einrichtungen gleich, und erleichtern so den fachlichen Austausch, können aber bereichsspezifisch in Unterfeldern im Sinne einer Tiefenstruktur differenziert werden, bzw. vielfältig schon vorhandene Differenzierungen aufnehmen.

Das IPDS-K ist hierarchisch strukturiert:

Im Rahmen eines vom Klienten autorisierten integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- oder Eingliederungsplans werden bestimmte Datenfelder einrichtungsübergreifend ausgetauscht; andere Daten verbleiben auf der Einrichtungs- und ggf. Arbeitsbereichsebene.

Entsprechend der Prozessorientierung des Hilfeplans, werden die *Datenfelder in fünf Blöcken* zusammengefasst (*Aufnahme, Diagnostik, Planung, Vorgehen und Verlauf, Entlassung*), die während der Erbringung von Hilfen z. T. wiederholt durchlaufen werden (das heißt neue Informationen werden zu neuen Zeitpunkten dokumentiert, Abb. 2).

Jeder Dokumentationsblock ist in einer Anzahl von Items, d. h. Datenfelder mit einem bestimmten Feldformat gegliedert. Die Itemlisten sind für die Programmierung des IPDS-K verbindlich: Inhaltliche Gestaltung, Formatierung und Subdifferenzierung müssen auf den Hierarchieebenen des IPDS-K abgestimmt werden, wenn ein Datenaustausch möglich sein soll.

Auf dieser Grundlage kann in jeder Region und in jeder Einrichtung

- die eigene Dokumentation inhaltlich überprüft und weiterentwickelt
- in Zusammenarbeit mit Softwareunternehmen an der elektronischen Patientenakte gearbeitet werden.

Die *Ausgangslage ist in ambulanten und komplementären Einrichtungen* mit z. T. weniger differenzierten Dokumentationssystemen, geringerem Ressourcenbedarf, aber auch geringeren Finanzierungsmöglichkeiten schwierig, wenn ggf. vorhandene Systeme nicht oder nur sehr begrenzt parametrierbar sind und von den Anwendern nicht selbst, d. h. ohne große Kosten weiterentwickelt werden können.

Das Problem ist letztlich für *Kliniken und Abteilungen nicht wesentlich anders*, wenn sie ein finanzierbares und entsprechend entwickeltes System nicht finden oder nicht finanzieren können, der für die Weiterentwicklung eines möglicherweise vorhandenen Krankenhausinformationssystems erforderliche Auf-

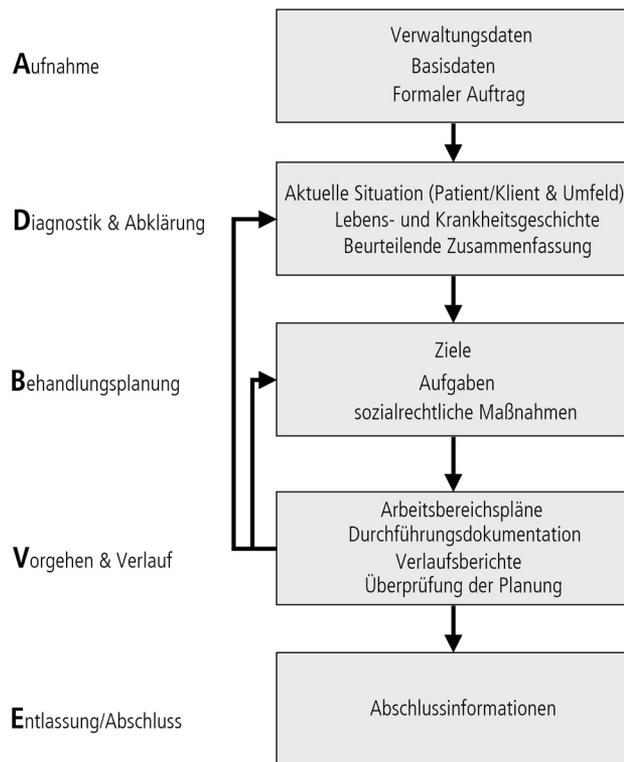


Abb. 2: Dokumentationsblöcke

wand für die Freistellung von psychiatrischem Fachpersonal und die Kosten der Softwareentwicklung aber nicht zu leisten ist.

In *Zusammenarbeit zwischen Dokumentationsprojekt und Implementationsprojekt* der AKTION PSYCHISCH KRANKE wurde deshalb zunächst die Anwendung des einzigen prozessorientierten einrichtungsübergreifenden Dokumentationsinstruments, des *IBRP, EDV-gestützt* vorangetrieben. Eine bearbeitbare Internetversion wurde in das Netz gestellt (Frau Prof. Gromann, AG PZA, Fachhochschule Fulda). Diese läuft auch mit einer Auswertungsroutine. Ergänzend wurden EDV-gestützte IBRP-Versionen zur Ermittlung quantitativen Hilfebedarfs auch bei Umstellungsevaluation erprobt und eine ebenfalls EDV-gestützte Beschlussdokumatik für die Hilfeplankonferenz entwickelt.

Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen in einrichtungsübergreifender IBRP-Anwendung und -Dokumentation wurden vor allem in den Modellregionen durchgeführt, ergänzt durch ein Schulungsprogramm im Internet (Prof. Dr. Gromann, AG PZA, Fachhochschule Fulda).

Im Projektverlauf haben die Mitglieder der Expertengruppe z. T. unmittelbar an der Weiterentwicklung von Softwareprojekten mitgearbeitet, z. T. wurde

mit den Firmen im Zusammenhang mit der Präsentation aktueller Produkte der Ansatz dieses Projektes diskutiert, in Einzelfällen mit erkennbaren Ergebnissen etwa in der Einbeziehung der Behandlungsplanung in die Produkte.

Ein Durchbruch in der Erstellung eines EDV-gestützten IPDS-K wird dann erreicht, wenn das IPDS-K en bloc programmiert und mit effektiven Schnittstellen zu bestehenden Produkten versehen werden kann. Nach einer Machbarkeitsstudie (Prof. Dr. Wischniewski, ZAIT, Universität Bremen) ist dies mit vertretbarem Aufwand realisierbar.

9. Aufbau eines regionenbezogenen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems, IPDS-R, für Gesundheitsberichtserstattung und Entwicklungsplanung

Gesundheitsberichtserstattung und Entwicklungsplanung sollten in der psychiatrischen Versorgung zunächst auf regionaler Basis implementiert werden.

Aufgrund der Zersplitterung der Zuständigkeiten, der unterschiedlichen Vorgaben der Leistungsträger und der weitgehend fehlenden Rechtsvorschriften ist die Datenbasis überall mangelhaft.

Die im Rahmen dieses Projekts vorgeschlagene Datenstruktur für ein IPDS-R umfassen Daten

- zur Beschreibung von Versorgungsregionen,
- aus der klientenbezogenen Dokumentation (IPDS-K),
- bezüglich der vorgehaltenen Angebote und Dienste,
- aus Nutzerbefragung,
- aus der Anwendung zur regionalen Selbsteinschätzung und Zielplanung (Re-ZiPsych).

Das IPDS-R kann in jeder Region auf der Grundlage entsprechender Vereinbarungen schrittweise eingeführt werden. In den Implementationsregionen wurde in Teilen damit begonnen. Eine Vorgabe in Form rechtsverbindlicher Regelungen zur Dokumentation würde den Einführungsprozess wesentlich beschleunigen.

10. IPDS und verbundorientiertes Qualitätsmanagement

In einem personenzentrierten regionalen psychiatrischen Hilfesystem ist ausschließlich einrichtungsbezogenes Qualitätsmanagement fragwürdig, evtl. sogar irreführend: Der Beitrag eines Dienstes zur Strukturqualität ist nur im regionalen Kontext zu beurteilen (bedarfsbezogen und notwendig? am richtigen Ort?) aber ebenso der zur Prozessqualität (kompetent im Spektrum einrichtungsübergreifender Hilfen? kooperativ?). Auch Ergebnisqualität ist einrichtungsbezogen oft gar

nicht beurteilbar (Beeinflussung nur von Teilfunktionen; passagere Besserungen in Institutionen ohne nachhaltige Wirkung usw.).

Gute Dokumentation sowohl klientenbezogen als auch regional, sorgt im komplexen Feld für mehr Transparenz, Verstehen, Zielorientierung und Handlungssicherheit, sämtlich Voraussetzungen für gute Prozessqualität.

Gute Dokumentation ist aber nur ein Hilfsmittel und nicht mit Qualitätsmanagement gleichzusetzen. Verbesserung wird von Menschen bewirkt, die Interesse und Empathie, Intelligenz und Kreativität, Schaffensfreude und Belastbarkeit in die Arbeit einbringen, auch in die Verbesserung des nützlichen Werkzeugs Dokumentation.

Mit dem in diesem Projekt vorgelegten integrierten psychiatrischen Dokumentationssystem für eine Region (IPDS), seiner klientenbezogenen (IPDS-K) und regionenbezogenen (IPDS-R) Komponenten, haben Leistungserbringer, Leistungsträger und regionale Gremien ein Instrumentarium zur Hand, das sie für die unmittelbare Weiterentwicklung ihres Dokumentationssystems (bis hin zum regionalen EDV-gestützten integrierten Dokumentationssystem), aber auch für das Qualitätsmanagement in Richtung auf die Weiterentwicklung zu einem personenzentrierten integrierten psychiatrischen Hilfesystem nutzen können.

1 Auftrag und Ansatz des Projektes

1.1 Projektauftrag – Ziele und Aufgaben des Forschungsprojekts

Bereits in der Psychiatrieenquete (1975) und im Bericht der Expertenkommission zum Bundesmodellprogramm (1988) wurde die Datenlage zur psychiatrischen Versorgung als völlig unzureichend für eine adäquate Gesundheitsberichterstattung angesehen. Eine vom BMG finanzierte Strukturanalyse zur psychiatrischen Versorgung sollte dementsprechend vorhandene Daten und Defizite in der Gesundheitsberichterstattung aufzeigen.¹

Unverändert sind die bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern vorhandenen Daten sowohl auf der Ebene des Einzelfalles, wie z. B. in der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und -durchführung wie auch auf der Systemebene bruchstückhaft und unzusammenhängend, sodass sich in keiner Versorgungsregion hinreichende Aussagen über die Ist-Situation, geschweige denn die Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz des Leistungsgeschehens machen lassen. Dies ist auch durch die zunehmende Anwendung elektronischer Datenverarbeitung (EDV) nicht wesentlich besser geworden, zumal die verschiedenen Akteure (Leistungserbringer und Leistungsträger) jeweils Einzellösungen anstreben, aus denen sich kaum je ein Gesamtbild erstellen lässt, weder auf der Ebene des Einzelfalles noch auf der der Region oder eines Landes.

Das vorliegende Forschungsprojekt diene der Konzeption, Entwicklung und Erprobung eines integrierten Dokumentationssystems für die verschiedenen Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems in einer Region.

Es sollte durchgehend EDV-gestützt und modular aufgebaut sein. Es soll bestehende Vorarbeiten auswerten und Weiterentwicklungen induzieren.

Schließlich sollten – in Kooperation mit dem BMG-geförderten Forschungsprojekt »Implementation des personenzentrierten Ansatzes« – regionale Erprobungen und Weiterentwicklungen bestehender (Teil-)Systeme unter Einbeziehung der Leistungserbringer und Leistungsträger der jeweiligen Region durchgeführt, angeregt und begleitet werden. Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen waren hierbei ständig zu berücksichtigen.

1 RÖSSLER/SALIZE 1996

Folgende Bereiche eines regionalen Dokumentationssystems waren zu beachten:

A. Dokumentation der Basisdaten

Die »Basisdaten« im Sinne der Basisdokumentation im ambulanten², stationären³ und komplementären Bereich⁴ enthalten sowohl die üblichen personenbezogenen »Stammdaten« (wie Geschlecht, Alter, Wohnort, Familienstand, Kostenträger u. Ä.) als auch wichtige digital zu verschlüsselnde Daten zur Lebens- und Krankheitsgeschichte sowie zur Lebenssituation.

B. Prozessbegleitende Dokumentation von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung⁵

Die Behandlungsdokumentation wird grundsätzlich in der Patienten-(Klienten-)Akte zusammengefasst, mit sehr unterschiedlich strukturierten Daten zu Diagnostik, Therapie und Verlauf. Sie sollte in allen Arbeitsbereichen der Leistungserbringer problembezogen, ressourcen- und zielorientiert erfolgen.

Prozessbegleitende Dokumentation sollte aus einem einrichtungsübergreifend genutzten Kern bestehen und einrichtungsbezogen durch spezielle Instrumente ergänzt werden können.

Ein hierfür geeignetes Instrument ist z. B. der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) der AKTION PSYCHISCH KRANKE, der inzwischen für die Dokumentation einrichtungsübergreifender Komplexleistungsprogramme im ambulanten und komplementären Bereich breite Akzeptanz gefunden hat. In der übrigen z. T. sehr differenzierten Dokumentation der psychiatrischen Krankenhausbehandlung fehlt dagegen die Behandlungsplanung fast völlig.

C. Leistungsdokumentation

Eine systematische Leistungsdokumentation wird in der Regel nur durchgeführt, wenn die Leistungen einzeln vergütet werden. Im Falle komplexer Maßnahmen werden diese von den Leistungserbringern und Leistungsträgern – in der Regel getrennt – durchgeführt. Eine Übersicht über die im Einzelfall gleichzeitig oder aufeinanderfolgend finanzierten Maßnahmen gibt es vor allem bei Finanzierung durch unterschiedliche Leistungsträger nur selten.

Leistungsdokumentation ist in Leistungseinheiten zu gliedern, die sich nach

2 BERGER/WELSCHHOLD 2002

3 CORDING 1995; CORDING et al. 1995; CORDING 1998

4 KALLERT/BECKER 2001

5 Im Folgenden werden die Begriffe »Behandlung«, »Rehabilitation« und »Eingliederung«, »Beratung« oder »Betreuung« zur besseren Lesbarkeit zumeist übergreifend durch »Behandlung« ersetzt, wenn es sich um spezifische Leistungen für psychisch kranke Menschen handelt. Ein verbundorientiertes Dokumentationssystem wird sich auf sämtliche genannten Bereiche erstrecken müssen.

inhaltlichen Kriterien und nach dem Ressourcenaufwand unterscheiden und zusammen das gesamte Leistungsgeschehen abdecken.

Die Leistungsdokumentation soll in der Regel parallel zur Prozessdokumentation erfolgen. Sie darf aus arbeitsökonomischen, aber auch aus Gründen der Übersicht nicht zu detailliert sein. Die Aggregation der Daten soll eine Transparenz schaffende Zusammenschau über das Leistungsgeschehen im Einzelfall, wie in verschiedenen Arbeitsbereichen oder in der Region ermöglichen.

D. Finanzierungsdokumentation

Die Dokumentation der Leistungsentgelte (»Erlöse«) wird gewöhnlich einzelfallbezogen und einrichtungsbezogen durchgeführt. Transparenz in der Finanzierungsdokumentation ist erforderlich, um Behandlungsplanung und Wirksamkeitsüberprüfungen im Einzelfall wie bei Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf zu erleichtern.

E. Gesundheitsberichterstattung

Zusammengefasste, anonymisierte Datensätze der Ebenen A bis D auf regionaler Ebene liegen praktisch nirgendwo vor. Sie wären ein wichtiger Teil regionaler Gesundheitsberichterstattung. Diese umfasst darüber hinaus Daten über die Bedarfslage (zum Beispiel Versorgungslücken, Wartelisten, Fehlbelegungen und nicht entsprochener Bedarfe) sowie über das Vorhandensein und die Ausstattung bestimmter Leistungsbereiche für definierte Zielgruppen und nicht zuletzt Daten zur regionalen Vernetzung.

Die Gesundheitsberichterstattung dient den Abstimmungsgremien und den Entscheidungsträgern, aber auch in der öffentlichen Diskussion als eine Grundlage für die Weiterentwicklung des personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystems.

Konzeptionell gab es keine Vorbilder. Hinsichtlich der Realisierbarkeit waren Probleme der technischen Umsetzung, des Datenschutzes und der regionalen Kooperationsstrukturen (Gemeindepsychiatrischer Verbund) zu beachten.

Die Entwicklung eines personenbezogenen integrierten regionalen psychiatrischen Dokumentationssystems, das die Datenbereiche A bis D umfasst, war eine herausfordernde Aufgabe. In dem für das Forschungsprojekt vorgesehenen Zeitraum sollen erste grundlegende Entwicklungsschritte erreicht werden.

Zum Ende des Projekts sollten unter anderem Instrumente und Erfahrungen vorliegen, die es regionalen Gremien ermöglichen, sich unter konkurrierenden Dokumentationssystemen zu entscheiden, z. B. durch Hilfen zur Überprüfung und Bewertung bestehender Dokumentationssysteme im Sinne von Checklisten und Anforderungsprofilen.

1.2 Zur Organisation des Dokumentationsprojektes

Das Dokumentationsprojekt stand in einem engen inhaltlichen Zusammenhang mit dem Projekt zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes Aktion Psychisch Kranke. Die »Arbeitsgruppe personenzentrierter Ansatz« (AG PZA) war für die fachliche Beratung beider Projekte zuständig. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe personenzentrierter Ansatz waren:

- Prof. Dr. Heinrich Kunze (Projektleiter, APK, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen)
- Karl-Ernst Brill (APK, Bonn)
- Prof. Dr. Petra Gromann (Fachhochschule Fulda)
- Rainer Hölzke (Wohnhaus Jüthornstraße, Hamburg)
- Prof. Dr. Peter Kruckenberg (Zentralkrankenhaus Bremen Ost)
- Ulrich Krüger (APK, Bonn)
- Dr. Niels Pörksen (APK, Bielefeld)
- Christian Reumschüssel-Wienert (Hamburg)
- Dieter Stahlkopf (Humboldt-Krankenhaus, Berlin-Reinickendorf)

Für die Erarbeitung des integrierten Dokumentationssystems wurde eine Expertengruppe aus folgenden Mitgliedern gebildet:

- Prof. Dr. Peter Kruckenberg (Projektleiter, Zentralkrankenhaus Bremen Ost)
- Christian Reumschüssel-Wienert (Projektkoordinator, Hamburg)
- Dr. Andreas Brand (wiss. Mitarb., Zentralkrankenhaus Bremen Ost)
- Mechthild Böker-Scharnhölz (Bethel-Eckertsheim, Bielefeld)
- Dr. Peter Grampp (Sächs. Krankenhaus Hubertusburg, Wernsdorf)
- Dr. Theo Hoffmann (Zentralkrankenhaus Bremen Ost, Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Andrea Jordan (Atriumhaus, München)
- Hendrik Kluge (Universitätsklinikum Leipzig)
- Dr. Wolfgang Koeller (St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee)
- Wolfgang Lenze (DRK/LV-Schleswig-Holstein)
- Joachim Lodders (Drogenhilfe Friedrichshof, Obersulm)
- Matthias Rosemann (Träger e. V. Berlin-Reinickendorf)
- Dr. Michael Welschehold (Atriumhaus, München)

Die Expertengruppe umfasst ein breites Kompetenzspektrum, Erfahrungen mit

- papiergestützter Dokumentation von integrierter Behandlungsplanung
- fachlicher und EDV-technischer Aufbau von elektronischen Patientenakten im psychiatrischen Krankenhaus
- Implementation von papiergestützten und EDV-gestützten Dokumentationen im ambulanten und komplementären Bereich, auch in der Suchtkrankenversorgung

- Leistungs-, Basisdokumentation und Evaluation von Institutsambulanz und Krisendienst
- EDV-gestützter landesweiter Basisdokumentation im komplementären Bereich
- Gesundheitsberichtserstattung auf regionaler und auf Landesebene.

Sämtliche Mitglieder der Expertengruppe waren während des Projektverlaufs mit Arbeitsvorhaben aus den o.g. Bereich in ihren eigenen Tätigkeitsfelder beschäftigt, brachten daraus Anregungen in die Projektarbeit ein, ebenso wie sie Ideen aus der Projektarbeit unmittelbar umsetzten.

Darüber hinaus bestand durch die inhaltliche und personelle Verflechtung mit der AG PZA und durch die Beteiligung am Implementationsprojekt in einzelnen Projektregionen ein wechselseitig befruchtender und aktivierender Zusammenhang. Teilprojekte, z. B. Datenschutzfragen, EDV-gestützte Dokumentation von Hilfeplanung mit dem IBRP, wurden für beide Projekte arbeitsteilig entwickelt und die Erfahrung in den Projektregionen für beide Projekte genutzt.

Zwischen September 2000 und Juni 2003 trat die Expertengruppe insgesamt 17-mal zu ein- oder zweitägigen Sitzungen zusammen, ergänzt durch Treffen von ad-hoc-Gruppen sowie durch die Erörterung der Zwischenergebnisse in der AG PZA.

Der Zwischenbericht wurde am 19. Februar 2002 auf einem Workshop mit zahlreichen Experten der Psychiatrieplanung, der psychiatrischen Dokumentation sowie der Gesundheitstelematik vorgestellt und eingehend diskutiert. Darüber hinaus wurde die Fachöffentlichkeit durch Tagungsbeiträge informiert, insbesondere auf einem speziellen Symposium zu den Ergebnissen des Dokumentationsprojekts mit ca. 200 Teilnehmern im Rahmen der Tagung der APK zum Implementationsprojekt »Die Zukunft hat begonnen, personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven« am 04.06.2003.

Rückkopplungen aus den verschiedenen Arbeitsbeziehungen und Diskussionen waren wichtig für die Projektarbeit. Dabei verstärkte sich zunehmend der Eindruck, dass integrierte psychiatrische Dokumentation allenthalben auf ein wachsendes Interesse stößt, und dass der Projektansatz als weiterführend angesehen wird.

1.3 Zum methodischen Vorgehen im Dokumentationsprojekt

Die Expertengruppe nahm zunächst eine Sichtung vorhandener klientenbezogener Dokumentationssysteme in den unterschiedlichen Bereichen des psychiatrischen Hilfesystems vor.

Die einzelnen Systeme sind extrem unterschiedlich z. T. auch in vergleichbaren Einrichtungen. Neben sehr einfachen gibt es außerordentlich elaborierte Systeme,

insbesondere hinsichtlich subtiler diagnostischer Differenzierungen. Aber auch die Letzteren lassen fast immer eine ganzheitliche integrierende Sichtweise, eine zielorientierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsplanung und eine Verlaufsevaluation vermissen. In verschiedenen mit ein und demselben Klienten befassten Institutionen werden identische Sachverhalte sehr unterschiedlich abgebildet, z. T. in einer für die kooperierenden Dienste und natürlich auch für die Klienten kaum verständlicher Fachsprache.

Mit wenigen Ausnahmen handelt es sich praktisch immer um historisch gewachsene institutionsbezogene Dokumentationssysteme, die

- wenn überhaupt, zumeist einseitig auf theoretische Konzepte und methodische Vorgehensweisen bezogen sind,
- zu sehr auf retrospektive, der sozialrechtlichen oder haftungsrechtlichen Legitimation dienenden Daten fokussiert sind,
- in den einzelnen Einrichtungen, mehr noch bei übergreifender Leistungserbringung die dokumentationspflichtigen Sachverhalte bruchstückhaft und unzusammenhängend abbilden (sowohl das aktuelle Querschnittsbild wie den zeitlichen Verlauf – auch wenn Teilbezirke sehr differenziert entwickelt sind),
- zwischen dem ambulanten, dem komplementären und vor allem dem stationären Bereich (Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation) stark differieren,
- zielorientierte Planung, darauf ausgerichtete Vorgehensvereinbarungen und regelmäßige Entwicklungsüberprüfungen (mit den notwendigen Anpassungen) vermissen lassen.

Mit anderen Worten: Dokumentation in der Psychiatrie (wie auch sonst im Gesundheits- und Sozialwesen) ist in der Regel noch fachlich unzureichend, zumeist unökonomisch und nicht selten fehlsteuernd.

Die Expertengruppe war deshalb gefordert, zunächst ein theoretisches Konzept für ein Dokumentationssystem zu entwickeln, das bei der Implementation eines integrierten personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystems nützlich wäre. Anschließend sollten Möglichkeiten für eine Implementation, soweit realisierbar EDV-gestützt, geprüft und die Umsetzung schrittweise auf den Weg gebracht und erprobt werden.

Diese beiden Vorgehensweisen – exemplarische Analyse bestehender Dokumentationssysteme und Entwicklung eines neuen Dokumentationskonzeptes sowie erste Umsetzungsschritte – erfolgten in zyklischer Verknüpfung. Hierdurch war es möglich, einerseits aus den bestehenden Dokumentationssystemen Gestaltungsvorschläge und Anregungen zu erhalten, insbesondere auch durch die Analyse bestehender Mängel. Andererseits entstanden in der Konzeptarbeit Ideen, die, wenn auch zuerst punktuell und bereichsbezogen, unmittelbar in die Veränderung gegebener Dokumentationssysteme eingingen.

Das methodische Vorgehen orientierte sich damit an Konzepten, die insbesondere von der systemisch inspirierten Organisations- und Managementtheorie⁶ sowie der Theorie der Gestaltung »Sozio-technischer Systeme«⁷ entwickelt wurden. Dabei geht es um eine »evolutionäre Systemgestaltung«, in der unterschiedliche Phasen in einem zyklischen, durch Rückkopplungsmechanismen diskursiv miteinander verbundenen Prozess durchlaufen werden.⁸

Dieses Vorgehen hatte sich für den Projektverlauf als fruchtbar erwiesen und wurde für die gesamte Dauer des Projektes behalten.

Allerdings folgt der vorliegende Bericht diesem Vorgehen nicht. Auf die Darstellung und Analyse bestehender Dokumentationssysteme wird weitestgehend verzichtet, es werden die Ergebnisse der Projektarbeit dargestellt: Im ersten Teil grundlegende konzeptuelle und rechtliche Voraussetzungen (Kap. 3–6), im zweiten Teil ein Entwurf für ein integriertes psychiatrisches Dokumentationssystem und erste Umsetzungsschritte (Kap. 7, 8 und 9).

6 WEICK 1979; PROBST 1988; 1993; ULRICH/PROBST 1988; BLEICHER 1991

7 TRIEST 1981; RAMMERT 1988

8 FLOYD/KEIL 1983; OPPERMANN 1983; MAMBREY et al. 1986

2 Zur Funktion von Dokumentationssystemen in der Medizin und im Sozialwesen

Dokumentation hat traditionell zunächst eine Erinnerungs- und eine Legitimationsfunktion. Angesichts der Komplexität und Variabilität der meisten Behandlungs- und Betreuungsprozesse ist es unerlässlich, wesentliche Daten (wieder-) abrufbar festzuhalten, zur Gedächtnisstütze wie zur Weitergabe an andere und zur Transparenz gegenüber Nutzern und Kostenträgern.

Die »*bewahrende Funktion*« lässt sich mithilfe EDV-gestützter Dokumentation besonders gut gewährleisten, da vielfältige Informationen und Daten abrufbar gespeichert und damit für verschiedene Nutzer und zu unterschiedlichen Zeiten verfügbar gemacht werden können. Sofern geeignete Strategien vorliegen, können die Daten auch weiterverarbeitet werden. Das heißt die bewahrende Funktion des Dokumentationssystems findet sich nicht nur auf der Klientenebene, sondern auch auf der Ebene der Einrichtungen und ganzer Regionen, wenn klientenbezogene Informationen aggregiert werden.

Die Einführung von Organisationsveränderungen oder technischen Neuerungen in der Dokumentation hat aber auch eine Wirkung auf die Systemfunktion, d. h. auf Denkgewohnheiten und Verhaltensweisen der im System Tätigen. Das gilt auch für die psychiatrische Versorgung: Wenn z. B. vorgegeben ist, dass bestimmte Untersuchungen oder therapeutische Aktivitäten zu definierten Zeiten zu dokumentieren sind, so werden diese eher erfolgen und die damit verbundenen Inhalte das Denken und die Arbeit stärker bestimmen. Diese »*gestaltende Funktion*« eines Dokumentationssystems, die sich positiv oder negativ auf Arbeitskonzepte und Arbeitsformen auswirken kann, wird oft zu wenig bedacht.

Soziologische Untersuchungen aus dem industriellen Bereich der EDV-Anwendungen zeigen, dass immer auch Werte, Normen und Leitbilder sowie Handlungsorientierungen in die Dokumentationssysteme eingehen und von diesen befördert werden, indem sie sozusagen Entwicklungspfade bzw. Entwicklungskorridore für die Funktionsabläufe festlegen.¹

Manche Arbeitsweisen sind so weitgehend von Dokumentation abhängig, dass sie ohne Dokumentation (fast) nicht stattfinden, auch wenn sie dringend erforderlich sind. Dies gilt vor allem für prozessorientierte kooperative Arbeitsweisen mit vielen, z. T. wechselnden Beteiligten, die sich immer wieder abstimmen

1 Rammert 1988; Ahlemann/Schatz 1987; Tschiedel 1989; Hildebrand/Selz 1989; Malsch/Selz 1988

bzw. auf vorangegangene Abstimmungen beziehen müssen. Es ist offensichtlich, dass ohne das Festhalten von Vereinbarungen oder den möglichen Rückgriff auf vorausgehende Abstimmungsergebnisse, d.h. ohne adäquate Dokumentation, es ein Nebeneinanderher und Durcheinander verschiedenster Interpretationen und Aktivitäten geben muss – ein Geschehen, das im sozialen und medizinischen Bereich nicht selten anzutreffen ist.

Ein weiterer Aspekt kann noch nicht in seiner Tragweite abgeschätzt werden, nämlich *welche Wirkung die alltäglichen Bedingungen für die Nutzung von Dokumentationsinstrumenten* haben. Was es z.B. für die Dokumentation aber auch für die Arbeit bedeutet, wenn ein Dokumentationsinstrument leicht zugänglich ist (ein Notizbuch oder das Kurvenblatt eines Patienten) oder wenn die Nutzung mit einem zeitlichen Aufwand verbunden ist (die Akte im entfernten Schrank suchen, den PC aufsuchen und hochfahren). EDV-gestützte Dokumentation kann diesbezüglich auch mit Nachteilen verbunden sein, sollte aber auf Dauer angesichts der rasanten technischen Entwicklung mit wesentlichen Fortschritten verbunden sein.

Gute Dokumentation ist immer für das Denken und Handeln hilfreiche Reduktion von Komplexität, die Kunst des Auswählens relevanter Daten aus der Unendlichkeit des Geschehens. »Weniger« ist häufig »mehr«. Dokumentation muss »erforderlich« sein, sonst ist sie schädlich. Das Erforderlichkeitsprinzip ist sowohl im Hinblick auf Art und Umfang der Daten als auch bei der Strukturierung und Archivierung sowie der Organisation des Zugriffs zu beachten, wenn Dokumentation eine Steigerung der Effizienz, d.h. von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ermöglichen soll.

Diese Überlegungen zeigen, dass es notwendig ist, bei der Entwicklung eines Dokumentationssystems die konzeptionellen Grundlagen der zu dokumentierenden Prozesse ebenso zu reflektieren wie die Wechselwirkungen zwischen Dokumentation und realem Geschehen. Dokumentation kann ebenso schädlich wie hilfreich sein.

2.1 »Schädliche« Nebenwirkungen von Dokumentationssystemen

Durch die Diskussion um Qualitätssicherung und -entwicklung in den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung und des Sozialsystems, aber auch durch die Verwaltungsmodernisierung ist die Weiterentwicklung von Dokumentationssystemen überall im Gange. Dies gilt sowohl für papiergestützte wie auch für EDV-gestützte Systeme, die in den letzten Jahren in vielen Bereichen auch der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation eingeführt worden sind.

Diese Entwicklung darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in der psychiatrischen Praxis oft nur unzureichend dokumentiert wird. Dies betrifft

insbesondere Behandlungsplanung, Verlaufsberichte und -evaluation. Aber auch die Dokumentation von für das Behandlungskonzept relevanten Informationen über Befindlichkeit, Fähigkeiten und Störungen eines Klienten, über seine Lebens- und Krankengeschichte und die Situation und Entwicklungsdynamik in seinem aktuellen Umfeld werden in der Regel nicht ausreichend erhoben und dokumentiert. *Die »Nebenwirkungen« von einer Dokumentation, die die wesentlichen Inhalte unvollständig oder einseitig festhält, sind im Regelfall mehr oder weniger defiziente Behandlungs- und Betreuungsformen, bis hin zu schweren (»Kunst-«) Fehlern.* Durch (»Nicht-«)Dokumentation bekannter Informationen können ebenfalls erhebliche Nachteile für die erkrankten Menschen wie auch für das Versorgungssystem entstehen. Therapeutische »Pläne« oder Behandlungsstrategien, die lediglich »im Kopf des Therapeuten«² vorhanden sind, werden leicht vergessen, auf jeden Fall nicht kommuniziert. Dies kann zu einer therapeutischen Kultur »des Mitschwimmens« führen, einer weder zielgerichteten noch systematisch reflektierenden noch methodengestützt intervenierenden Begleitung des Patienten. Eine Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer ist nahezu unmöglich. Diese ist aber gerade in der Begleitung von Menschen mit psychischen Störungen von hoher Bedeutung, weil sie fast immer auf Integrationshilfen durch die Behandler und Betreuer angewiesen sind. Unzureichende Information und mangelnder Überblick in Zusammenhang mit mangelhafter Dokumentation begünstigen ein »antitherapeutisches« (z. B. Gegenübertragungs-Agieren) der Helfer.

Unabgestimmte Dokumentation ebenso wie unnötige Dokumentation ist ein Ärgernis für alle Beteiligten, nicht zuletzt auch für den Patienten. Es wird wiederholt dasselbe gefragt, manchmal wiederholt weniger Wichtiges – zum Wichtigen wird nicht mehr vorgedrungen. Die Helfer bzw. Therapeuten sind mit unnötiger Arbeit überlastet – Erhebung von Daten, die anderswo schon vorliegen oder unwesentlich sind. Dies führt zu einer verständlichen Abneigung gegen Dokumentation überhaupt, auch zu Widerstand gegen das notwendige Zusammentragen wichtiger Informationen.

Widerstand entsteht auch bei einseitiger Gewichtung der zu erhebenden und festzuhaltenden Inhalte, insbesondere wenn diese zu Festlegungen in der Dokumentation führen, die stigmatisierend sind oder sein können.

Eine defizitorientierte Dokumentation, die vorrangig Störungen, Behinderungen und Diagnosen festhält, schafft ein Zerrbild des Patienten. Dieses hat wiederum Rückwirkungen auf das Bild von Menschen, die neben ihren Fähigkeiten und Besonderheiten auch seelische Beeinträchtigungen haben, in ihrer Umgebung und bei den Helfern und beeinflusst auch das Selbstbild der Betroffenen. Von einer eher ressourcenorientierten »Sicht- und Vorgehensweise« und einer entsprechenden Dokumentation sind wir weit entfernt.

2 KISTENER/OPPERMANN 1995

»Nebenwirkungen« *hat ein unzureichendes Dokumentationssystem auch im Leistungsgeschehen auf Systemebene*, wo es darum ginge, eine Übersicht über die Funktion des Hilfesystems im Hinblick auf die verschiedenen Zielgruppen zu gewinnen. Wenn z. B. in einer Region vor allem die Zahl der »Betten« und »Plätze« gezählt wird – schon diese Zahlen sind oft gar nicht vorhanden – erweckt dies den Eindruck, als seien damit wichtige Aussagen über das Leistungsgeschehen verbunden, ja, als seien die »Betten und »Plätze« schon ein Qualitätskriterium. Aber auch dort, wo die regionale Dokumentation hinsichtlich Art und Zahl der Daten etwas fortgeschritten ist, etwa durch Nutzung von EDV, besteht die Gefahr, dass »Kernprobleme der heutigen gesundheitlichen Versorgung«³ auch in der Psychiatrie nicht gelöst sondern verlängert werden.

Die Entwicklung von Dokumentationssystemen folgt in weiten Bereichen – institutionszentriert – der Versäulung und Zersplitterung der deutschen Systems der sozialen und gesundheitlichen Sicherung und ist orientiert an den unterschiedlichen Anforderungen, die die verschiedenen Leistungsträger stellen.

Das heißt sie folgen einer Logik, die sich an spezifischen Sichtweisen und Eigeninteressen der Leistungsträger, der Institutionen und der Berufsgruppen ausrichtet.

Negative Wirkungen sind u. a.:

- Dokumentationssysteme haben auch in Regionen, in denen man sich um einen Gemeindepsychiatrischen Verbund bemüht, den Charakter von »Insellösungen«. Vorhandene Daten und Informationen sind für Kommunikationszwecke untauglich dokumentiert.
- Behandlung und Rehabilitation erscheinen als eine Abfolge von Diagnose und Therapieepisoden ohne integrierenden Zusammenhang.
- Daten und Informationen sind »abrechnungsorientiert«, seltener werden dagegen »ergebnisorientierte« Berichte von Behandlung bzw. Rehabilitation, die aggregierbar sind und für die Weiterentwicklung des Hilfesystems genutzt werden können.
- Es liegen an unterschiedlichen Orten und zu unterschiedlichen Zeiten Daten vor, die nicht zusammengeführt werden können, sodass ein Überblick über Funktion, Wirkung und Kosten des Systems nicht erreicht wird.
- Es fehlen fast durchgängig Daten zur Nutzerevaluation, d. h. Bewertungen des Hilfesystems durch Klienten und Angehörige.
- Die vorhandenen Daten sind bruchstückhaft und unverbunden, sodass dynamische Zusammenhänge im Sinne von Folgewirkungen (z. B. bei der Verstärkung ambulanter und dem Abbau stationärer Hilfen) nicht erkennbar werden.
- Es fehlt fast durchgängig eine zielorientierte und evaluierte Strukturplanung, sodass strukturelle Entscheidungen im Regelfall auf sogenanntem häufig vor-

3 DIETZEL 2001

urteilsbelasteten »Erfahrungswissen« gegründet, wenn nicht von vornherein einseitigen Interessen geleitet sind.

Mangelhafte Gesundheitsberichtserstattung – Dokumentation auf Systemebene – erschwert regionale Entwicklungsplanung und führt zu Fehlsteuerungen im Sinne eines Nebeneinanders von Fehlplatzierungen, Über- und Unterver-sorgung.

2.2 Anforderungen an ein prozessorientiertes integriertes Dokumentationssystem in einer Region

Die Auflistung der verschiedenen Nebenwirkungen defizienter Dokumentation soll nicht besagen, dass aktuell vorfindliche Dokumentation generell defizient ist. Allerdings sind die negativen Folgen häufig anzutreffen.

In der Expertengruppe wurde zu einem frühen Zeitpunkt des Projekts ein Kriterienkatalog entwickelt, der die wesentlichen Anforderungen an ein prozessorientiertes und vernetztes Dokumentationssystem im Gemeindepsychiatrischen Verbund beschreibt. Er wurde zur Analyse bestehender Dokumentationssysteme eingesetzt und diente als Hintergrund für die Erarbeitung des unten beschriebenen Integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems (IPDS).

In Form der nachfolgenden Checkliste kann der Kriterienkatalog auch zur Beurteilung bestehender Dokumentationssysteme herangezogen werden:

A. Das Dokumentationssystem ist personenzentriert angelegt.

Das bedeutet, dass

- der Klient mit seinen Bedürfnissen und Hilfebedarfen im Zentrum steht,
- seine Perspektive in der Dokumentation zu berücksichtigen ist,
- das Dokumentationssystem auf ein integriertes personenbezogenes Hilfesystem hin orientiert ist,
- der Klient »Herr seiner Daten« ist (informationelle Selbstbestimmung).

B. Das Dokumentationssystem soll ein Verständnis des Patienten in seinen Lebensverhältnissen und in seiner Lebensgeschichte ermöglichen.

Es orientiert sich an einem subjektorientierten bio-psycho-sozialem Krankheitsverständnis. Es soll unterschiedlichen Zielgruppen gerecht werden.

C. Es beinhaltet die für eine zielorientierte prozessbezogene integrierte Leistungserbringung notwendigen Daten.

Die Zuständigkeiten der einzelnen MitarbeiterInnen für die Dokumentation sind im Hinblick auf Ort, Zeitpunkt und Ort in einem Dokumentationsplan festzuhalten. Das Prinzip der »Erforderlichkeit« ist einzuhalten.

D. Es beinhaltet definierte Schnittstellen zu den einrichtungsbezogenen Dokumentationssystemen.

Das integrierte Dokumentationssystem in einer Region greift auf definierte Daten der unterschiedlichen Einrichtungen zu. Zu diesem Zweck sind einrichtungsbergreifend genutzte »Kernbereiche« der Dokumentation zu definieren und, insbesondere bei EDV-gestützten Systemen, die Schnittstellen zu programmieren.

E. Das Dokumentationssystem ist prozessbegleitend auf die Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung ausgelegt.

Die klientenbezogene Dokumentation umfasst die Bereiche

- Basisdaten
- Diagnostik, einschl. Lebenssituation und Lebensgeschichte
- Ziel- und ressourcenorientierte Behandlungsplanung
- Verlaufsdocumentation mit Monitoring und Evaluation

Es soll sowohl kurz- als auch mittel- und auch langfristige Verläufe abbilden können.

F. Das Dokumentationssystem soll Informationen und Daten übersichtlich strukturieren.

Aktive Dokumentation wie Datenzugriff soll anwenderfreundlich sein, die Zusammenschau der Daten übersichtlich und auf das Wesentliche konzentriert.

G. Das Dokumentationssystem soll Handlungssicherheit und Transparenz für Patienten und Bezugspersonen wie für die in der Psychiatrie Tätigen gewährleisten.

Dazu gehört eine anschauliche Abbildung der diagnostischen Zusammenhänge der Behandlungsplanungen, -aufträge, -vereinbarungen, -ergebnisse, -aktivitäten und -abläufe.

H. Das Dokumentationssystem soll Abstimmung und Kooperation zwischen MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen und Einrichtungen fördern.

Es soll als Informationssystem und als Kommunikationssystem funktionieren. In diesem Zusammenhang sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten eindeutig und übersichtlich abzubilden.

I. Das Dokumentationssystem muss Informationen und Daten sichern.

Dies betrifft die Gewährleistung von Schweigepflicht und Datenschutz. Bei der Sicherheit sind zu beachten:

- die Speicherung von Daten und Informationen
- die mögliche oder ausgeschlossene Veränderbarkeit von Daten und Informationen
- den Schutz vor unautorisiertem Zugriff
- die Beachtung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung der Klienten.

J. Das Dokumentationssystem soll die für die Leistungserfassung erforderlichen Daten beinhalten und bereitstellen.

Dabei geht es sowohl um die einrichtungsinterne Leistungsdokumentation und um die Leistungsdaten, die einrichtungsübergreifend regional aggregiert werden, als auch um die für die Leistungsentgelte erforderlichen Daten.

K. Das Dokumentationssystem soll leistungserbringer- und leistungsträgerbergreifend abgestimmt sein.

Dabei geht es um die Zusammenführung bzw. Aggregation klienten- und behandlungsbezogener Daten, von maßnahme- und angebotsbezogenen Daten sowie um ressourcenbezogenen Daten.

L. Das Dokumentationssystem soll Berichterstattung und Planung in der Region ermöglichen.

Über die Aggregation von Klienten- und Einrichtungsdaten hinaus soll das Dokumentationssystem soziodemografische Daten über die Versorgungsregion, Darstellung der Kooperations-, Koordinations- und Steuerungsfunktionen im Regionalen Verbund, Einschätzung der Qualität des Hilfesystems in definierten Bereichen, Festlegungen von Entwicklungsbedarfen und Projekten zur Weiterentwicklung enthalten.

Die möglichen Wirkungen eines Dokumentationssystems auf die regionale Versorgung sollten einerseits nicht unterschätzt, andererseits aber auch nicht überschätzt werden. Psychiatrische Hilfen werden durch Menschen erbracht. Deren persönliche und berufliche Qualifikationen, wie z. B. Grundhaltung zur therapeutischen Beziehungsgestaltung, Problemwahrnehmungs- und Problemlösungskompetenzen, Motivation und Fähigkeiten zur berufsgruppen- und institutionsübergreifenden Kooperation, Engagement zur persönlichen und fachlichen Weiterentwicklung sind die wesentlichen Ressourcen eines psychiatrischen Hilfesystems. Ein Dokumentationssystem kann hierzu ein unterstützendes Werkzeug sein, wenn es auf einem ganzheitlichen Konzept von seelischer Gesundheit und Krankheit und einem Strukturkonzept von einem integrierten personenzentrierten psychiatrischen Hilfesystem gründet.

3 Konzeptioneller Ausgangspunkt des Projekts integrierte Behandlung und Rehabilitation in einem personenzentrierten Hilfesystem. Folgerungen für einen IPDS

Mit dem *personenzentrierten Ansatz* hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE einen *Paradigmenwechsel* in der Gemeindepsychiatrischen Behandlung und Rehabilitation eingeleitet, der für vielfältigere Reformbemühungen im gesamten Bundesgebiet anregend und z. T. handlungsleitend geworden ist.

In Abgrenzung zum sogenannten »*institutionszentrierten Ansatz*« wird eine Perspektive verfolgt, die das hilfebedürftige Individuum innerhalb seines sozialen Umfeldes in den Mittelpunkt der behandelnden und rehabilitativen multidisziplinär zu erbringenden Hilfen stellt. Besonders zu beachten ist dabei die Zielgruppe der und/oder chronisch psychisch erkrankten Menschen, deren vielfältiger Hilfebedarf nur durch integrierte Komplexleistungsprogramme im Rahmen eines arbeitsteilig organisierten »Gemeindepsychiatrischen Verbunds« der Leistungserbringer zu gewährleisten ist.

Der personenzentrierte Ansatz ist auch konzeptionelle Grundlage für das Dokumentationsprojekt und soll im Folgenden zusammenfassend skizziert werden, soweit dies für die Dokumentation bedeutsam ist.

3.1 Grundlagen. Subjektorientierte Behandlung und Betreuung. Mehrdimensionales Konzept von Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Die therapeutische Orientierung wird durch das Menschenbild und das damit zusammenhängende Konzept von Gesundheit, Krankheit und Behinderung bestimmt:

- Jeder Mensch ist als Subjekt seines Handelns zu sehen – auch und gerade dann, wenn er durch seelische Störungen beeinträchtigt ist.
- Der Mensch ist als soziales Wesen einerseits auf den Schutz und die Hilfe der menschlichen Gemeinschaft angewiesen, andererseits zur Mitwirkung in der Gemeinschaft aufgerufen.
- Grundlage jeder therapeutischen Arbeit ist es, zu dem Patienten in ein dialogisches und partnerschaftliches Verhältnis zu treten. Es geht darum, ihn

in seinen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Zielen, seinen krankheitsbedingten persönlichen Einschränkungen zu verstehen, zu respektieren, ihn bei der Suche nach besseren Lösungen für seine Lebensprobleme zu unterstützen und keinesfalls zum bloßen Objekt fachlichen Handelns zu machen.

- Therapeutisches Handeln muss stets darauf ausgerichtet sein, den psychisch kranken Menschen zu befähigen in einem soweit als möglich normalen sozialen Kontext den bestmöglichen Gebrauch von seinen besonderen und ihm verbliebenen Fähigkeiten zu machen¹ und eine Lebensqualität zu erreichen oder aufrechtzuhalten, die der Würde des Menschen entspricht.²

Eine so beschriebene Grundhaltung und therapeutische Orientierung ist am ehesten mit dem sogenannten »bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell« zu verbinden, wonach sich psychische Störungen im Zusammenwirken somatischer biografischer und lebensfeldlicher Einflussfaktoren entwickeln und über diese drei Ebenen in ihren Wechselwirkungen positiv wie negativ beeinflussbar sind.³

Dieser Vorstellung sehr nahe kommt ein betont dynamischer Begriff von Behinderung, wie er von der WHO entwickelt wurde (ICIDH/ICF). Die WHO geht davon aus, dass Behinderung kein statischer Begriff ist, sondern ein Vorgang aus Wechselwirkungen zwischen bestimmten persönlichen Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und äußeren von sozialen Umständen bedingten Beeinträchtigungen.⁴

Aus diesem Grunde muss das Hilfesystem so organisiert werden, dass es bei Wahrung einer therapeutischen Kontinuität flexibel auf Art und Umfang der notwendigen Hilfen reagieren kann und die Person in ihrem Lebensfeld integriert bleiben kann.

Dies hat Konsequenzen für die anzuwendenden Methoden in Behandlung, Rehabilitation und Betreuung. *Moderne psychiatrische Behandlungsmethoden müssen fast immer mehrdimensional angewendet werden und – vor allem – am Alltag und in der Lebenswelt des Patienten ansetzen.*⁵

Verbunden hiermit ist eine multiprofessionelle Behandlung und Rehabilitation, die aus einem komplexen Bündel somatisch begründeter Therapieformen sowie

1 BENNETT 1975

2 KRUCKENBERG et al. 1999: 39 f.

3 Vgl. z.B. ANDRESEN et al. 1992

4 Die Autorengruppe des »personenzentrierten Ansatzes« hat sich noch am ICIDH-1 orientiert. Mittlerweile liegt ein revidiertes Modell vor (ICF), das ein differenziertes und modifiziertes Modell beinhaltet. Dieses Modell geht von einem Gesundheitsproblem (Krankheit/Störung) aus, das sich in den Dimensionen »Schaden«, »Aktivität« und »Partizipation« mit ihren Wechselwirkungen manifestiert, wobei umweltbedingte und persönliche »Kontextfaktoren« eine entscheidende Rolle spielen.

5 Vgl. OBERT 2001; KRUCKENBERG et al. 1999: 68 ff.

unterschiedlicher psychotherapeutischer, soziotherapeutischer, ergotherapeutischer und bewegungstherapeutischer Ansätze besteht.

Folgerungen für das Dokumentationssystem

Eine derartige therapeutische Orientierung hat Folgen für das Dokumentationssystem. Der Patient muss sich in dem wiederfinden können, was über ihn und für ihn dokumentiert wurde – nach Möglichkeit auf eine auch für ihn verständliche Weise, im Übrigen mit angemessener Interpretationshilfe. Seine Perspektive im Hinblick auf sein Leben, seine Lebensverhältnisse, seine Fähigkeiten und Störungen, seine Ziele und Planungen müssen sich in der Dokumentation finden, auch wenn sie mit den Vorstellungen seines sozialen Umfelds und insbesondere der behandelnden und betreuenden MitarbeiterInnen nicht immer übereinstimmen.

Die verschiedenen mit dem und über den Patienten erhobenen Informationen – zur Lebens- und Krankheitsgeschichte, zur Befindlichkeit, zu seelischen und körperlichen Störungen, zu Fähigkeiten und Einschränkungen, zu seiner sozialen Situation wie zu seinen Zukunftsperspektiven sollten, verbunden mit Hypothesen über die Wechselwirkungen, zu einem lebendigen Bild zusammengeführt werden, das die verschiedenen Beteiligten vielleicht in unterschiedlichen Schattierungen wahrnehmen, aber das dennoch Ausgangspunkt für Ziel- und Hilfeplanung sein kann.

3.2 Die Ebenen eines integrierten personenzentrierten Hilfesystems

Die Umsetzung des »personenzentrierten Ansatzes« ergibt sich auf den *vier Ebenen*: Arbeitsebene, Ebene der Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Kommune, Ebene der regionalen Steuerung und der sozialrechtlichen Ebene.

3.2.1 Arbeitsebene

Auf der Arbeitsebene steht die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, die sich in einer ebenso respektvollen wie zuwendenden Grundhaltung in der therapeutischen Begleitung manifestiert im Vordergrund.

»Begleitung bedeutet dabei, das richtige Maß zu finden zwischen Nähe und Distanz, Zuwendung und Abgrenzung, Führen und Lassen.«⁶ Daneben ist ein auf

6 KRUCKENBERG 2001: 9

Verstehen, die Lebens- und Krankheitsgeschichte des Klienten einbeziehender und (selbst-)reflexiver Ansatz erforderlich.⁷ Ausgedrückt wird dieser dialogische bzw. das Umfeld einschließende »trialogische« Ansatz in dem Postulat »Verhandeln statt Behandeln«.

Im Zentrum dieser Ebene steht die Planung und Durchführung von »integrierten psychiatrischen Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogrammen« (KomplexeLeistungsprogrammen). Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat hierzu ein Instrument vorgelegt. Der »Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) ist ein systematisches Dokumentationsinstrument für die kooperative Bearbeitung eines zielgerichteten KomplexeLeistungsprogramms. Die Erarbeitung stellt einen Prozess dar, in dem vielfältige anamnestiche und situative Informationen, unterschiedliche diagnostische Einschätzungen, Ziele und Erwartungen des Klienten und seines Umfeldes, schließlich auch unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich des Vorgehens und der Realisierbarkeit gewünschter Entwicklungen integriert werden.

Die Durchführung von KomplexeLeistungsprogrammen erfolgt in einer systematischen Abfolge von Teilschritten, die im Verlauf der Abstimmung, Präzisierung, Differenzierung und Überprüfung meist mehrfach korrigiert, d. h. erneut durchlaufen werden müssen.

Um eine diesen Anforderungen genügende Behandlung und Rehabilitation zu gewährleisten sowie eine Behandlungskontinuität zu sichern, ist die *Festlegung einer »therapeutischen Bezugsperson«, die den Behandlungsprozess im Sinne des »Clinical Case-Management« koordiniert*, unerlässlich.⁸

Hinsichtlich der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren chronischen seelischen Störungen ergeben sich auf der Grundlage des »personenzentrierten Ansatzes« somit folgende Leitlinien, die zugleich auch Qualitätsstandards markieren:

1. Anknüpfen an die *Bedürfnisse* des Klienten/der Klientin,
2. Ausrichtung auf die Förderung von (besonderen bzw. noch vorhandenen) *Fähigkeiten*, Interessen und Neigungen, die auf Besserung der Befindlichkeit, der Lebenszufriedenheit und nicht nur auf die Symptomreduktion,
3. Anstreben weitestgehender *Mitwirkung* und Autonomie der Klientin/des Klienten (Selbsthilfeprinzip),
4. *Einbeziehung der Angehörigen* und aller Ressourcen im Umfeld und im Vorfeld psychiatrischer Dienste mit Abstimmung mit deren Zielvorstellungen,
5. Durchführung der Behandlung soweit als möglich ohne Veränderungen der Lebenswelt des Klienten nach den Grundsätzen des *Normalisierungsprinzips* (...)

7 Vgl. DÖRNER/PLOG 1996: 25 ff.

8 Vgl. BMG 2000; KEBBEL 1996

6. *Ausgleich zusätzlicher sozialer Belastungen* (soweit irgend möglich),
7. *Einbeziehung von psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Hilfen* (Förderung von Fähigkeit zur Alltagsbewältigung und -gestaltung und von sozialen Beziehungen gemäß den oben beschriebenen Leitlinien) einschließlich der Einbeziehung der *Ressourcen aus dem sozialen Umfeld* sowie *Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben* auf dem jeweils möglichen Niveau,
8. *Problemlösungsorientierung* auf der Grundlage eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses (bio-psycho-soziale Konzeptbildung), Abstimmung klar definierter Behandlungs- und Rehabilitationsziele,
9. *berufsgruppenübergreifende* Durchführung der Hilfen in regelmäßiger verantwortlicher Abstimmung von Diagnostik und Vorgehen,
10. *kontinuierliche Begleitung* durch eine einen »haltenden«, Realitätsbezug, vermittelnde koordinierende Bezugsperson und
11. *persönliches Engagement und Reflexionsfähigkeit sowie hoher fachlicher Standard der Professionellen* (Fortbildung, Supervision, Qualitätsmanagement).⁹

Der IBRP wurde vorrangig für die Rehabilitation und Eingliederung von Menschen mit langdauernden psychischen Störungen entwickelt. Er enthält neben dem Kerninstrument zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung eine Reihe ergänzender Bögen zur Biografie und Anamnese, sozialer Situation, Lebensplanung, Klientenzentrierung und nicht zuletzt Umsetzung der Hilfeplanung in die Festlegung eines quantitativ bestimmten Hilfebedarfs (Mitarbeiterzeit für verschiedene Aufgaben). Sämtliche Instrumente sind einfach und nahezu selbsterklärend, aber auch durch Manuale erläutert. Allerdings ist die Umsetzung überall dort wo prozessorientiertes einrichtungsübergreifendes Arbeiten noch nicht intensiv praktiziert wurde, mit nicht unerheblichem Schulungsbedarf verbunden.

Folgerungen für das Dokumentationssystem

Integrierte Behandlungspläne sind auch in der Akutbehandlung erforderlich und stellen aufgrund des Zeitablaufs stärker fluktuierenden Verlaufs hohe Ansprüche an die beteiligten Professionellen.

Auf jeden Fall ist die Dokumentation einer angemessene Diagnostik (Lebensgeschichte und Lebenssituation, Ressourcen und Störungen) und einer integrierten Behandlungsplanung eine zwingende Voraussetzung für die Erfüllung der oben genannten Qualitätskriterien.

In den Modellregionen des von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführ-

⁹ KRUCKENBERG et al. 1999: 52f.

ten »Implementationsprojekts«, aber auch in vielen anderen Regionen der Bundesrepublik ist die Anwendung des IBRP vielfach schon alltägliche Arbeitsroutine, z. T. sogar von den Leistungsträgern oder gesetzlich vorgeschrieben. Es hat sich gezeigt, dass die Anwendung dieses Instruments im Rahmen der längerfristigen Behandlung und Rehabilitation nicht nur die Qualität in der Behandlung des einzelnen Klienten verbessert, sondern ein wesentlicher Ansatzpunkt war, die Kooperation und Koordination der beteiligten Leistungserbringer generell zu intensivieren. Der IBRP stellt somit ein wesentliches Hilfsmittel zur Entwicklung von Verbundstrukturen dar.¹⁰

Es gibt keinen Grund, die Dokumentationssysteme im Krankenhaus nicht entsprechend weiterzuentwickeln dahingehend, dass auch hier über die biologischen und psychopathologischen Daten hinaus biografische und lebensweltliche Informationen, die besonderen Fähigkeiten, Ziele und Bedürfnisse der Patienten stärker gewichtet und dokumentiert werden, und dass vor allem die Behandlungsplanung und Evaluation in allen Arbeitsbereichen und bereichsübergreifend in das Zentrum der Dokumentation rückt.

Eine solche Weiterentwicklung der Krankenhausdokumentation würde Prozessorientierung und Handlungssicherheit verbessern, aber auch die patientenbezogene Abstimmung mit den übrigen Diensten und Einrichtungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund erleichtern.

3.2.2 Ebene der Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Region

Die für eine personenzentrierte Leistungserbringung erforderliche Organisation der Dienste und Einrichtungen erfolgt auf der Grundlage des von der Expertenkommission (1988) fortentwickelten Konzepts des »Gemeindepsychiatrischen Verbundes«. Der Gemeindepsychiatrische Verbund als kooperative und koordinierte Gesamtheit der in einer Region vorfindbaren psychiatrischen Dienste und Einrichtungen (Leistungserbringer) hat eine Versorgungsverpflichtung für die in einem Kreis bzw. einer Stadt lebenden (chronisch) psychisch erkrankten Menschen.¹¹ Allerdings ist im Rahmen des »personenzentrierten Ansatzes« der *Gemeindepsychiatrische Verbund* nicht ein Set von einzelnen Institutionen als »komplementären Bausteinen«, sondern – unter Einschluss der klinisch-stationären und teilstationären Versorgung – *ein flexibles Hilfesystem* das die jeweils erforderlichen Hilfsfunktionen vorhält. Die Angebote des Gemeindepsychiatrischen Verbunds gliedern sich in fünf Funktionsbereiche:

10 SPEICHER 1999; MAIR 2000; PEUKERT-LIEDKE 2000; HERRMANN-WOITAS 2000, 2001; KRUCKENBERG 2000

11 BMJFFG 1988

- Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit und Ausbildung
- Leistungen zur klinisch-stationären und teilstationären Behandlung.¹²

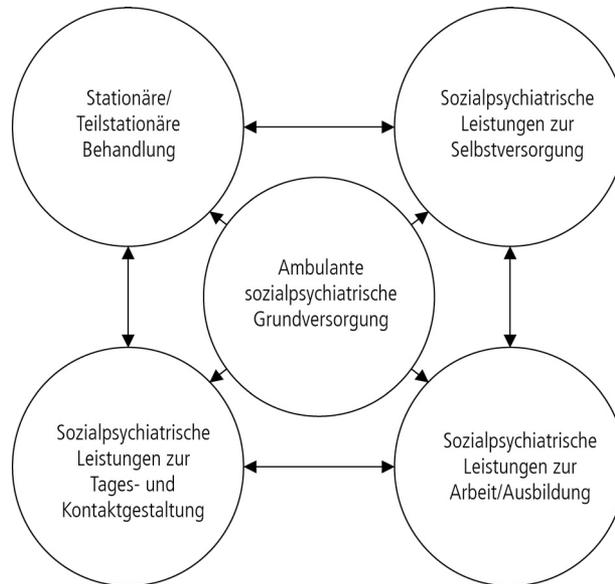


Abb. 3: Funktionsbereiche des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

Die einzelnen Funktionsbereiche verlaufen z. T. quer zu den Grenzen der beteiligten Einrichtungen und Dienste. Sie umfassen die Gesamtheit der psychiatrischen Fachkräfte, die an der Erbringung der Leistungen dieses Funktionsbereiches beteiligt sind. Sie sind idealtypisch nach Größe und regional abgestimmten Aufgabenfeld in einem oder mehreren Teams (z. B. zielgruppenbezogen) so organisiert, dass die Versorgungspflichten personenzentriert und prioritätengerecht erfüllt werden können.

Die **Aufgabenbereiche** des Gemeindepsychiatrischen Verbundes werden wie folgt umrissen:

- **Verpflichtung** zur zeitgerechten und angemessenen Versorgung für alle Personen der Region mit Vorrang für die schwer und chronisch kranken Menschen.
- **Sicherstellung** der Leistungserbringung von integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogrammen (Komplexleistungsprogramme).

12 KRUCKENBERG et al. 1999: 25, 259 ff.; KRUCKENBERG 2000: 20; 2001: 12; KUNZE 2001: 51

- *Weiterentwicklung* des Leistungsspektrums und Qualitätsverbesserung sowie Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und die Ressourcen.¹³

Mit diesem Konzept des funktional organisierten Gemeindepsychiatrischen Verbundes wurde eine Perspektive vorgelegt, die für viele Regionen in Deutschland zur Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems handlungsleitend wurde. Der Weg zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund wird in der Regel schrittweise erfolgen. Diese Schritte können erfolgen über:

- Klientenbezogene Kooperation auf der Mitarbeiterebene
- Einrichtung verbindlicher Kooperationsstrukturen durch verlässliche Absprachen auf der Leitungsebene
- vertragliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Leistungsanbietern
- bis zur Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbundes.¹⁴

Folgerungen für das Dokumentationssystem

Das integrierte regionale Dokumentationssystem entfaltet seine Wirkung in dem Maße, wie die an der Versorgung beteiligten Akteure hieran teilnehmen. Die Beteiligung muss auf der Ebene des Gemeindepsychiatrischen Verbundes verbindlich vereinbart werden. Das beinhaltet die *Festlegung von gemeinsamen Dokumentationsinstrumenten und eine Abstimmung über die Formen des Datenaustausches. Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit sind zu beachten.*

Auf der Ebene der Organisation der Dienste und Einrichtungen in der Kommune unterstützt ein gemeinsam genutztes Dokumentationssystem die klientenbezogenen Kooperation und Koordination der Leistungserbringung auf Mitarbeiterebene. Unnötige Redundanzen der Informations- und Datenerhebung werden vermieden. Es ist möglich, dokumentierte Behandlungsplanungen und deren Evaluation sowie notwendige Veränderungen in der Leistungserbringung den beteiligten Akteuren zeitnah zur Verfügung zu stellen.¹⁵ Zudem werden die beteiligten Akteure, d. h. die unterschiedlichen Leistungserbringer, in die Lage versetzt, ihre Ressourcen effektiv und effizient zu planen. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der für die Klienten zur Verfügung zu stellenden Dienstleistungen, sondern auch hinsichtlich der Entwicklung von funktional orientierten Verbundstrukturen.

13 KRUCKENBERG et al. 1999: 26

14 DIES.: 26

15 Voraussetzung ist hier natürlich die Berücksichtigung des Datenschutzes sowie ein Einverständnis des Klienten.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund muss für die Schulung der Mitarbeiter Sorge tragen, sowohl hinsichtlich der Inhalte und Methoden personenzentrierter Arbeit als auch hinsichtlich der Dokumentation.

3.2.3 Ebene der regionalen Ressourcensteuerung

Die Entwicklungsziele des Gemeindepsychiatrischen Verbundes

- *Kontinuierliche Anpassung des Leistungsspektrums* an den Bedarf
- *Kontinuierliche Gewährleistung und Verbesserung der Leistungsqualität* (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität)
- *Optimierung der Wirtschaftlichkeit*

können nur bei effizienter Steuerung der verfügbaren Ressourcen erreicht werden. Aus diesen Entwicklungszielen ergeben sich als ständige Aufgaben die regelmäßige

- Gesundheitsberichterstattung über die psychiatrische Versorgung
- Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit und der Qualität der Versorgung
- Erarbeitung und Fortschreibung von Entwicklungsplänen
- Entscheidungen über die Umsetzung von Entwicklungsplänen unter Berücksichtigung einer prioritätengerechten Ressourcenverteilung.

Der Entwicklungsprozess des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist damit eine Aufgabe komplexer Steuerung, die das zyklische Ineinandergreifen von Informations-, Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen auf der Grundlage von (rechtlichen) Rahmenvorgaben des Landes erfordert.¹⁶

In einem Prozessmodell der Steuerung im Gemeindepsychiatrischen Verbund kommen im zeitlichen Ablauf Steuerung durch Informationsprozesse, Steuerung durch Abstimmungsprozesse sowie Steuerung durch Entscheidungsprozesse zum Tragen. Für die ökonomische Steuerung ist dabei die Erstellung regionaler Psychiatriebudgets eine wichtige Voraussetzung.¹⁷

Folgerungen für das Dokumentationssystem

Eine aussagekräftige Gesundheitsberichterstattung bzw. Psychiatrieberichterstattung bildet die Plattform auf der sowohl qualifizierte Abstimmungsprozesse und ziel- und prioritätenorientierte Entscheidungen erfolgen und umgesetzt werden können als auch ein Beitrag zur regionalen Qualitätssicherung und -entwicklung erfolgen kann.

¹⁶ KRUCKENBERG et al. 1999: 324

¹⁷ DIES.: 325

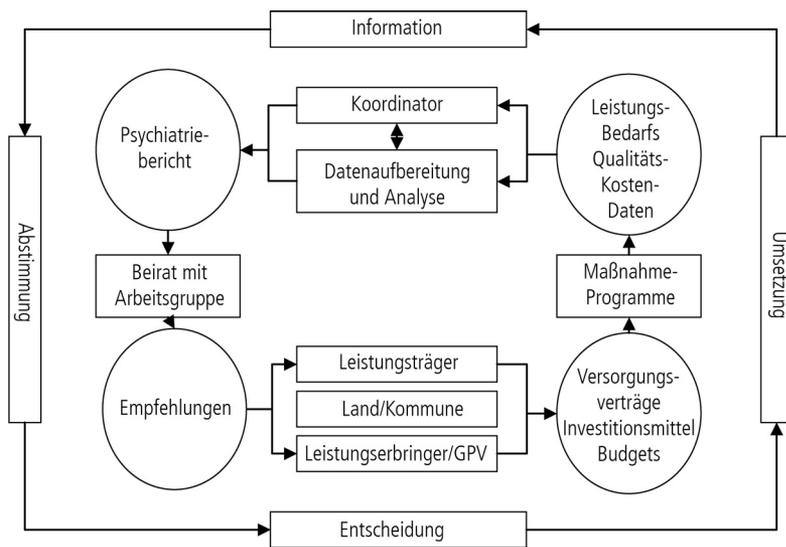


Abb. 4: Steuerung der Ressourcen im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Auf der Ebene der regionalen Steuerung sollte ein regionales verbundorientiertes Dokumentationssystem die fachliche und ökonomische Effektivität und Effizienz fördern. So sollen zum einen durch Aggregation anonymisierter (individueller) Daten und Informationen wichtige epidemiologische Ergebnisse gewonnen werden. Dies umfasst auch Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen und zum Leistungsgeschehen in einer Region inklusive von Daten zur Überversorgung, zu Versorgungsdefiziten sowie zur Wahrnehmung der regionalen Versorgungsverpflichtung. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse über die Verteilung von finanziellen und anderen Ressourcen gewonnen werden. Dies bedeutet, dass eine Gesundheitsberichterstattung, die direkt aus dokumentierten und aggregierten Informationen bzw. Daten gewonnen wird, eine Grundlage für die Steuerung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes darstellt.

Darüber hinaus muss das Dokumentationssystem Daten zur Qualität der Steuerungsprozesse – Umsetzungsqualität, Transparenz und Verbindlichkeit der Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse – vorhalten.

3.2.4 Sozialrechtliche Ebene

*Unter den gegebenen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen ist die Erbringung integrierter personenbezogener Komplexleistungen erheblich erschwert.*¹⁸ Das deutsche System der sozialen Sicherung mit seinen unterschiedlichen Trägern der (medizinischen) Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung ist zersplittert und wird darüber hinaus in den Ländern bzw. Regionen nicht in gleicher Weise angewendet. Die einzelnen Leistungsträger, wie Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungen, Arbeitsverwaltungen und (örtliche und überörtliche) Sozialhilfeträger formulieren unterschiedliche Anforderungen an bestimmte Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen sowie an Leistungserbringer, die letztlich eine integrierte personenzentrierte gemeindepsychiatrische Versorgung erschweren wenn nicht gar verunmöglichen.¹⁹

Ziel des »personenzentrierten Ansatzes« ist es, die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen auf der regionalen Ebene so zu nutzen sowie auf übergeordneter Ebene so fortzuentwickeln, dass personenzentrierte komplexe Maßnahmebündel im Rahmen funktional organisierter gemeindepsychiatrischer Verbünde auf der Leistungsebene ermöglicht und damit durch unterschiedliche Leistungsträger (ggf. anteilig) finanziert werden können. Durch die Schaffung entsprechender gesetzlicher Voraussetzungen soll eine integrierte Leistungserbringung sowie eine Koordination auf Leistungsträgerebene – nicht zuletzt mit dem Ziel regionaler umfassender Psychiatriebudgets – ermöglicht werden.²⁰ Ansätze hierzu finden sich im SGB IX (z. B.: § 14 s. u. Kapitel 4.2)

Folgerungen für das Dokumentationssystem

Auf der sozialrechtlichen Ebene ist eine Dokumentation der erbrachten Leistungen üblich, soweit dies Konsequenzen für die Finanzierung hat. Einzelne Leistungsträger, wie etwa die Rentenversicherungsträger haben darüber hinaus differenzierte Programme für die Behandlungsdokumentation erarbeitet.²¹ Dies erhöht die Transparenz des Leistungsgeschehens und verbessert die Abgrenzung zu und Verknüpfung mit Maßnahmen anderer Leistungsträger.

Ein funktional- und verbundorientiertes Dokumentationssystem kann dazu beitragen, dass auf der Arbeitsebene eine integrierte Leistungserbringung erleichtert wird. Auf der Finanzierungsebene sollten die Kosten zielgruppenbezogen

18 Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, das gegliederte Sozialrecht darzustellen. Es wird auf die einschlägige Literatur verwiesen.

19 Vgl. hierzu statt anderer: KRUCKENBERG et al. 1999; 87 ff.

20 Vgl. KUNZE/KRUCKENBERG 1999

21 Vgl. BfA 1996; VDR 2000

aggregiert werden zu leistungsträgerbezogenen regionalen Teilbudgets. Damit wäre eine Datenbasis geschaffen, die Umsteuerung in Richtung der Erbringung leistungsträgerübergreifender Komplexleistungsprogramme (z.B. in Form von Mischfinanzierungen) erleichtern würde.

4 Rechtliche Vorgaben zur Dokumentation

4.1 Rechtliche Instrumente zur Festlegung von Dokumentationspflichten

Dokumentation in der psychiatrischen Versorgung ist an vielfältige und sehr unterschiedliche rechtliche Vorgaben geknüpft. Dies betrifft die Dokumentation von patientenbezogenen Daten – Sozialdaten, Diagnosen, Befunde, Anamnesen, Behandlungs- und Hilfepläne, Maßnahmen, Verläufe, Berichte und die Dokumentation von erbrachten Leistungen. In diesem Kapitel soll dargelegt werden, inwieweit sich anhand ausgewählter Hilfebereiche für unterschiedliche Leistungserbringer eine Pflicht zur Dokumentation ergibt, oder zumindest nahegelegt wird. Hierzu zählen nicht nur Verordnungen, sondern auch Richtlinien, Vereinbarungen oder Empfehlungen, die in vielen Bereichen der gesundheitlichen, und damit auch der psychiatrischen Versorgung eine bindende Wirkung haben.

4.1.1 Dokumentation in der medizinischen Behandlung und Rehabilitation

Die Berufsordnungen der an der medizinischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, sofern sie einen staatlich geregelten und anerkannten Abschluss haben, beinhalten eine Verpflichtung zur Dokumentation von erbrachten Leistungen. So regelt z. B. der § 10 der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte und Ärztinnen eine Verpflichtung zur Dokumentation »über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen«.¹

Sie umfasst in der gegenwärtigen Praxis die Dokumentation von

- Anamnese und Aufnahmebogen
- diagnostische Befunderhebung, Funktionsbefunde
- Bestrahlungsberichte, EKG, EEG, CTC, Tokogramm, histologische Untersuchungsberichte, szintigrafische Aufnahmen
- Medikation und ärztliche Anordnungen zur Pflege
- Lagerung auf dem OP-Tisch, Operationsbericht
- Aufklärung, Rat zur Inanspruchnahme eines Spezialisten

1 § 10 Abs. 1 MBO-Ä 2002

- Ergebnisse konsiliarischer Untersuchungen.²

Eine ausreichende und verfügbare Dokumentation ist nicht nur Standespflicht, sondern hat darüber hinaus rechtliche Konsequenzen, wenn die Zulässigkeit, oder die dem Stand der Wissenschaft entsprechende Erbringung von Leistungen strafrechtlich oder zivilrechtlich in Frage gestellt wird (Beweislastumkehr bei mangelhafter Dokumentation) oder um die erbrachten Leistungen nachweisen zu können.³

Innerhalb des Krankenversicherungsrechtes (SGB V) ist Dokumentation in zahlreichen Vorschriften niedergelegt bzw. ergibt sich hieraus zwingend. Dies gilt insbesondere für die Qualitätssicherung sowie für Fragen der Abrechnung von Leistungen.

Niedergelassene Ärzte haben neben den standesrechtlichen Obliegenheiten eine Verpflichtung zur Dokumentation insbesondere durch die Richtlinien der Bundesausschüsse (gem. § 92 SGB V), aus den Vorschriften zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 136 a SGB V) und aus den Regelungen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen (§ 295 SGB V). Übermittelt (an Krankenkassen bzw. kassenärztliche Vereinigungen) werden folgende Daten:

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Diagnosen (ICD 10)
- erbrachte Leistungen
- Arztnummer sowie Patientendaten (Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1–8).

Auch für *andere Leistungserbringer im Rahmen der ambulanten medizinischen Behandlung*, wie z. B. Krankenpflegkräfte, Erbringer von Heilmitteln (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten) oder Soziotherapeuten, ergibt sich eine Dokumentationspflicht, die zum einen in den entsprechenden Richtlinien oder Anforderungsbeschreibungen an die Leistungserbringung niedergelegt sind und die für diese mit der vertraglichen Bindung an die Krankenversicherungen verbindlich werden. Auch die diversen Richtlinien, Anforderungen an Leistungserbringer oder Rahmenempfehlungen sehen Dokumentation als ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Leistungserbringer vor. Die Dokumentation von erbrachten Leistungen ist auch hier eng verkoppelt mit der Abrechnungsfähigkeit.

Der § 302 SGB V sieht zur Abrechnung für »sonstige Leistungserbringer« die Übermittlung folgender maschinenlesbarer Daten vor:

- Leistungen nach Art, Menge und Preis (entsprechend den Richtlinien)
- Tag der Leistungserbringung
- Arztnummer des verordnenden Arztes
- Verordnung des Arztes und den erforderlichen Angaben über den Befund
- Patientendaten (Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1–6).

Eine Neuerung in den Anforderungen an Dokumentation stellen die »*Soziothera-*

2 GRAMPP 2002: 9

3 MICHELS 2000

pie-Richtlinien« dar, da hier die Dokumentationspflichten einerseits ausgeweitet sind und zum anderen kooperativ und verlaufsbezogen zu erfolgen haben.

So muss ein »soziotherapeutischer Betreuungsplan« in Kooperation zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischen Leistungserbringer und Patient erstellt werden mit folgenden Bestandteilen:

- Anamnese
- Diagnose
- aktueller Befund mit Art und Ausprägungen der Fähigkeitsstörungen des Patienten und Schweregrad gemäß GAF
- die angestrebten Therapieziele und die erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel)
- die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen
- die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen.⁴

Die soziotherapeutische Dokumentation ist prozessorientiert angelegt. Sie umfasst:

Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für den Patienten und die Entwicklung des Patienten. Insbesondere Angaben zu:

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
- dem Behandlungsverlauf und
- den bereits erreichten bzw. den noch verbliebenen Therapiezielen.⁵

Nach den »Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie sind darüber hinaus Nachweise zu erbringen, die über die Qualifikation, Berufserfahrungen und absolvierte Fort- und Weiterbildungen Aufschluss geben.⁶ Diese sind Grundlage für die in den Ländern abzuschließenden Rahmenvereinbarungen.

Auch *Krankenhäuser* unterliegen innerhalb der stationären-teilstationären und ambulanten Versorgung zahlreichen Dokumentationspflichten. Neben den berufsrechtlichen Pflichten zur Dokumentation kommen hier Dokumentationen als Grundlage der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V zum Tragen, die eine Rahmenbedingung bei der Einführung von EDV-gestützten Dokumentationssystemen in Krankenhäusern darstellen.

Der § 301 SGB V verpflichtet die Krankenhäuser zur Übermittlung maschinenlesbarer Daten – und damit zu deren Dokumentation – an die Krankenkassen:

1. die Angaben auf der Krankenversichertenkarte (nach § 291 Abs. 2 Nr. 1–8) sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,

4 Soziotherapie-Richtlinien, Abschnitt III, Nr. 19

5 Dies., Abschnitt III, Nr. 13.4

6 Gemeinsame Empfehlungen Soziotherapie

2. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkasse,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
4. bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die Aufnahme veranlassende Stelle,
5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
6. Datum und Art der im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
7. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
9. die nach den §§ 115 a und 115 b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

In der *medizinischen Rehabilitation* haben die Krankenkassen ein umfangreiches Qualitätssicherungsprojekt gestartet, das QS-GKV-Projekt, das für die Indikationsgruppen »Orthopädie/Rheumatologie« und »Kardiologie« modellhaft erprobt wird, jedoch auf die übrigen Indikationsgruppen erweitert werden kann.⁷ Dieses Projekt sieht umfängliche Erhebungen bei den betreffenden Einrichtungen vor.

Erhoben werden:

- Strukturqualitätsmerkmale, wie
 - allgemeine sowie medizinisch-technische und räumliche Ausstattung
 - Leistungsspektrum
 - personelle Ausstattung
 - konzeptionelle Grundlagen
 - internes Qualitätsmanagement und interne Kommunikation und Personalentwicklung
- Prozessqualität mithilfe des »Peer Review Verfahrens« auf der Grundlage eines

7 FARIN/JÄCKEL 2001

Prozess-Dokumentationssystem (PRODOK), wobei hier folgende Bereiche relevant werden:

- Anamnese
- Diagnostik
- Therapieplanung
- Sozialmedizinische Stellungnahme
- Nachsorge
- Verlauf und Epikrise
- Patientenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit
- Ergebnisqualität mithilfe eines zu drei Messzeitpunkten erhobenen Fragebogens (IRES-Fragebogen), der ausgewählte Parameter misst in den Bereichen:
 - Somatischer Status
 - Funktionaler Status
 - Psychosozialer Status

Besondere Anforderungen an die Dokumentation wurden in den seit jüngster Zeit gesetzlich geregelten »Strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten« (§ 137f SGB V) sowie der »Integrierten Versorgung« (§ 140a SGB V) gestellt.

Im Rahmen der *Strukturierten Behandlungsprogramme* sollen ausdrücklich durch die Koordinierungsausschüsse (§ 137e SGB V) die Anforderungen an die Dokumentation definiert werden.⁸ Hier liegen z. B. für den Indikationsbereich »Diabetes mellitus« erste Kataloge zu dokumentierender Items vor.⁹

Für die *integrierte Versorgung* wird geregelt, dass die Vertragspartner zu integrierter Versorgung unter anderem gewährleisten müssen, dass »eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein müssen, sicherstellen«.¹⁰

Das Entscheidende in diesen Regelungen ist, dass die Anforderung an Dokumentation sich nicht allein auf einen Leistungserbringer erstreckt (oder in seinen Beziehungen zu den Krankenversicherungen), sondern Dokumentation als eine »vernetzte« Dokumentation konzipiert ist, also als eine Dokumentation, die als eine telematische Anwendung allen anderen (autorisierten) Leistungserbringern zur Verfügung steht.

8 § 137f. Abs. 2 Nr. 5 SGB V

9 LAUTERBACH O. J.

10 § 140b Abs. 3 SGB V

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, müssen den Krankenkassen einen vergleichbaren Datensatz wie die Krankenhäuser übermitteln.¹¹ Darüber hinaus fordern die entsprechenden Rahmenempfehlungen, dass für jeden Versicherten ein individueller Rehabilitationsplan zu erstellen ist, der als Grundlage die Rehabilitationsziele beinhaltet und sich an einer langfristigen Strategie zur Beseitigung bzw. Verringerung der vorliegenden Schädigungen, Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen orientiert.¹²

Die Rentenversicherungen haben schon auf der Grundlage der Berichte der »Reha-Kommission«¹³ angefangen, ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem zu entwickeln und umzusetzen. Auch dieses Programm verlangt von den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen, die vertraglich an die Rentenversicherungsträger gebunden sind, umfangreiche Dokumentationen.¹⁴

Sie beziehen sich auf:

- Strukturmerkmale der Einrichtungen, wie
 - Bettenzahl
 - Indikationsspektrum, Fachabteilungen
 - teilstationäre/ambulante Reha-Möglichkeiten etc.
 - diverse räumliche Indikatoren
 - Aufnahmemöglichkeiten für Begleitpersonen/Kinder
 - Bereitschaftsdienste
 - Personalstruktur/Qualifikationen des Personals
 - Leistungsangebote in Diagnostik und Therapie
- Konzeptmerkmale der Einrichtungen, wie
 - Interne Vernetzung (Teambesprechungen, Dokumentation, Qualitätszirkel)
 - Externe Vernetzung (Qualitätszirkel, Vernetzung mit anderen Einrichtungen)
 - Mitarbeiterqualifizierung (Fort- und Weiterbildung, Supervision)
 - Therapieschwerpunkte (Gesamtkonzept, Spezielle Therapieinhalte und -formen)
- Die Qualität des Rehabilitationsprozesses wird durch ein »Peer-Review-Verfahren« gemessen, deren Grundlage anonymisierte Entlassungsberichte und Therapiepläne sind. Sie haben also die Dokumentation derselben zu Voraussetzung. Gegenstand der Beurteilung ist die Qualität der
 - Anamnese
 - Diagnostik

11 § 301 Abs. 4 SGB V

12 Gemeinsame Empfehlungen 1999

13 VDR 1991

14 VDR 2000, KARL 2000, DORENBURG 1999

- Therapieziele und Therapie
- Sozialmedizinische Stellungnahme
- Nachsorgekonzept
- Verlauf und Epikrise.

Zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit wird ein Fragebogen eingesetzt.

Das 2001 verabschiedete *SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* – hat Folgen, die auch im Zusammenhang mit dem hier relevanten Thema Dokumentation von Bedeutung sind. So muss – bei der Erforderlichkeit von Leistungen mehrerer Rehabilitationsträger – der nach § 14 SGB IX leistende Leistungsträger nicht nur die Leistungen koordinieren, sondern die erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen.¹⁵ Begutachtungen sollen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden¹⁶ und die Rehabilitationsträger sollen gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen erstellen.¹⁷

Zur Qualitätssicherung liegen bereits erste Diskussionsentwürfe vor.¹⁸ Sie benennen Merkmale in den unterschiedlichen Qualitätsdimensionen, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Als ein wesentlicher Indikator zur Prozessqualität wird hierbei Dokumentation angesehen, die weiterhin ein wichtiges Verfahren zur Qualitätssicherung ist. In diesem Zusammenhang wird in § 5 Absatz 2 gefordert, »dass die jeweiligen Leistungserbringer standardisierte Dokumentationen für alle Qualitätsdimensionen einsetzen«.

Die Dokumentation muss alle notwendigen Informationen enthalten, um eine Überprüfung der einzelnen Leistungsschritte und der Ergebnisse anhand einheitlicher Verfahren (z. B. das sogenannte »Peer-Review-Verfahren«) zu ermöglichen.

Die Dokumentation muss darüber hinaus auch Aussagen darüber enthalten, ob und in welchem Rahmen die Leistungserbringung zügig und nahtlos durchgeführt werden konnte und inwieweit Vernetzungen mit anderen Leistungserbringern bestehen, um Übergänge zu organisieren und weitere Maßnahmen einzuleiten.¹⁹

Die Anforderungen an Dokumentationen umfassen insbesondere:

- »die konkrete, operationalisierbare Leistungs- und Maßnahmeplanung bei Leistungsbeginn,
- die individuellen und generalisiert angewandten Leistungsmerkmale,
- den Prozess und dessen Auswertung sowie resultierende Anpassungs- bzw. Beendigungskonsequenzen während des Leistungsverlaufs,

15 § 10 Abs. 1 SGB IX

16 § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

17 § 20 SGB IX

18 BAR 2002

19 § 5 Abs. 2 BAR 2002

- die Beendigung einer Leistung oder Maßnahme sowie nachfolgende Leistungserfordernisse«. ²⁰

Die durch das SGB IX geschaffenen Regelungen haben eine Entwicklung im Bereich der Rehabilitation in Gang gesetzt, die auf eine Vereinheitlichung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger abzielt. Damit werden auch die Dokumentationserfordernisse bei den unterschiedlichen Leistungserbringern vereinheitlicht.

4.1.2 Dokumentation in der Eingliederungshilfe

Die Einrichtungen und Dienste des sogenannten komplementären Bereichs des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems erbringen ihre Leistungen als »Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft«, als Eingliederungshilfe auf der Grundlage der §§ 39, 40 BSHG (§§ 53, 54 SGB XII). Voraussetzung für ihre Leistungserbringung ist in der Regel, dass sie mit den zuständigen Leistungsträgern, den Trägern der Sozialhilfe Verträge nach §§ 93 ff. BSHG (§§ 75 ff. SGB XII) schließen. In diesen Regelungen ist eine direkte Verpflichtung zur Dokumentation nicht enthalten. Allerdings ergeben sich durch die Notwendigkeit des Schließens einer *Prüfungsvereinbarung* ²¹ sowie aus den in der Folge der Umsetzung der BSHG-Reform abgeschlossenen Rahmenvereinbarungen auf Landesebene *Verpflichtungen zur Dokumentation*, die im Rahmen der Qualitätssicherung virulent werden. Die Rahmenvereinbarungen folgen im Wesentlichen der 1999 erstellten Bundesempfehlung. ²²

In der Bundesempfehlung wird in § 14 (Qualität der Leistung) auf Dokumentation Bezug genommen:

- Hinsichtlich der Strukturqualität wird gefordert, dass die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die vereinbarte Leistung erbringen zu können, beschrieben werden. Hierzu gehört neben anderem
 - Standort und Größe der Einrichtung, bauliche Standards
 - Konzeption der Einrichtung
 - vorgehaltenes Leistungsangebot
 - räumliche, sächliche und personelle Ausstattung
 - Anleitung, Fortbildung und Qualitätssicherung
 - Kooperation und Einbindung in das Versorgungssystem
- Die Prozessqualität kann insbesondere an folgenden Parametern dargestellt und gemessen werden:

20 § 5 Abs. 5 BAR 2002

21 § 93 Abs. 2 Nr. 3 BSHG (§ 75 Abs. 3 Nr.3 SGB XII)

22 Bundesempfehlung 1999

- Bedarfsorientierte Hilfeleistung einschließlich deren Dokumentation
- Überprüfung und kontinuierliche Fortschreibung des Hilfeplanes einschließlich notwendiger Beiträge für den *Gesamtplan* nach §§ 46 BSHG (§ 58 SGB XII)
- Hinsichtlich der Ergebnisqualität ist ausdrücklich auf eine Prozessdokumentation hingewiesen worden, in der die Ergebnisse der Überprüfung des Hilfeprozesses anhand der festgelegten Ziele festzuhalten sind.

Zwar werden damit eine Reihe von Dokumentationspflichten gefordert, wie eine Einrichtungsdokumentation, eine Leistungsdokumentation sowie eine Verlaufs- und Ergebnisdokumentation, diese Regelungen sind in vielen Bundesländern jedoch noch nicht hinreichend und – vor allem – nicht in gleicher Art und Weise umgesetzt worden. Die Umsetzung beschränkt sich meist auf die Forderung nach Berichten, die für die Bewilligung bzw. Weiterbewilligung von Leistungen notwendig sind sowie nach der Darstellung von Strukturqualitätsmerkmalen, die für die Vertragsfähigkeit von Bedeutung sind.

Eine Konkretisierung von Dokumentationspflichten für die Leistungserbringer und – vor allem – eine Standardisierung, die ein »Benchmarking« ermöglichen würde steht im Bereich des SGB XII noch aus.

Auch an anderer Stelle wird im SGB XII indirekt auf Dokumentation Bezug genommen. So regelt der § 58 SGB XII die Erstellung eines Gesamtplanes zur Durchführung einzelner Maßnahmen. Entsprechend der Empfehlungen zum Gesamtplan²³ soll er alle Maßnahmen umfassen, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine vollständige und dauerhafte Eingliederung zu erreichen. Er versteht sich darüber hinaus auch als Teil des Hilfeplanes und dient dem Sozialhilfeträger als Instrument zur Steuerung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Der *Gesamtplan* enthält u. a.

- eine Kurzbeschreibung der vorgeschlagenen Maßnahmen und des Maßnahmenziels/Teilziels
- Beginn und voraussichtliche Dauer der vorgesehenen Maßnahmen
- den Ort des Maßnahmevollzuges
- andere Leistungsträger, von denen begleitende/ergänzende Maßnahmen erwartet werden,
- weitere, für den Eingliederungsfall wichtige Angaben.

Er kann förmlich mit einer Darstellung verbunden werden, die für den Gesamtplan wichtige persönliche, sozial-medizinische und soziale Daten des Hilfesuchenden enthält.

Im Grundsatz schafft diese Regelung die Voraussetzungen für eine instituti-
onsübergreifende Hilfeplanung, sie ist jedoch in den Ländern noch nicht hinreichend umgesetzt. Erst in jüngster Zeit haben Bundesländer (z. B. Bayern, Berlin,

23 BAGüS 1999

Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen etc.) damit begonnen, den »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP) der AKTION PSYCHISCH KRANKE (s. o. Kapitel 3.2.1) oder ein vergleichbares Instrument für die Hilfeplanung als eine fachliche Grundlage für den Gesamtplan nach § 58 SGB XII einzusetzen.

4.1.3 Dokumentation in der Pflege

Auch im Geltungsbereich des SGB XI, dem Pflegeversicherungsgesetz, kommt – vor allem durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von 2001 – der Dokumentation ein großes Gewicht zu. Dies bezieht sich in der Hauptsache auf Qualitätssicherung und -management sowie auf die Leistungsabrechnung, auch als Grundlage eines Pflegeheimvergleiches sowie zu statistischen Zwecken.

Im Rahmen der Qualitätsentwicklung gemäß § 80 SGB XI sind für die stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung durch die Leistungserbringer und -träger entwickelt worden. Dokumentation dient hier im Wesentlichen zur Sicherung der Prozessqualität.

Hierzu gehört die schriftliche Darstellung (Dokumentation) folgender Angaben einer vollstationären Pflegeeinrichtung über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot und die dafür zu zahlenden Preise
- das Pflegekonzept
- die räumliche und personelle Ausstattung
- Beratungsangebote
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen²⁴

Darüber hinaus muss die Einrichtung eine Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich führen, aus der heraus das Leistungsgeschehen und der Pflegeprozess abzuleiten sind.²⁵

Ein besonderes Gewicht hat die zu dokumentierende Pflegeplanung. Sie muss nicht nur die beim Bewohner vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herausarbeiten und – unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse – die Pflegeziele festlegen, sondern auch entsprechend der Entwicklung des Pflegeprozesses kontinuierlich aktualisiert werden.²⁶

Weiterhin ist das Ergebnis der Pflege und Versorgung regelmäßig zu überprüfen und zu dokumentieren.

24 § 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe 1996

25 § 3.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe 1996

26 § 3.2.2.3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe 1996

Wesentliche zu dokumentierende Inhalte der *Ergebnisprüfung* sind:

- Erhaltung vorhandener Selbstversorgungsfähigkeiten und Reaktivierung solcher, die verloren gegangen sind,
- Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit,
 - Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit,
 - Bewältigung von Krisensituationen,
 - Ermöglichung der Teilhabe am sozialen Umfeld und der Wahl- und Mitspracherechte sowie
 - Grad der Zufriedenheit des Bewohners.²⁷

Auch die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren.²⁸

Die Dokumentation von Leistungsdaten, auch zum Zweck der Abrechnung ist in den §§ 104, 105 SGB XI vorgeschrieben. Hierbei regelt der § 104 eine umfangreiche Pflicht zur Dokumentation der verschiedensten Daten.

Der § 105 SGB XI schreibt vor, dass die Leistungserbringer folgende Daten in maschinenlesbarer Form an die Pflegekassen übermitteln müssen:

- erbrachte Leistungen nach Art, Menge und Preis,
- den Tag und die Zeit der Leistungserbringung,
- das Einrichtungskennzeichen und die Versichertennummer sowie
- ggf. bei Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78.²⁹

Aufgrund des § 92 a SGB XI ist die Bundesregierung ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen *Pflegeheimvergleich* anzuordnen. Dieser Vergleich fußt auf den verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie den Pflegesatz und Entgeltvereinbarungen über Versorgungsstrukturen einschließlich der sächlichen und personellen Ausstattung, die Leistungen, Pflegesätze und sonstige Entgelte der Pflegeheime sowie die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen.³⁰ Die Dokumentation der unterschiedlichen Daten dient hier also zur Berichterstattung bzw. zu einem Länder bezogenen »Benchmarking«. Auch die durch den § 109 SGB XI geregelten Pflegestatistiken, dienen zur Gesundheitsberichterstattung.

Die auf der Grundlage des § 109 SGB XI erstellte Pflegestatistikverordnung von 1999 fordert von den Pflegeeinrichtungen folgende (zu dokumentierende) Erhebungsmerkmale:

- Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
- beschäftigte Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Berufsabschluss,

27 § 3.3.1 f. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe 1996

28 § 4.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe 1996

29 § 105 Abs.1 SGB XI

30 § 92 a Abs. 3 SGB XI

- betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit sowie bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung,
- die nach Art und Höhe der Pflegeleistung zu zahlenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegeklassen und Unterkunft und Verpflegung.³¹

Auch im Bereich der Pflege existieren bereits eine Vielzahl von Vorschriften, die eine umfangreiche und dezidierte Dokumentation von personenzentrierten Basis-, Planungs- und Prozessdaten vorsehen sowie von einrichtungsbezogenen Strukturdaten.

4.1.4 Dokumentation in »Heimen«

Mit der am 01.08.2002 in Kraft getretenen Novellierung ist das Heimgesetz nun auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie z. B. »Übergangswohnheime« für psychisch kranke Menschen gültig geworden. Darüber hinaus enthalten die neuen Regelungen des HeimG Anforderungen, die sich auf die Dokumentation beziehen.

Der § 11 HeimG formuliert als grundlegende Anforderung, dass ein Heim nur dann betrieben werden darf, wenn sichergestellt ist, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzungen aufgezeichnet werden.³² In Einrichtungen der Behindertenhilfe muss gewährleistet werden, dass für die Bewohnerinnen und Bewohner *Förder- und Hilfepläne* aufgestellt und deren Umsetzungen aufgezeichnet werden.³³

Darüber hinaus ist der Heimträger verpflichtet, Folgendes zu dokumentieren und aufzubewahren, sodass ersichtlich wird:

- die wirtschaftliche und finanzielle Lage des Heims,
- die Nutzungsart, die Lage, die Zahl und die Größe der Räume sowie die Belegung der Wohnräume,
- der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, die Anschrift und die Ausbildung der Beschäftigten, deren regelmäßige Arbeitszeit, die von ihnen im Heim ausgeübte Tätigkeit und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses sowie die Dienstpläne,
- der Name, der Vorname, das Geburtsdatum, das Geschlecht, der Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner sowie bei pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern die Pflegestufe,
- der Erhalt, die Aufbewahrung und die Verabreichung von Arzneimitteln einschließlich der pharmazeutischen Überprüfung der Arzneimittelvorräte und der

31 § 2 Abs. 1 PflegeStatV 1999

32 § 11 Abs. 1 Nr. 7. HeimG

33 § 11 Abs. 1 Nr. 7. HeimG

Unterweisung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln,

- die Pflegeplanungen und Pflegeverläufe für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner,
- für Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe Förder- und Hilfepläne einschließlich deren Umsetzung,
- die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie zur Qualitätssicherung,
- die freiheitsbeschränkenden und die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Angabe und die Anordnung der Maßnahme verantwortlichen,
- die für die Bewohnerinnen und Bewohner verwalteten Gelder oder Wertsachen.³⁴

Obgleich im Heimgesetz, ergänzend zum SGB XI oder auch BSHG, umfangreiche Dokumentationspflichten geregelt worden sind, so wird deren tatsächliche Umsetzung bisher als recht mangelhaft bezeichnet.³⁵

4.1.5 Rechtliche Vorgaben – Zusammenfassung

In den verschiedenen sozialrechtlichen Bereichen (SGB V, VI, IX, XI, XII) sind in den letzten Jahren vermehrt Vorgaben festgeschrieben worden, die über die Dokumentation von Leistungen zur Abrechnung hinausgehen und direkt oder indirekt eine differenzierte Prozessdokumentation im Einzelfall fordern: Behandlungs- und Betreuungsplanung, Evaluation und Anpassung im Verlauf. Die Umsetzung in der Praxis erfolgt schleppend, aber immerhin zunehmend. Allerdings bleiben – bis auf den IBRP – die meisten Dokumentationssysteme einrichtungs- oder maßnahmebezogen und sind für leistungserbringer- wie leistungsträgerübergreifende Zwecke wenig hilfreich, ja, verschärfen z. T. die interinstitutionelle Abgrenzung. *Eine leistungsübergreifende Vereinheitlichung der »Kernbereiche der Dokumentation« sollte mit Berufung auf SGB IX (s. BAR 2000, § 5 Abs. 2) versucht werden, um den Wildwuchs unterschiedlicher Dokumentationssysteme begegnen zu können.* Darüber hinaus sind eindeutige gesetzliche Vorschriften bzw. Richtlinien erforderlich, damit die notwendigen Normierungen stattfinden. Nur wenn eine prozessbezogene Dokumentation zwingend geboten ist und ihre Durchführung kontrolliert und ggf. sanktioniert wird, werden integrierte Dokumentationssysteme, dann sogar EDV-gestützt, entwickelt und eingeführt werden.

34 § 13 Abs. 1 Nr. 1.–10. HeimG

35 Vgl. JOST-HINKEL in: DÄBRITZ 2003: 18 f.

5 Informationelle Selbstbestimmung und vernetzte Dokumentation – Der Schutz personenbezogener Daten in vernetzten Dokumentationssystemen

In kaum einen Fach ist das Menschenbild derart ausschlaggebend wie in der Psychiatrie. Aus Menschenbildern ergeben sich Vorstellungen von dem, der mir gegenübersteht und definieren den Umgangsstil. Der Kranke als selbstbestimmtes Wesen mit eigenem Wollen, Zielen und Handeln, das als solches zu akzeptieren ist, beinhaltet nicht nur Freizügigkeit und gelebte Wertschätzung, sondern auch die freie Bestimmung über seine Daten. Dies gilt umso mehr, wenn deinstitutionalisiert gedacht und gehandelt wird. Dies bedingt neben der Auflösung starrer Systeme insbesondere bei der integrierten Versorgung im Sinne der Integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsplanung einen Austausch mehrerer Personen über die Belange eines Patienten, bei dem dann zielgeleitet Ressourcen abgefragt und Handicaps mittels gezielter aufeinander abgestimmter Leistungen ausgeglichen werden sollen. Zweckmäßigerweise bedarf dies einer übergreifenden Dokumentation, die möglicherweise zukünftig auch über die Wege der EDV gehen.

Die qualitativ hochwertige psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung hat im besonderen Interesse der Allgemeinheit zu liegen, da der Umgang mit den Schwachen einer Gesellschaft stets als Spiegel der Qualität der Gesellschaft selbst gesehen werden kann. Umgekehrt benötigt die Arbeit in diesem Fach ein besonders hohes Maß an Vertrauen und die in absoluter Vertraulichkeit übergebenen Informationen verpflichten dazu, den Vertrauensraum ebenso elementar zu beachten. *Intime Daten, etwa Informationen über Gefühle, persönliche Eigenheiten, intensive Beziehungen zu anderen Menschen u. a. sind ebenso zu schützen wie die körperliche Unversehrtheit* und unterliegen wie diese der Verfahrenshoheit des Individuums (informationelle Selbstbestimmung), solange nicht andere Grundrechte dem entgegenstehen und der Staat diese Ausnahmen normativ regelt.

Prinzipiell ist jede Weitergabe bereits vom Tatbestand einer Behandlung und der dort gewonnenen Daten ein Eingriff in das informationelle Selbstbestimmungsrecht. Dieser Eingriff kann unmittelbar durch den Patienten oder im Rahmen normativer Regelungen des Staates legitimiert werden.

Dabei sind in der Versorgung kranker und behinderter Menschen die Regelungen des Sozialgesetzbuches führend (nebst dem Bundesdatenschutzgesetz). Hervorzuheben sind die Bestimmungen im SGB I (§ 35), SGB X (§§ 67 bis 85 a)

und SGB V (§§ 284 bis 305 a) sowie in einzelnen Leistungsgesetzen. Über den § 78 Abs. 1 SGB X werden andere Personen oder Stellen (auch Leistungserbringer), denen Sozialdaten übermittelt wurden, in den Geltungsbereich des Sozialdatenschutzrechts einbezogen. Öffentliche Verwaltungen bzw. Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft unterliegen dem BDSG (Bereich der Bundesverwaltung) oder dem Datenschutzgesetz der jeweiligen Bundesländer (Bereich der Landes- und Kommunalverwaltung). Bei Patienten, die im Rahmen der Unterbringungsgesetze der einzelnen Länder oder im Rahmen des Maßregelvollzugsrecht oder im Rahmen der Strafprozessordnung untergebracht werden, bestehen in den Unterbringungsgesetzen, in den Maßregelgesetzen (soweit vorhanden) oder in den Vorschriften des Strafvollzugsrechts ein Normativ des Vorgehens. Für die Gesundheitsämter gelten die Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Das BDSG gilt zudem für Einrichtungen in freigemeinnütziger (nichtkirchlicher) sowie in privatgewerblicher Trägerschaft beim Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen oder nicht automatisierte Dateien. Konfessionelle Einrichtungen richten sich an die Datenschutzregelungen der evangelischen bzw. der katholischen Kirche (und zwar jeweils für die Bereiche von verfasster Kirche sowie von Diakonie bzw. Caritas), die sich an den BDSG orientieren. Daneben halten die Krankenhausgesetze der Länder noch spezifische Datenschutzvorschriften für die Krankenhäuser vor. Zivilrechtlich ergehen die Patienten- bzw. Klientengeheimnisse als Nebenpflichten aus dem jeweiligen Behandlungs-, Beratungs- oder Betreuungsvertrag zwischen Patient/Klient und Einrichtungsträger. Schweigepflichtverletzungen sind demnach unerlaubte Handlungen. Einrichtungsträger haften ggf. für Repräsentanten, Erfüllungsgehilfen und Verrichtungsgehilfen. Es kommen Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Betracht.

Unabhängig davon gelten aber auch für die Dokumentation Regeln im Rahmen der Dokumentations-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten. Diese werden im Standesrecht für Ärzte, in Gesetzen hinsichtlich bestimmter Einrichtungsarten (z. B. § 13 HeimG) und in (Rahmen-)Verträgen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern über die Ausführung von Leistungen geregelt.

Daneben bestehen Einsichtsrechte der Patienten, die sich aus dem Vertrag über die Behandlung, Betreuung und/oder Pflege (als Nebenpflicht des Arztes bzw. des Einrichtungsträgers), den Krankenhausgesetzen der Länder und aus dem Standesrecht für Ärzte ergeben.

Nicht selten fürchten die Klienten/Patienten beim Eintritt in das psychiatrisch/psychotherapeutische Hilfesystem eine damit einhergehende Entrechtung bzw. Ausgrenzung als nicht mehr Tüchtige und den Entzug der zustehenden Humanität.

5.1 Datenschutz

Datenschutzrecht ist vielschichtig und bereichsspezifisch gegliedert und schwer durchschaubar. Man unterscheidet innerhalb der verschiedenen datenschutzrechtlichen Regelungen personengebundene (Fachkräfte u. a. Mitarbeiter) und institutionelle Bereiche. Personengebunden gelten für Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Beratungsfachkräfte funktions- und berufsbezogen *Schweigepflichtsregelungen im Sinne des § 203 Abs. 1 StGB*. Daneben findet man noch berufs- oder standesrechtliche Regelungen, arbeitsrechtliche Regelungen und Regelungen im sonstigen Recht im Sinne des § 823 Abs. 1 BGB. Für Leistungsträger gilt das Sozialdatenschutzrecht, soweit Aufgaben im Rahmen des SGB verrichtet werden. Im öffentlichen Dienst und für öffentliche Einrichtungen gilt entweder das BDSG oder eines der Datenschutzgesetze der Länder. Der Datenschutz der Gesundheitsämter wird in Ländergesetzen geregelt. Das BDSG gilt auch für frei-gemeinnützige und privatgewerbliche Trägerschaften, für die kirchlich getragenen Einrichtungen gelten deren spezielle Datenschutzregelungen. Für Krankenhäuser bestehen zusätzlich Datenschutzvorrichtungen in den Krankenhausgesetzen der Bundesländer. Zivilrechtlich werden die Patienten-/Klientengeheimnisse als Nebenpflichten aus dem jeweiligen Behandlungs-, Beratungs- oder Betreuungsvertrag zwischen den Patienten/Klienten und Einrichtungsträgern geregelt. *Der Bruch der Schweigepflicht ist als unerlaubte Handlung (§ 23 BGB) zu sehen, für den die Einrichtungsträger (§ 31 BGB und § 278 BGB, § 831 BGB) haften.*

Somit ist die informationelle Selbstbestimmung ein Menschenrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG). Es liegt in der Verfahrenshoheit und der freien Entscheidung eines jeden, dieses Recht auszuüben oder darauf zu verzichten (Selbstbestimmung). Innerhalb dieses Grundsatzes können bei konkurrierenden Rechtsgütern normative Regelungen greifen, die in einem bestimmten Rahmen die Offenbarung von Daten vorsehen (i. B. im überwiegenden Allgemeininteresse). Dann gilt jedoch in jedem Falle die Begrenzung auf ein absolutes Minimum (*Erforderlichkeit*) und auf die Beachtung der *Verhältnismäßigkeit*. Bereits die Verhältnismäßigkeit gibt die logische Grundlage, dass es Daten geben wird, die jedem Allgemeininteresse gegenüber offenbarungsresistent sein werden. Dem entsprechen aktuelle Urteile, die eine Schichtung verschiedener Ebenen (Sphären) definieren. In welche Sphäre personengebundene Daten gehören, ist auch davon abhängig, welche Bedeutung im Rahmen des Geheimnisanspruches diese beim Betroffenen haben. Dabei sind besonders schutzwürdige Daten, die emotionale Aspekte, persönliche Einstellungen, Werturteile, Inhalte, die bei Offenbarung Peinlichkeiten oder Nachteile für den Betroffenen bewirken, dem absolut geschützten Raum der intimen Daten angehörend. Darauf besteht selbst für den Staat kein Zugriff. Gemäß der Rechtsprechung gehören Inhalte einer Patienten-

akte nicht zu diesem Bereich. Hier wurde jedoch nicht auf eine psychiatrische Akte Bezug genommen, sodass unter Verweis auf die äußerst intimen Daten der Betroffenen, von einer anderen Einschätzung ausgegangen werden kann. Es ist gerade zu üblich, dass dort Daten dem Therapeuten offenbart werden, die außer dem Betroffenen niemand weiß, die in der Regel Bewertungen und intime Wertungen, Gedanken, Gefühle und ähnliches betreffen.

Innerhalb der Daten eines Menschen unterscheidet man unterschiedliche Sphären.

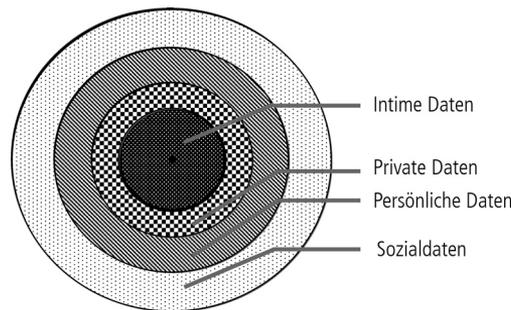


Abb. 5: Sphären der zu schützenden Daten

Diese werden wiederum davon bestimmt, welches Interesse der Einzelne daran haben muss, dass diese Daten nicht offenkundig werden. Auch die Angaben der Therapeuten sind in weiten Bereichen subjektiv gefärbt. Gerade in psychotherapeutischen Sitzungen werden Gegenübertragungsgefühle dokumentiert, die dem juristischen Bereich der Mutmaßungen angehören. Dabei kann die Diagnose noch als relativ objektiver Bestandteil der Akte gesehen werden, der in etwa objektiven Untersuchungsgängen (Labor, somatische Untersuchung, Bildgebung, etc.) gleich zieht. Der Schutz dieser Daten in der Verhältnismäßigkeitskala rangiert deutlich darunter. Angaben, die unter die Sozialdaten fallen, sind solche über Urlaubs- und Erholungsreisen, Akten eines Ehescheidungsverfahrens oder (objektive) Patientendaten in einer Arztkartei. Dabei sind, wie oben ausgeführt, jedoch keine Gefühle, Mutmaßungen und Einstellungen, Fantasien und Träume des Patienten/Klienten, die die Selbstachtung betreffen, gemeint.

Sozialdaten und mit Einschränkungen persönliche Daten sind beispielsweise für währungs-, wirtschafts-, sozial- und verkehrspolitische Aufgaben des Staates, für die Abwehr von Gefahren für die Volksgesundheit und für die Absicherung der Arbeitnehmer und Rentner gegen die Risiken von Erkrankungen zulässig, soweit der Gesetzgeber normative Regelungen dafür geschaffen hat. Selbstbezeichnungen und intime Daten des innersten schützenswerten Bereiches sind von Erhebungen ausgenommen. Die Datenerhebungen im Rahmen der Sozialversicherungen die-

nen, soweit die Erforderlichkeit, Zweckgebundenheit und Verhältnismäßigkeit belegt sind, der Kontrolle, der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen für die Kranken und somit zum Wohle der Volksgesundheit. Dabei bleiben Daten, die der besonderen Schweigepflicht (§ 203 StGB) von Therapeuten und Ärzten unterliegen, strikt ausgenommen. Ausgeschlossen sind eine zieloffene Datenhaltung auf Vorrat und notwendig sind klare Bestimmungen über die Zugriffsbeschränkungen (Lese-, Schreib- und Löschrechte).

Dies gilt auch für statistische Erhebungen, für die im Rahmen der Kostenträger (Innenforschung) aber auch für Forschungsinstitute (Außenforschung) klare gesetzliche Regelungen in den Sozialgesetzbüchern vorgesehen werden (Landespsychiatrieplanung, KHG, Bundesbettenplanung). Für diese Zwecke sind in der Regel keine personenzugeordnete Daten notwendig, sodass die Daten anonymisiert weitergegeben werden. Das Gleiche kann für die Psychiatrieplanung im regionalen Verbund unterstellt werden. Selbst wenn eine eindeutige Zuordnung im Rahmen von Migrationsuntersuchungen sinnvoll erachtet wird, empfiehlt es sich algorithmusgesteuert identische Personen zu deren Daten, bzw. ihnen zugehörige Datensätze zuzuordnen, ohne dass diese Personen identifizierbar werden. Diese Planungen erfolgen zudem im Rahmen einer informationellen Gewaltenteilung, d.h. die Statistiken sind von anderen Aufgabenbereichen der Auswertenden und ihrer Verbände zu trennen.

In der Behandlung und Betreuung schützt die Patienten/Klienten die besondere Schweigepflichtsregelung des § 203 StGB, soweit es sich bei den Betreuern/Therapeuten um Personen handelt, die im § 203 Abs. 1 StGB aufgeführt sind. Dieses traditionelle, auch standesrechtlich unterlegte Prinzip der »ärztlichen Schweigepflicht« umfasst auch Apotheker oder Angehörige eines anderen Heilberufs mit einer staatlich geregelten Berufsausbildung (§ 203 I Nr. 1 StGB), Berufspsychologen (§ 203 I Nr. 2 StGB), die Gehilfen, die diesen Personen in der beruflichen Tätigkeit unterstützen und die zur Berufsvorbereitung Tätigen (§ 203 III S. 1 StGB) wie Sekretärinnen u. a. Nicht darin eingebunden sind Reinigungspersonal und externer Schreibdienst oder EDV-Mitarbeiter, was ein Outsourcing unmöglich macht und für die EDV-Wartung besondere Auflagen erzwingt (Vier-Augen-Prinzip). Die besondere Schweigepflicht schützt ein, zum persönlichen Lebensbereich gehörendes fremdes Geheimnis, das im beruflichen Kontext anvertraut wurde und unbefugt bekannt gegeben wird. Für dieses Geheimnis besteht ein Zeugnisverweigerungsrecht und ein Beschlagnahmeverbot der Krankenunterlagen. Diese Schweigepflicht ist eine Nebenpflicht aus dem Arztvertrag. Die automatische Informationsberechtigung zwischen zwei Behandelnden ist Teil der Musterberufsordnung für Ärzte, der Hintergrund dieser Normensetzung bleibt dennoch umstritten. Für den Patienten ist zu fordern, dass diese Informationswege entweder von sich aus transparent sein müssen (Informationsweitergabe im Rahmen der Supervision innerhalb einer Abteilung,

Einweisungsschein) oder über eine Information und eine Einwilligung transparent gemacht werden müssen. Analog ist die Datenweitergabe im IBRP zu sehen.

Nicht zu besonders Schweigeverpflichteten gehören Pädagogen, Altenpfleger, Heilerziehungspädagogen usw., die in der Gemeindepsychiatrie arbeiten. Für diese gilt die arbeitsrechtliche Schweigepflicht.

Vom Verbot der Offenbarung befreit die Wissenden entweder eine normative (gesetzliche) Regelung (siehe oben) oder eine Offenbarungsbefugnis des Patienten/Klienten. Offenbarung bedeutet schriftliche oder mündliche Mitteilung, aber auch Unterlassung von Sicherungsmaßnahmen vor einer Offenbarung. Nicht dazu gehören anonymisierte Mitteilungen im Rahmen einer Supervision.

Die Offenbarung seitens des Betroffenen erfolgt unter der Voraussetzung, dass er über den Umfang, die Tragweite und Folgen der Übermittlung, den Empfänger der Daten (bzw. den Kreis der Eingeweihten bzw. der Wissenden), den Zweck und den inhaltlichen und zeitlichen Umfang Bescheid weiß. Abstrakte, pauschalisierte, allgemeine sowie zeitlich unbefristete Formblätter sind nicht ausreichend. Eine Freiwilligkeit kann bei fehlenden Alternativen oder empfindlichen Nachteiligungen (z. B. durch Kostenträger angefordert) für den Betroffenen nicht mehr angenommen werden. Voraussetzung ist zudem die »natürliche« Einwilligungsfähigkeit. Wenngleich die mündliche Einwilligung ausreicht, ist zum Nachweis eine schriftliche Bestätigung zu empfehlen.

Auch eine stillschweigende Einwilligung ist mehr als ein Geschehen-Lassen. Für den Betroffenen muss erkennbar sein, an wen welche Tatsachen vermittelt werden, und er muss damit stillschweigend übereinstimmen. Derartige Offensichtlichkeiten werden somit nur kleine Kreise von Wissensbefugten (Kreis der Wissenden) umfassen, die in einer Klinik beispielsweise in der vertikalen Hierarchie beispielsweise Ober- und Chefarzt und in der Horizontalen auf der Station tätige Kollegen betrifft, nicht jedoch externe Supervisoren (hier können Kasuistiken auch ohne Personalisierungen besprochen werden).

Mutmaßlich ist eine Einwilligung nur im Falle einer Bewusstlosigkeit oder im Falle nach einem Tode, wenn mit Rücksicht auf die Interessenlage angenommen werden kann, dass der Betroffene danach befragt zugestimmt hätte.

Somit ist die *Einwilligung die wichtigste Offenbarungsbefugnis im Rahmen des informationellen Selbstbestimmungsrechts im Rahmen des § 203 Abs. 1 StGB* genauso aber auch für das institutionelle Datenschutzrecht §§ 4 a BDSG bzw. 67 b SGB X. Eine Einwilligung bedarf immer eines »informed consent« (»*Transparenzgebot*«) und drückt sich in Worten und Gebärden aus. Kann der Patient/Klient die Einwilligung nicht selbst geben, können auch bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuung ein Vormund (Eltern), ein Betreuer oder Vertreter einwilligen. Einwilligungsfähigkeit bedeutet immer die Fähigkeit eine »Kosten-Nutzenanalyse« vornehmen zu können.

Außerhalb der Offenbarungsbefugnis gibt es normativ geregelte Offenba-

rungsmöglichkeiten immer dann, wenn eine gesetzliche Regelung diese bei widerstreitenden Grundrechten regelt (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz). Diese sind beispielsweise beim Infektionsschutz und im Rahmen von Offenbarungsregelungen des Sozialgesetzes geregelt. Zeugnisverweigerungsrechte bestehen im umgekehrten Falle für Ärzte und für Psychologen. Offenbarungserlaubnisse können weiterhin bei widerstreitenden Interessen oder im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes entstehen. § 34 StGB rechtfertigt die Offenbarung, um ein höherwertiges Rechtsgut zu schützen.

Der besonders Schweigeverpflichtete hat gegenüber Dritten, ausgenommen dem Patienten/Klienten selbst, ein Schweigerecht. Der Patient/Klient hat einen Anspruch auf Auskunft über die ihn betreffenden Unterlagen sowie auf Einsicht in diese Unterlagen. Lediglich der Fall, dass eine Offenbarung dem Patienten/Klienten Schaden bringen könnte, kann Anlass werden, doch zu schweigen (Gefahr eines Selbstmordes).

Sollte die Schweigepflicht tatsächlich gebrochen werden und ergibt sich ein Verstoß gegen den § 203 StGB, dann bedarf es eines Antrages des Geschädigten (auch betroffene Dritte).

5.2 Der Eintritt in das psychiatrische Behandlungssystem

Der Patient/Klient, der in das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungssystem eintritt, kennt in der Regel seine Rechte und die Regelungen zum informationellen Selbstbestimmungsrecht noch weniger als die behandelnden Therapeuten. Auf der einen Seite bewirkt diese Unkenntnis Ängste, auf der anderen entsteht dadurch Unsicherheit und in einzelnen Fällen unbedachte und unbefugte Offenbarung.

Mit dem Eintritt in das Hilfesystem bringt der Patient/Klient Daten in das System ein und damit beginnt auch der Datenschutz.

Bereits das Eintreten in das System selbst obliegt der Schweigepflicht. Eine Offenbarung, dass ein Patient/Klient überhaupt im System behandelt wird, bedarf einer rechtlichen Regelung oder einer Offenbarungsbefugnis durch den Patienten/Klienten.

Für das Geltendmachen von Kosten müssen personenbezogene Daten an die Leistungsträger (Kostenträger der Sozialversicherungen) weitergegeben werden. Der unbedingt notwendige Umfang ist in den jeweiligen Gesetzen geregelt, dabei sind alle nicht ausdrücklich von der Schweigepflicht ausgenommenen Daten schweigepflichtig. Dies begründet bereits die Verhältnismäßigkeit, auf die der Erforderlichkeitsvorsatz fußt. Bei einigen Kostenträgern der komplementären Versorgung (BSHG usw.) gibt es auch Datenoffenbarungsregeln, die weiter als in der Krankenversicherung gefasst sind. In diesem Fall wird seitens des Da-

tenschutzes die Offenbarung von zum Teil intimen Daten stets kritisiert. Die Empfänger sind auch im Falle besonders datenschutzverpflichteter Personengruppen die Gleichen, deren Interesse an den Daten auch zeitgleich die Prüfung der Leistungsgewährung beinhaltet. Die informationelle Gewaltenteilung wäre hier in einem Pendant des MDKs besser zu ordnen. Eine Offenbarungsbefugnis, die im Falle der Nicht-Gewährung Nachteile für den Betroffenen haben, sind nicht wirksam. Im Rahmen eines Eingangsvertrages (Heimvertrag oder Aufnahmevertrag/-antrag zur Aufnahme in eine komplementäre Einrichtung) kann eine Offenbarungsbefugnis dann datenschutzrechtlich problematisch werden, wenn der Ausfüllende dies als Bedingung einer Hilfestellung erbringen muss. Eine Einwilligungsbefugnis in die interne elektronische Datenverarbeitung kann dann akzeptiert werden, wenn es im Rahmen der Verwaltungsnotwendigkeit notwendig ist und der Datenschutz im Rahmen des BDSG gesichert ist.

5.3 Pflichten zur Offenbarung

Danach werden aktuelle Anamnese und die Vorgeschichte des Patienten/Klienten erhoben. Wenn der Patient vom Hausarzt eingewiesen wird, dann werden in der Regel Teilmeldungen über den Patienten vom behandelnden Hausarzt und Facharzt an die Krankenhausärzte weitergegeben, neue Informationen erhoben und zusammen mit der Diagnose im Krankenblatt dokumentiert.

Der Arzt, davon jedoch auch ableitbar andere im Hilfesystem eingebundene Personen, haben eine Pflicht zu dokumentieren. Grundlagen sind die Nebenpflichten des Arztvertrages, das Standesrecht und die Fragen eigener Absicherung. Sobald eine digitale Form der Speicherung erfolgt, muss der BDSG beachtet werden. Dies erlaubt die Speicherung für eigene Geschäftszwecke, wenn sie berechtigt sind und schutzwürdige Interessen des Patienten/Klienten nicht verletzt werden. Das übergeordnete Ziel ist die Heilung des Patienten und seine Weiter- und Nachbehandlung. Weiterhin dient die Speicherung dem Einsichtsrecht des Patienten. Inhalte einer ärztlichen Dokumentation sind die Anamnese, Diagnose, Therapie, diagnostischen Maßnahmen, Funktionsbefunde, Medikation, ärztliche Anweisungen zur Pflege, eine etwaige Abweichung von Standardbehandlungen, die ärztliche Aufklärung sowie die Gründe für die Kontraindikation für die Aufklärung, der Verlauf komplementärer Behandlungen, die komplexe Therapieplanung, die therapeutischen Maßnahmen und deren Ergebnis, Hinweise auf Gefahrenlagen und Vorbeugungen sowie die Nachbehandlung.

5.4 Erbringen von Daten an die Sozialversicherungsträger

Wenn der Patient/Klient Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Sozialleistungsträgers in Anspruch nehmen will, so verpflichtet ihn die Mitwirkungspflicht (§§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I), dass er alle Tatsachen angibt, die für die Leistungen erheblich sind. Dies öffnet den Leistungsträgern auch erforderliche Auskünfte von Dritten. Limitiert werden diese Auskünfte durch die Offenbarungsregelungen der Sozialgesetze. Vorrang hat immer die direkte Datenerhebung beim Versicherten. Damit ist es in der Klinik beispielsweise zulässig, Daten vom Patienten zu erheben, diese aber nur im § 301 SGB V geforderten Umfang an den jeweilig zuständigen Kostenträger zu versenden.

5.5 Transparenz

Wenn die Einrichtung über eine elektronische Speicherung der Patienten-/Klientendaten verfügt, ist sie nach BDSG verpflichtet, dies gegenüber dem Patienten/Klienten anzuzeigen, damit er über die Speicherung seiner Daten entscheiden kann. Der Patient/Klient kann auch die Datenübermittlung den Kostenträgern gegenüber verwehren, wenngleich er dann keine Kostenübernahme erwarten kann und diese als Selbstzahler zu begleichen hat. Eine Aufklärung sollte auch dies in einer positivierten Form beinhalten.

Im Rahmen dessen sollte dem Patienten/Klienten auch ein *Informationsblatt zu seinen Rechten und Pflichten hinsichtlich des Datenschutzes und hier insbesondere zu seinen Einsichtsrechten* übergeben werden. Dabei kann der Patient/Klient auch einwilligen oder ausschließen, ob jemand von seiner alleinigen Anwesenheit in einer Einrichtung Kenntnis erlangen darf usw. Handelt es sich um eine Versorgung, die nicht in einem Krankenhaus stattfindet, sollte in der Datenschutzaufklärung auch Transparenz über den Kreis der Wissenden geschaffen werden. Dabei sollte auch Supervision und die Art des dortigen Umgangs mit Daten eingeschlossen sein.

Die Einwilligung in die Weitergabe der Daten hat die gleiche Bedeutung wie die Einwilligung in die körperliche Untersuchung, die eine Körperverletzung rechtfertigen kann.

Transparenz heißt aber auch den Patienten/Klienten von jeder Erhebung und Verschiebung von Daten zu informieren. Von jedem ersten Speichervorgang und von jeder Übermittlung ist der Patient/Klient zu informieren. (§ 33 Abs. 1 BDSG). Dies ist nur dann entbehrlich, wenn der Patient/Klient aus anderen Gründen Kenntnisse davon erhalten hat (z. B. Chipkarte), oder zwingende Gründe vorliegen bzw. Rechte von Dritten tangiert sind. Einblick kann der Betroffene auch aufgrund der Verfügbarkeitsregelung bei den Kostenträgern nehmen. Neben

diesem Einblicksrecht besitzt er über das BDSG, aber auch durch die Landesgesetzgebung geregelt, Einblicksrechte in die Krankenakte, von deren Vollständigkeit und Ordnungsmäßigkeit er ausgehen darf. Ohne ausreichende Gründe dies dem Patienten/Klienten vorzuenthalten, widersprechen dem Persönlichkeitsrecht (gemäß § 242 BGB). Insbesondere objektive Daten wie Diagnose, Befunde und Verlauf sind zu offenbaren. »Objektiv« ist die Grenze im Rahmen des BGH zwischen besonders geschützten intimen und weniger geschützten persönlichen Daten. Objektive Dinge obliegen dem Patienten/Klienten, diese zu überprüfen. Bisweilen kann man die Daten auch mittels eines MDK oder einer anderen geeigneten Person als Mittler übermitteln lassen. Grundprinzip des »Niemand-zu-Schaden« (»nihil nocere«) gilt auch hier.

Bei einer Gefahr für die Gesundheit oder gar das Leben bei Eröffnung der Daten sind diese zu verwehren. Dies kann insbesondere bei seelischen Erkrankungen mit Verlust der Realitätskontrolle (Risiko der Fehlverarbeitung) oder der Willensfreiheit eine Rolle spielen. Einer Offenbarung kann auch das Persönlichkeitsrecht des Arztes entgegenstehen. Insbesondere subjektive Einträge, Mutmaßungen oder andere intime Einträge des Arztes sind ihrerseits zu schützen. *Auch Fremdanamnesen durch Angehörige fallen unter die besondere Schweigepflicht.* Dieser Umstand ist in der Psychiatrie und Psychotherapie häufiger vertreten als in somatischen Disziplinen. Eine Offenbarung würde bisweilen nicht nur die Rechte dieser Personen schädigen, sondern auch ihre sozialen und familiären Ressourcen, was sich äußerst ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken kann. In diesem Rahmen sind diese Daten zurückzuhalten. Aus Sicht der Autoren sind diese Daten auch dem MDK, trotz Einsichtsrecht (s. u. 5.9) in die Krankengeschichte nicht zu offenbaren, da die Informationsgeber vom SGB V in der aktuellen Sache nicht einbezogen werden können. Diesem Umstand wird häufig jedoch nicht Rechnung getragen. Eine Rolle spielt dabei auch der Umstand, dass die *Trennung der Daten nach den Gesichtspunkten der Sphären der informationellen Selbstbestimmung in der Papierakte ungenügend geleistet werden kann. Dieses kann in einer elektronischen Patientenakte konsequenter umgesetzt werden.*

In der Praxis kommt es immer wieder vor, dass Angehörige um Informationen über den Patienten/Klienten bitten. Dies liegt im scheinbaren Interesse einer reformierten psychiatrischen Versorgung, die Angehörige stärker einbezieht. Im Falle eines einwilligungsfähigen Patienten/Klienten, der ein erwachsenengleiches Reifungsalter vorweist, bedarf es aufgrund der informationellen Selbstbestimmung einer Offenbarungsbefugnis. Bei einem minderjährigen Patienten/Klienten gilt Ähnliches wie beim Einwilligungsunfähigen. Hier sind Auskünfte über objektive Daten prinzipiell zulässig. Für die Therapeuten-Patienten-Beziehung ist jedoch auch hier eine Einwilligung oder die Offenbarung unter Beisein des Patienten/Klienten anzustreben. Bei intimen Daten ist jedoch Zurückhaltung angebracht. Im

Rahmen einer Einwilligung in die Offenbarung oder im Rahmen des Beiwohnens beim Gespräch mit den Angehörigen (stillschweigendes Einverständnis) können Daten an Angehörige/Betreuer auch bei Einwilligungsbefähigung freigegeben werden. Im Rahmen einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit können persönliche und objektive Daten an den Betreuer gegeben werden, zumal man davon ausgehen kann, dass diese eine Schweigeverpflichtung haben und im Sinne des Patienten/Klienten agieren. Bei Informationen, von denen man weiß, dass sie der Patient/Klient nicht freigegeben haben möchte, gilt das Zurückhalten dieser Informationen.

Innerhalb der meisten Einrichtungen wird im Rahmen der Qualitätssicherung eine externe (stets auch eine interne) Supervision durchgeführt. Jedoch gilt für eine personenzugeordnete Offenbarung auch hier das Prinzip der Regelung gemäß § 203 Abs. 1 StGB. Damit ist auch hier eine Offenbarungsbefugnis notwendig. Im Rahmen einer abstrahierten und nicht auf eine Person zuordbare Kasuistik ist dies in dieser Form entbehrlich. Im Rahmen einer Offenbarung muss auch hier der Kreis der Wissenden und der Datenumfang für den Patienten/Klienten offensichtlich sein. Offensichtlich ist nur der Datenaustausch innerhalb einer Klinik und hier innerhalb einer Abteilung in der Vertikalen zwischen Assistenzarzt, Oberarzt und Chefarzt. Ein Datenaustausch über eine Abteilung und somit über die Vertikale hinaus ist eine unzulängliche Erweiterung des Kreises der Wissenden. Der Patient kann auch innerhalb einer Klinik davon ausgehen, dass seine Daten innerhalb einer Abteilung und damit innerhalb eines Kreises der Wissenden bleiben. Prinzipiell gilt dies auch bei konsiliarer Mitbetreuung.

Im Sinne des Transparenzgebots müssen die Regelungen in einem Dokumentationssystem die folgenden Kriterien gewährleisten:

- **Vertraulichkeit** (Befugnis, personenbezogene Daten zur Kenntnis zu nehmen)
- **Integrität** (Unversehrtheit der Daten während der Verarbeitung und Speicherung)
- **Verfügbarkeit** (zeitgerechte Nutzbarkeit der Daten)
- **Authentizität** (Möglichkeit der Zuordnung zum Ursprung)
- **Revisionsfähigkeit** (Feststellung wer wann in welcher Form welche personenbezogenen Daten verarbeitet hat).

5.6 Löscho- und Korrekturrechte der Patienten/Klienten

Berichtigung von unrichtigen und falschen Daten sind im Rahmen einer »Eigentumsdefinition« der informationellen Selbstbestimmung anzunehmen und im SGB (§ 84 Abs. 1 S. 1 SGB X) geregelt. Korrigierbar sind Tatsachen (Diagnosen, Befunde). Anderes gilt für Werturteile und teilweise auch Diagnosen. Die

Korrektur sollte als solches kenntlich gemacht werden. Auch davon abhängige Datenflüsse sind mit dem korrigierten Inhalt zu versehen.

Allgemein werden versicherten- und fallbezogene Angaben über Leistungsvoraussetzungen spätestens nach zehn Jahren (§ 292 SGB V, § 304 Abs. 1 S. 2 SGB V), Leistungsbelege, wenn nicht mehr zu erwarten ist, dass sie gebraucht werden, gelöscht.

5.7 Regressansprüche des Patienten/Klienten

Kommt es zur Vertragsverletzungen (Verpflichtung des Arztes und des Krankenhauses, mit Daten des Patienten gesetzeskonform umzugehen und die Schweigepflicht zu wahren) ergibt sich ein Schadensersatzanspruch des Betroffenen gegen den Arzt, den Klinikbetreiber (auch für Handlungen der Erfüllungsgehilfen).

5.8 Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Einsichtsrechte des MDKs

Bei den Ärzten und Krankenhäusern sowie den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen finden Prüfungen der Wirtschaftlichkeit und Qualität statt. Zu diesen Zwecken ist es ebenfalls erforderlich, Daten auszutauschen.

Das Einblickrecht der Krankenkassen endet mit den Inhalten des § 301 SGB V. Bei Aufkommen von inhaltlichen Fragen der Erforderlichkeit usw. ergibt sich im Rahmen des Sozialgesetzbuches die Möglichkeit der Begutachtung nach § 276 SGB V. Die Informationsbereitstellung umfasst stets das Erforderliche und der MDK erstattet nach § 277 SGB V seine Gutachten. Nach § 17 KHG handelt sich lediglich um einen gezielten Prüfungsauftrag.

Der Auftrag der Krankenkassen an den MDK, ebenso das Einsichtsrecht des MDK in die Krankengeschichte sind rechtlich geregelt. Eine Begrenzung des Einsichtsrechtes ist nicht vermerkt. Auf der anderen Seite können unter tiefstem Vertrauen mitgeteilte Daten selbst dem Chefarzt oder dem Oberarzt verborgen bleiben, aufgrund der Verfügbarkeit und Vollständigkeit der Akte dem MDK damit zugänglich werden. Die Offenbarung ist dann nicht explizit auf das Notwendige und gesondert Schützenswerte beschränkt. Diese Einschätzung kann für psychiatrische oder psychotherapeutische Daten so nicht nachvollzogen werden. Gerade in den Schilderungen von Interaktionen und Begebenheiten im sozialen Rahmen sind auch erhebliche Rechte Dritter und in den Einschätzungen der Therapeuten subjektive Einschätzungen, Gedanken und Mutmaßungen der Therapeuten als eigens schützenswerte Bereiche betroffen. Im Rahmen der Einblicksrechte besieht der MDK regelhaft derartige Inhalte, nimmt Kenntnisse und Wissen davon, unabhängig, ob diese Daten erforderlich sind oder nicht.

Dieses Vorgehen ist nach Ansicht der Autoren inakzeptabel. Der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gilt auch hier als höherwertiges Rechtsgut. Das heißt intime Daten sind dem Zugriff des MDK ebenso ausgeschlossen wie Fremdanamnesen und private Einträge der Therapeuten. Es dürfen nur für die Beurteilung erforderliche Inhalte übermittelt werden.

Wendet sich ein außenstehender Dritter, etwa die gesetzliche Rentenversicherung an die Krankenkasse, – z. B. zur Klärung von Fragen, die sich im Zusammenhang mit einem Rentenantrag stellen –, darf die Krankenkassen nach Maßgabe der §§ 67d, 69, 76 SGB X Patientendaten übermitteln. Eine Übermittlung von Angaben über den Patienten ist ferner für die wissenschaftliche Forschung im Sozialleistungsbereich gemäß den §§ 67d, 75, 76 SGB X zulässig.

5.9 Forschung und Krankenkassen

Den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ist es auch erlaubt, die Datenbestände leistungserbringer- oder fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben selbst auszuwerten (§ 287 SGB V).

Schließlich hat der Arbeitgeber der Einzugsstelle für jeden in der Kranken- oder Rentenversicherung kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten oder nach dem Arbeitsförderungsgesetz beitragspflichtigen Arbeitnehmer bestimmte, gesetzlich festgelegte personenbezogene Daten mitzuteilen, wie etwa die Versicherungsnummer, der Name des Beschäftigten usw.

Dies gibt nur einen groben Überblick über den vielschichtigen Datenaustausch von personengebundenen Daten, die in der Regel keiner Einwilligungen bedürfen.

5.10 Forschung und Erfassung in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Verbundsystem

Eine Forschung oder Planung im Sozialleistungsbereich muss als Fremdforschung gesehen werden, wenn sie außerhalb und als Eigenforschung, wenn sie innerhalb der Sozialleistungsträger erfolgt. Im Rahmen dessen darf eine vom Verwendungszweck abweichende Datennutzung erfolgen, solange das Ziel der Forschung und Planung einen Bezug zu Inhalt, Träger und Strukturen des Systems der sozialen Sicherung aufweist. Jedoch genießt auch hier das Subsidiaritätsprinzip Vorrang (§ 75 Abs. 1 S. 2 SGB X) und die Einwilligungsbefugnis ist nur dann entbehrlich, wenn sie unzumutbar ist, eine geringe Fallzahl und geringe Rücklauferwartung zu erwarten ist und wenn mit einem nicht repräsentativen Ergebnis gerechnet wird. Die Alternative sind anonymisierte Daten, bei denen aber die Art und die

Konstellation in einer Verdichtung nicht eindeutig auf eine Person zurückschließen lassen darf.

Schutzwürdige Interessen (§ 75 Abs. 1 S. 1 SGB X) der Betroffenen und insbesondere Dritter sind unbedingt zu achten. Ein erhebliches Allgemeininteresse kann mit den schutzwürdigen Interessen konkurrieren oder diese überwiegen, wenn mit den notwendigen Daten wichtige Erkenntnisse und Ergebnisse für die Erfüllung von Aufgaben im Sozialleistungsbereich gewonnen oder Gefahren für die Volksgesundheit abgewehrt werden können. Auch epidemiologische Erkenntnisse, Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen können die informationelle Selbstbestimmung als Individualinteresse in den Hintergrund treten lassen. Bei einer Prüfung dieses »Allgemeininteresses« wird es zusätzlich von Bedeutung sein, ob die Forschung unabhängig und interessenungebunden betrieben wird. Der § 67c Abs. 5 SGB X regelt in diesem Rahmen über verschiedene Maßnahmen den Schutz der Daten. Der § 67c Abs. 5 S. 1 SGB X beschreibt die unbedingte Zweckbindung der Daten, die nur und ausschließlich für das konkrete Forschungs- oder Planungsprojekt verarbeitet werden dürfen. Daten sind frühzeitig zu anonymisieren und die Identifikationsmerkmale sind frühzeitig von den eigentlichen Forschungs- bzw. Planungsdaten zu trennen (§ 67c Abs. 5 S. 2 SGB X Satz 3). Eine Zusammenführung ist nur zulässig, soweit der Forschungs- oder Planungszweck dies erfordert (§ 67c Abs. 5 S. 4 SGB X). § 75 SGB X regelt Voraussetzungen für eine Übermittlung von Sozialdaten für die Fremdforschung und -planung. Keine Fremdforschung, sondern eine Eigenforschung liegt vor, wenn Leistungsträger Forschungs- und Planungsaufträge vergeben (vgl. § 67 Abs. 10 S. 2 SGB X) und eine Datennutzung, die nach dem § 67c Abs. 2 Nr. 3 SGB X geregelt wird. Nach § 75 Abs. 1 S. 1 SGB X bedarf es bei der Datenübermittlung bei Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsvorhabens im Sozialleistungsbereich der Genehmigung durch eine mit dieser Aufgabe betrauten öffentlichen Stelle. Im Rahmen der Verfahrensregelung des § 75 SGB X muss die interessierte Stelle das Vorliegen des § 75 Abs. 1 SGB X plausibel machen und um eine Genehmigung der o. a. Bundes- oder Landesbehörde nachsuchen. Dieser Genehmigungsvorbehalt stellt ein zusätzliches Verfahren zum Schutz der informationellen Selbstbestimmung des Versicherten dar. Wenn die Daten an nicht öffentliche Stellen gehen, sichern Auflagen, dass die Bedingungen des § 75 Abs. 1 SGB X sowie die Zweckbindung der Daten beachtet bleiben.

5.11 Andere Informationsinteressen der Leistungsträger

Bestehen Informationsersuche der Leistungsträger bei nicht öffentlichen Stellen muss prinzipiell die auskunftsberechtigende Rechtsvorschrift mitgeteilt werden, sonst sind die Angaben vom Betreuten freiwillig zu erbitten oder unter der besonderen Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 StGB seitens einer Einrichtung zu verwehren. Zweckmäßigerweise haben die Leistungsträger sich diese Informationen unter Verweis der Mitwirkungspflicht direkt vom Versicherten oder dessen Betreuer zu erbitten. Alle anderen Informationsbegehren an den Arzt oder Therapeuten bedürfen spezieller Rechtsvorschriften oder der ausdrücklichen und informierten Einwilligung der betroffenen Patienten/Klienten. Auch die erhebende Einrichtung muss dem Patienten/Klienten gegenüber klären, ob die Daten nur intern oder auch extern verwendet werden.

5.12 Datenaustausch mit dem Sozialhilfeträger und dem Sozialversicherer

Der Sozialhilfeträger muss wie alle Sozialleistungsträger die Leistungsvoraussetzungen prüfen. Die Datenerhebung unterliegt der Regelung und Genehmigung nach § 67a Abs. 1 S. 1 SGB X. Im Rahmen der benötigten Informationsbedürfnisse ist die Datenerhebung somit zulässig. Prinzipiell gilt auch hier, dass nach dem Ersterhebungsgrundsatz Sozialdaten beim Betroffenen zu erheben sind (§ 67 Abs. 2 S. 1 SGB X). Dies ist dann zu umgehen, wenn keine schutzwürdigen Interessen der Betroffenen beeinträchtigt werden und die Erhebung erforderlich ist.

Häufig ist für die Entscheidung über eine Maßnahme jedoch die Übermittlung persönlicher, manchmal auch sensibler Daten erforderlich. Eine entsprechende aktuelle Einverständniserklärung des Patienten ist geboten.

Das Erforderlichkeitsgebot begrenzt den Grad notwendiger Detaillierung. Es dürfen keine detaillierten medizinischen Daten an dafür nicht ausgebildete Sachbearbeiter weitergegeben werden, sondern nur die auf ihrem Interpretationsniveau gebotene entscheidungsrelevante Beurteilung. Sollte dies vom Sozialhilfeträger infrage gestellt werden, ist ein gutachterlicher Fachdienst einzuschalten. Dies wird nach Auffassung der Autoren häufig widerrechtlich nicht eingehalten.

Für die Beurteilung der Notwendigkeit von Maßnahmen im Rahmen des SGB V ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuschalten (s. u. Kap. 5.8). Auch hier wird häufig rechtsmissbräuchlich mit den Patientendaten umgegangen, indem die Verwaltung der Krankenkassen detaillierte Informationen vom Leistungserbringer oder auch vom MDK einfordert und z. T. erhält (z. B. Arztberichte oder Beurteilungen, die sensible Daten enthalten).

5.13 Der Datenaustausch in einem integrierten Hilfesystem

Integrierte Hilfeplanung ist immer Datenintegration zwischen Vertretern unterschiedlicher Institutionen, sowohl auf der Ebene der Hilfeplankonferenz als auch in der klientenbezogenen Zusammenarbeit im Prozess. Die Ergebnisse einer Hilfeplankonferenz sind dann von unterschiedlichen Leistungserbringern an die diversen Leistungsträger zur Kostenübernahme zu übermitteln.

An der Schweigepflicht rüttelt dies nicht, ebenso wenig daran, dass inhaltlich unterlegte, ziel- und zweckdefinierte, freiwillige Einwilligungen einzuholen sind. Damit ist auch die Transparenz des Verfahrens für den Patienten/Klienten gesichert. Im Rahmen des § 58 SGB II stellt der Sozialhilfeträger im Falle der Gewährung von Eingliederungshilfeleistungen so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan auf.

Je größer die einbezogenen Kreise sind, desto mehr muss die Verhältnismäßigkeit beachtet werden. Wenn in Konferenzen zu viele Personen einbezogen werden, wird empfohlen, den Einzelfall eingangs ohne Personenbindung und damit anonymisiert zu schildern. Wenn in Hilfeplankonferenzen bzw. Fallbesprechungen Vertreter der Sozialhilfeträger (und/oder anderer Leistungsträger) dabei sind, ist dies nicht grundsätzlich abzulehnen (Datenerhebung nach § 67a Abs. 2 S. 2 Nr. 2 SGB X). In den Verschriftlichungen sollte sich auf das unbedingt Notwendige bezogen werden.

5.14 Die Form der Einwilligung

Die Frage wie lange eine Einwilligung greife, ist nicht als Fixum zu beantworten. In der Form sind die Einwilligungserklärungen stets konkret zu fassen, der Umfang, das Ziel und der Zweck sind zu verdeutlichen. In der Regel gilt die Einwilligung für eine Behandlungsepisode (Fall) bzw. für einen Vorgang. Dies verhindert eine Datenbevorratung.

Diese Fallbindung kann als offenkundig angesehen werden. In Angelegenheiten, die sich fortsetzen, wie eine Abrechnung über eine privatärztliche Verrechnungsstelle kann die Einwilligung aufgrund dieser Transparenz auch als fortgesetzt betrachtet werden. Wichtig ist dabei, dass der Einwilligende alternative Möglichkeiten hat und freiwillig mit dem Wissen der Widerrufbarkeit unterzeichnet. Im Falle, dass eine Einrichtung oder ein Betreuungssystem mit EDV arbeitet, ist die fehlende Alternative akzeptabel, da nur so die Arbeit verrichtet werden kann.

Kessler¹ empfiehlt angelehnt an Klie folgendes Textmodul zum Datenschutz/Schweigepflicht:

1 Vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE, unveröffentl. Projektbericht »Implementation ...«, o. A.

Um in den Datenaustausch einer Behandlungsplanung (»Konferenz«) einzuwilligen muss der Klient/Patient einerseits wissen, wer an seiner Hilfeplankonferenz teilnimmt und welche Daten dafür benötigt werden.

»Ich bin über die in der Beratungsstelle verwendeten Dokumentationssysteme und die berufliche Schweigepflicht der Mitarbeiter/-innen informiert. Mit der elektronischen Erfassung meiner Daten und deren Nutzung innerhalb der Beratungsstelle für Beratungs- und Betreuungszwecke bin ich einverstanden. Dieses Einverständnis erfolgt freiwillig; eine Verweigerung hat keinerlei Einfluss auf meine Beratung. Nach Anonymisierung werden die Daten wissenschaftlich ausgewertet. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft über die von mir erhobenen Daten habe, dass ich der Speicherung meiner Daten für die Zukunft widersprechen kann und diese daraufhin in personenbezogener Form gelöscht werden. Eine Weitergabe zur Nutzung aller von mir geäußerten und auf mich bezogenen Mitteilungen oder sonst wie bekannt gewordenen Lebensumstände an Einzelpersonen, Arbeitgeber, Institutionen oder Behörden findet ohne meine Zustimmung nicht statt.«

Einwilligungserklärungen, die deutlich unterhalb der oben dargestellten Beispiele liegen, dürften nicht ausreichend sein.

Lapidare Klauseln, wie etwa, dass der Bewohner mit Speicherung sowie Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten im zur Vertragserfüllung erforderlichen Umfang einverstanden ist und dass die Verwendung der Daten sich auf das rechtlich Zulässige beschränkt, sind zu unpräzise und deklarieren weder die Widerspruchsmöglichkeit und die Freiwilligkeit noch sind die Ziele oder der Umfang der Offenbarung (Bestimmtheit) erkenntlich.

Die Präzision und Detailliertheit einer Einwilligungserklärung verhält sich proportional zur Bedeutung des Eingriffs in die informationelle Selbstbestimmung und variiert nach der konkreten Verarbeitungssituation.

Ich bin einverstanden, dass sich folgende Personen zu einer Hilfeplankonferenz treffen, um Wege und Möglichkeiten zu suchen und zu finden, die für mich hilfreich sind. Dabei werde ich mich an der Planung selbst beteiligen.
Es ist mir bewusst, dass eine derartige Planung nur über bestehende Informationen zu meiner Person möglich sind und dass an der Erstellung eines Hilfeplanes Mitarbeiter verschiedener Institutionen beteiligt sind. Mir ist bekannt, dass jeder der Beteiligten an der Hilfeplankonferenz zur beruflichen Verschwiegenheit verpflichtet ist.
Ich verfüge hiermit, dass folgende Personen zum Zweck der Hilfeplankonferenz (zum Ziele der Integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplanung) Daten, die sie über meine Person besitzen, austauschen. Im Gegenzug verpflichten sich die Beteiligten an der Hilfeplankonferenz, dass nur die unbedingt benötigten Informationen ausgetauscht werden.

Ich kann diese Offenbarung jederzeit zurücknehmen.
 Folgende Personen entbinde ich hiermit widerrufbar von ihrer Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift

5.15 EDV-technische Umsetzungsbedingungen innerhalb einer Einrichtung

Prinzipiell ist die Papierakte ein relativ ungenügendes Instrument, um Daten nach ihrer Schwürdigkeit zu selektionieren. Gerade die Möglichkeit, Daten differenziert zu »verrechtlichen«, ist die Stärke von einrichtungsinternen, aber auch von einrichtungsübergreifenden Netzwerken. Verrechtlichung bedeutet differenzierte Zugriffsrechte für Schreiben, Lesen, Löschen und ergänzend eines Protokolls mit Rücknahmeoptionen. Diese Verrechtlichung muss personenbezogen organisiert werden. Der hinterlegte Schutz muss anhand der Datenschutzkriterien organisiert werden.

Das Prinzip der Netzwerktechnologie gilt in vergleichbaren, wenn auch in ausgebauteren Kriterien ebenso für eine Extranetlösung. In jedem Fall müssen die Betreuten in die Speicherung und Verarbeitung personengebundener Daten einwilligen. Die vorher gegebene Information sollte den Kreis der Wissensbefugten und die Form der Zusammenarbeit klären. Dies ist insbesondere für komplementäre Einrichtungen zu empfehlen.

Wenn auch die Rechtsvorschriften über Datenschutz und Schweigepflicht für Einrichtungsträger und Fachkräfte verschiedentlich unbequem und mit zusätzlichem Arbeitsaufwand verbunden sein mögen, so hat sich doch gezeigt, dass sie – jedenfalls bei sachgerechter Interpretation – dem fachlich begründeten und im Interesse der Betroffenen gebotenen Informationsaustausch nicht im Wege stehen. Ihre strikte Anwendung könnte zudem dazu beitragen, eventuell bestehende Ängste vor dem »gläsernen Patienten« abzubauen und ansonsten drohende Konflikte zu vermeiden. Es scheint von daher wenig sinnvoll, im Hinblick auf den bei Komplexleistungsprogrammen notwendigen Informationsfluss unter den Leistungserbringern eine neue – vom Gesetzgeber einzuführende – Übermittlungsbefugnis zu fordern. Wo (nach geltendem Recht bestehende) spezielle Offenbarungs- bzw. Übermittlungsbefugnisse nicht in Betracht kommen, bleibt nichts anderes als der Rückgriff auf die (am besten ausdrückliche) Einwilligung des Betroffenen. Das ist zwar nicht immer unproblematisch, man denke nur an

die in der Praxis nicht seltenen Situationen, in denen der Betroffene aufgrund tatsächlicher Abhängigkeit in seiner Wahlfreiheit weitgehend beschränkt ist. Jedoch kann das Recht hier insofern helfen, als der Einwilligungserklärung, sollte sie den Betroffenen unangemessen belasten, die Wirksamkeit versagt wird.

5.16 EDV-technische Umsetzungsbedingungen über Einrichtungsgrenzen hinaus

Unabhängig davon ob man mit einer Datenkarte, einem Datenstick oder anderen Medien (z. B. einer Extranetlösung) Daten transportiert, sind an den Datenschutz immer besonders hohe Anforderungen an die IT-Sicherheit zu setzen. Es gilt hier unbedingt Schäden zu vermeiden. Seitens des Bundesgerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts sind im Zusammenhang mit der externen Datenverarbeitung durch Mikroverfilmung und der Abtretung ärztlicher Honorarforderungen an gewerbliche Verrechnungstellen die Kriterien eindeutig gezogen worden. Es müssen alle Vorkehrungen getroffen sein, die eine Offenbarung über den Kreis der Wissenden hinaus unmöglich machen.

Diese Kriterien sind in den letzten Jahren in Telemedizinprojekten erprobt worden und müssen übersetzt werden. Dabei sind einerseits die kryptographische Verarbeitung als auch die eindeutige Adressatenzuordnung notwendig (Signatur), damit ein Kommunikationsvorgang ein Gewicht als Indiz erhalten kann.

Diese Vernetzung muss auch die Datenerhebung zu Zwecken der regionalen und überregionalen Psychiatrieplanung beinhalten. Die Kommunikation erfolgt über ein Kommunikationsnetz. Die Information der geschlossenen Benutzergruppe über ein nach außen »verschlossenes« Netz. Die Informationsflüsse bestehen zum wesentlichen Teil aus patientenbezogener Therapie-Dokumentation (beim Forschungsnetz) oder aus soziodemografischen Daten bzw. Krankheitseckdaten (regionale und überregionale Psychiatrieplanung) und Rückmeldungen zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und der Planungsorganisation (z. B. Sozialministerien). Unterstützt wird der Informationsfluss durch Remote Data Entry zu Verarbeitungszentralen und einen (möglicherweise verteilten) Wissensserver. Hier werden u. a. die Glossare von Fragebögen und Inhalte für Fortbildungen vorgehalten.

6 Technisch-organisatorische Rahmenbedingungen der Dokumentation

Aufgrund der demografischen und soziokulturellen Veränderungen, der Fortschritte in der Medizintechnik, der europäischen Integration und Globalisierung sowie der ökonomischen Herausforderungen und des damit verbundenen Veränderungsdrucks haben die modernen Kommunikations- und Informationstechnologien Eingang in das Gesundheitssystem gefunden. Zahlreiche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die modernen Kommunikations- und Informationstechnologien zu einem zentralen Gestaltungsfaktor eines ebenso effektiven wie effizienten Gesundheitssystem der Zukunft werden.¹ Diese Entwicklungen werden für das Gesundheitssystem mit den Begriffen »Gesundheitstelematik« oder auch »Telemedizin« beschrieben.

Der Begriff »Gesundheitstelematik« bezeichnet die »integrierte Anwendung von Telekommunikation und Informatik im Kontext von Gesundheit«,² wobei der mittlerweile auch gebräuchliche Begriff »eHealth« alle die Leistungen, Qualitätsverbesserungen und Rationalisierungseffekte [bezeichnet], die durch eine Digitalisierung und elektronische Übertragung von Datenerfassungs- und Kommunikationsprozessen im Gesundheitssystem möglich werden. Eingesetzte Instrumente hierzu sind Telemedizin und Telematik«.³

»Telemedizin« bezeichnet den »Einsatz von Gesundheitstelematik zur Überwindung einer räumlichen Trennung zwischen Arzt und Patient oder zwischen mehreren behandelnden Ärzten (Beispiele: Telediagnostik, Teleradiologie, Telekonsultationen), also einen anwendungsbezogenen Sektor der Telematik«.⁴

6.1 Potenziale und Restriktionen der Telematik

Insgesamt wird die Durchdringung des Gesundheitssystems durch die modernen IuK-Technologien positiv bewertet. Mehr noch: Es werden wesentliche Verbesserungen sowohl in der Qualität als auch in der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen erwartet, die z. T. ohne Einsatz telematischer Anwendungen nicht möglich wären.

1 Vgl. hierzu: BERGER und Partner 1997; BMG 1998 a; LAUTERBACH/LINDLAR 1999

2 SCHUG 2002: 243

3 DIETZEL 2002: 45

4 DERS.: 46

So sieht Dietzel insbesondere Impulse in folgenden Anwendungsbereichen:

- Krankenhauskommunikations- und Abteilungssysteme (z. B.: Termin-, Belegungs- und Personalplanung)
- Elektronische multimediale Patientenakten (unter Einschluss von bildgebenden Verfahren, z. B.: Computertomographie)
- Verwaltungskommunikationssysteme (unter Einschluss von Abrechnungen)
- Erarbeitung und Verbreitung von medizinischen Wissen (z. B. wissensbasierte Entscheidungshilfen)
- Telemedizin (Beispiel: diagnostische Telepathologie und Neurochirurgisches Konsilium)
- Bürgerbezogene Dienste (Gesundheitsinformationssysteme, Bestell- und Praxismanagementsysteme)
- Aus-, Fort- und Weiterbildung (Beispiele: Operationssimulation, Telekonferenzen).⁵

Schug sieht Impulse insbesondere in folgenden Reformfeldern:

- Hinsichtlich einer »evidence based medicine« kann die Telematik einen Beitrag liefern durch die Vernetzung der Versorger in ihrer klinischen Dokumentation mit den formulierten Leitlinien ihrer Disziplinen.
- Durch Entwicklung von »Enabling Systems« in Bereichen, die menschliches Unvermögen kompensieren (z. B. Mikromanipulationen).
- Hinsichtlich Konzepten von »managed care« oder »coordinated care« kann die Telematik einen Beitrag liefern, der zu mehr Effizienz in den Versorgungsabläufen führen kann. Entsprechend ist die Versorgung gefordert, die klinische Dokumentation aufeinander im Sinne einer virtuell »gemeinsamen« elektronischen Patientenakte bzw. einrichtungsübergreifenden Behandlungsdokumentation abzustimmen.
- Die Ermöglichung eines Monitorings und Steuerung von Versorgungssystemen durch die Leistungsträger und Politik durch Automatisierung administrativer Prozesse.
- Die Bereitstellung medizinischen Wissens.
- Die Ermöglichung eines »informierten« und »freien« Bürgers und Patienten. Gerade angesichts der wachsenden Komplexität gewinnen Patienteninformationen, Selbsthilfegruppen und Patientendokumentationsangebote, in denen der einzelne Patient seine eigenen Daten führen kann, immer mehr an Bedeutung.⁶

Mangiapane sieht durch den Einsatz der Telematik vor allem Vorteile für die »Health professionals«, jedoch auch Patienten können die Potenziale der neuen Technologien nutzen. Er sieht folgende Vorteile:

5 DERS.: 47

6 SCHUG 2002: 244 f.

- Elektronisch übermittelte Daten können leichter in die bestehenden Arbeitsabläufe integriert werden. Dies spart erheblichen Aufwand und Kosten. Nutzer der Technologie sind damit produktiver als ihre Wettbewerber.
- Die Datenverarbeitung beseitigt kostenträchtige Übertragungsfehler durch Vermeidung von Medienbrüchen (EDV auf Papier, Papier auf EDV). Nutzer der Technologie können damit qualitativ besser arbeiten, dies sowohl dokumentieren und kommunizieren.
- Die Übermittlungszeit für Informationen wird deutlich verkürzt. Damit werden Wartezeiten des Patienten verkürzt oder vollständig vermieden, die Bindungsquote des Versicherten steigt. Der Nutzer der Technologie erhält damit einen erheblichen Wettbewerbsvorteil.
- Werden Behandlungsinformationen strukturiert generiert und verarbeitet, reduziert sich der benötigte Arbeitsaufwand bei der Erstellung und Weiterverarbeitung der Information erheblich. Die frei werdenden Personalkapazitäten können für weiterführende Ziele eingesetzt werden.
- Werden strukturierte Informationen für alle Beteiligten generiert und übermittelt, liegen mehr behandlungsrelevante Daten vor. Suchzeiten werden vermindert. Eine zuvor erbrachte, ggf. aufwendige Diagnostik wird vom Einzelnen nicht wiederholt werden müssen. (...)
- Die Übertragungskosten der Informationen (z. B. Portokosten) werden durch Nutzung elektronischer Medien deutlich reduziert.
- Die individuellen Einkommensmöglichkeiten werden durch differenzierte Dienstleistungen verbessert.
- Der Reputationsgewinn durch Kooperation mit (renommierten) Dritten steigt.
- Aufwendungen für Fortbildungsveranstaltungen werden vermindert.⁷

Rienhoff sieht zusammenfassend folgende Potenziale:

- Rationalisierung vieler Arbeitsabläufe,
- Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit,
- Transparenz des Leistungsgefüges,
- Überbrückung der vertikal abgeschotteten Strukturen,
- Realisierung eines leistungsfähigen Qualitätsmanagements.⁸

Ein ganz wesentlicher Vorteil der Telematik wird insbesondere bei der Etablierung von integrierten Versorgungsformen gesehen, wie sie z. B. durch die neuere Gesetzgebung im Rahmen von Strukturverträgen (§ 73 a SGB V), Modellvorhaben (§§ 63 ff. SGB V) oder auch integrierter Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) sowie durch das SGB IX intendiert sind. Kooperativ vernetzte Hilfesysteme, die ihrer Leistungen im Rahmen von »strukturierten Behandlungsprogrammen«, »Disease

7 MANGIAPANE 2002: 91 f.

8 REINHOFF 2002

Management« bzw. »Case-Management« erbringen, erscheinen ohne den Einsatz von Gesundheitstelematik kaum noch vorstellbar. Die Gesundheitsministerkonferenz sieht in der Telematik »eine zentrale Voraussetzung für den Aufbau integrierter Versorgungsformen«. ⁹ Hierbei stellt sie drei Aspekte besonders in den Vordergrund: Einrichtungsübergreifende Behandlungsdokumentationen in der Form von virtuellen elektronischen Patientenakten, die Optimierung von Versorgungs- und Prozessketten und eine aussagekräftige Berichterstattung. ¹⁰

Auch andere sehen die Vorteile von vernetzten Strukturen. ¹¹ Allerdings wird in diesem Zusammenhang auch die Eigenschaft von IuK-Technologien als Organisationstechnologien hervorgehoben, die nicht lediglich bestehenden Strukturen und Prozessen angepasst werden darf, sondern erst eine genaue Analyse und Neustrukturierung von Prozessen erforderlich macht. Erst dann können die effizienten Potenziale der Telematik ausgeschöpft werden.

Allerdings: »Vernetzte Strukturen – insbesondere die Integrationsversorgung – stellen hohe Anforderungen an die Dokumentation der Befunde, Diagnosen, medizinischen Leistungen sowie die schnellstmögliche Informationsübermittlung innerhalb der medizinischen Netzwerke für eine erforderliche Optimierung der Koordination der Leistungen und die Kooperation der beteiligten Leistungserbringer«. ¹² Darüber hinaus setzen die inhaltliche Zusammenführung patientenbezogener Informationen wie auch grundsätzlich die elektronische Erfassung, Übermittlung und Speicherung von patientenbezogenen Gesundheitsinformationen Minimalstandards für die medizinische Dokumentation voraus, da sonst eine einheitliche Interpretation der Inhalte nicht gewährleistet werden kann. »Dies setzt die Definition von Basisdatensätzen für das jeweilige medizinische Versorgungsszenario (z. B. Notfallversorgung) und die Definition bzw. verbindliche Anwendung von adäquaten Begriffskategorien (Klassifikationen, Nomenklaturen) voraus. Für die Zukunft sind diese Minimalfestlegungen bundesweit einheitlich zu definieren und in einem entsprechenden Repository – ggf. über das Internet zu erreichen – allgemein zugänglich zu machen«. ¹³

Restriktionen, die sich einer zügigen Verbreitung von Telematikanwendungen insbesondere hinsichtlich integrierter, vernetzter Hilfesysteme ergeben, werden vor allem auf zwei Ebenen gesehen. ¹⁴

Die versäulte und zergliederte Struktur des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems stellt sich einer Integrationsversorgung als hinderlich dar. Restriktionen ergeben sich vor allem durch die intersektorale institutionelle Gliederung

9 Bund Länder AG 2002: 2

10 Dies.: 2 f.

11 Vgl. BÖLTER 2002; REBSCHER 2002; RICHTER-REICHHELM 2002

12 DERS. 67

13 SCHUG 2002: 253

14 Vgl.: BÖLTER 2002; DIETZEL 2002; MANGIAPONE 2002

(Abschottung) in unterschiedliche Leistungsträger, die Trennung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen sowie durch unterschiedliche berufsgruppenspezifische Trennungen, die einen Informationsaustausch außerordentlich erschweren.

Mit dieser Trennung verbunden sind sowohl unterschiedliche inhaltliche Anforderungen (z. B. an Dokumentation) der unterschiedlichen Bereiche sowie unterschiedliche technische Anforderungen an Software, die eine Interoperabilität zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen erheblich erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen.

Zur Überwindung dieser Restriktionen soll nach dem Willen sämtlicher relevanter Akteure eine gemeinsam zu entwickelnde »Telematikplattform« dienen, die Standards, Schnittstellen, Anforderungen etc. auf einer konsensual abgestimmten und verbindlichen Grundlage beschreibt und damit Interoperabilität sichert.

6.2 Politische Initiativen und Programme

Um unterschiedliche Gesundheitstelematik-Projekte zu entwickeln und zu fördern, werden international schon seit Mitte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts große Anstrengungen unternommen. 1995 ist das Gesundheitsprojekt der G7 Staaten etabliert worden, das nach seiner Erweiterung als G8 Global Healthcare Applications Projekt (GHAP) zehn Unterprojekte zum Gegenstand hat:

1. Weltweite Vernetzung von Public Health Datenbanken (GLOPHIN)
2. Onkologie-Netzwerk: Verbesserung von Diagnose und Behandlung bei Krebs
3. Herz-/Kreislaufkrankheiten: Verbesserung von Prävention, Diagnostik und Behandlung
4. Internationale konzertierte Aktion für Telemedizin
5. Querschnittsfragen weltweiter Gesundheitsdatennetze (Definition und Entwicklung technologischer, sozialer, organisatorischer und rechtlicher Anforderungen); Einsetzbarkeit des Internets
6. Internationale Harmonisierung beim Einsatz von Datenkarten im Gesundheitswesen
7. Wirksamkeitsüberprüfte/gesicherte Medizin
8. Multilingualer Anatomie-Datenatlas
9. Referenz Datenbank für medizinische Abbildungen
10. Interaktive Multimedia- und TV-Programme in der Zahnmedizin und internationale Online-Akademie (SIPP/IOA/Melive).

Die G8-Projekte sind inzwischen weitgehend abgeschlossen und haben im Juli

2000 ihren Niederschlag in der G8-Charta von Okinawa zur Informationsgesellschaft gefunden.¹⁵

Auf europäischer Ebene wurde (u. a.) im Jahr 2000 der Aktionsplan »eEurope 2002« von den Staatsechefs der europäischen Länder verabschiedet. Dessen Kapitel »Gesundheit Online« sieht bis Ende 2002 folgende Ziele vor:

- Aufbau einer flächendeckenden Infrastruktur für Gesundheitstelematikanwendungen (Informationstechnischer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung) durch die jeweiligen Mitgliedsstaaten
- Evaluation und Offenlegung von Best-Practice Beispielen bei Telematikanwendungen
- Entwicklung von Qualitätskriterien und Qualitätssicherung bei gesundheitsbezogenen Websites
- Erstellung eines Verbindlichen Dokuments der Europäischen Kommission (»Communication«) zu Rechtsfragen der Gesundheitstelematik
- Dynamische Entwicklung und Umsetzung von Standards.¹⁶

Die hier formulierten Ziele wurden/werden von den Mitgliedsländern in nationale Strategien und Anwendungsfelder konkretisiert.

Das Projekt »eEurope 2002« wird nach den Beschlüssen von Barcelona vom März 2002 seine Fortsetzung im Aktionsplan »eEurope 2005« finden. Zentral in diesem Aktionsplan ist eine europäische Gesundheitskarte, die mit den für Deutschland beschriebenen Eckpunkten weitgehend übereinstimmt.¹⁷

Um die Bemühungen hinsichtlich einer Gesundheitstelematik- Plattform auf europäischer Ebene neben den Normungsinstitutionen (z. B. CEN) umsetzungsorientiert zu unterstützen wurde die »European Health Telematics Association« (ETHEL) gegründet, in der die relevanten (politischen) Akteure aus dem Bereich der Gesundheitstelematik vertreten sind.¹⁸

6.2.1 Initiativen des Bundes und der Länder

Obwohl die Bundesrepublik im Vergleich zum westlichen Ausland hinsichtlich der Gesundheitstelematik einen gewissen Nachholbedarf hat, sind auch hier seit Ende der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts einige Anstrengungen unternommen worden.¹⁹ Innerhalb der »Initiative D 21« des Bundes und der Wirtschaft zur Informationsgesellschaft, werden im »Arbeitskreis Gesundheit« folgende Telematikprojekte betreut:

15 DIETZEL 2002: 50

16 Bund Länder AG 2002: 17; SCHUG 2002: 251 ff.; SCHULTE-SASSE 2002: 14

17 Bund Länder AG 2002: 17

18 Vgl. DOARÉ 2002; SCHUG 2002: 257 ff.

19 Einen Überblick gibt: BMG 1999 a

- Elektronischer Arztbrief
- Optimierung der Strukturen im Bereich Zahnersatz
- Optimierung der Beziehungen zwischen Arbeitgebern und Sozialversicherung
- Weiterentwicklung der Teleradiologie.²⁰

Innerhalb des Aktionsprogramms »Innovation und Arbeitsplätze in der Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts« vom 22.09.1999 der Bundesregierung wurden hinsichtlich der Gesundheitstelematik folgende Aktionsfelder bzw. politische Prioritäten genannt:

- elektronisches Rezept
- Karten im Gesundheitswesen
- Patienten- und Gesundheitsinformationsnetze
- Sektorale und regionale Netze
- Schaffung einer Telematikplattform.²¹

In der Nachfolge der Arbeitsgruppe 7 des »FORUM INFO 2000«²² und weitere Aktivitäten, hat sich 1999 das »Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen« (ATG)²³ konstituiert, das auf nationaler Ebene vergleichbare Aufgaben wie ETHEL übernimmt. Ziel ist auch hier die Schaffung einer gemeinsamen umfassenden Telematikplattform. Konkret werden durch das ATG im Rahmen von Arbeitsgruppen vier Themen bearbeitet, zu denen jeweils Managementpapiere veröffentlicht wurden. Die Themen sind:

- Elektronisches Rezept
- Elektronischer Arztbrief
- Sicherheitsinfrastruktur
- Europäische Zusammenarbeit.²⁴

Weiterhin wurde das »Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem« (AFGIS) initiiert, das den Aufbau eines qualitätsgesicherten Gesundheits-Informationssystems betreibt.

Sämtliche Bundesländer führen Projekte im Bereich der Gesundheitstelematik durch. Es würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, diese hier anzuführen. Stattdessen wird auf die Literatur verwiesen.²⁵ Hinzuweisen bleibt allerdings, dass hierunter keine Projekte aus dem Bereich der psychiatrischen Versorgung sind.

20 SING 2002

21 DIETZEL 2002: 51; GRIGUSCH 2002

22 BMG 1998 a

23 ZIPPERER 2000, 2001, 2002

24 Die Managementpapiere sind verfügbar unter: www.atg.gvg-koeln.de/main/berichte.htm.

25 Bund Länder AG 2002: 18 ff.; REDDERS 2001; WEIHRAUCH 2002

6.3 Zentrale Problembereiche/Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Dokumentationsprojekt werden einige Problembereiche virulent, die in Rahmen dieses Projektes nicht bearbeitet werden, jedoch für die Gestaltung eines IPDS-Psych von großer Bedeutung sind. Das vorliegende Projekt behandelt vornehmlich fachlich-inhaltliche Fragestellungen der Gestaltung eines integrierten, vernetzten und prozessorientierten Dokumentationssystems und nicht technische Fragen der Informationsübermittlung und (elektronischen) Kommunikation. Dennoch muss ein IPDS-Psych – wenn es denn implementiert werden soll – auf technische Voraussetzungen aufbauen, die ein »Funktionieren« gewährleisten können. Gemeint hiermit sind Fragestellungen, die sich auf eine »Telematikplattform« beziehen, also von Standards, Schnittstellen und anderen Voraussetzungen, die eine Interoperabilität unterschiedlicher Softwaresystemen gewährleisten können, Fragestellungen, die die Sicherheitsinfrastruktur von Kommunikationsnetzen beziehen sowie Fragestellungen, die rechtliche Fragen, insbesondere des Datenschutzes thematisieren.

6.3.1 Telematikplattform – Standards und Schnittstellen

Angesichts der unübersehbaren Vielzahl von Softwaresystemen in den verschiedenen Versorgungsbereichen (nicht nur) der psychiatrischen Versorgung kommt der Frage der Definition von Standards und Schnittstellen eine zentrale Funktion zu. Erst hierdurch kann ein Datenaustausch bzw. eine Kommunikation gewährleistet werden.

Dies betrifft zum einen die Frage der fachlichen Definition von Datensätzen zur Dokumentation im Sinne eines »Standards«, zu denen das vorliegende Projekt einen Beitrag leistet und der vergleichbar ist mit der Konzipierung einer »elektronischen Patientenakte« (EPA). In technischer Hinsicht werden entsprechende Standardisierungen von Organisationen wie DIN, CEN und ISO erarbeitet. Für elektronische Patientenakten wurde im Rahmen der CEN TC 251 Working Group WG 1 »Information Models« eine Europäische Vornorm »prENV 13606 – Electronic Health Care Record« (EHCR) entwickelt. Daneben existiert international der Ansatz eines »Good Electronic Health Records« und die HL7-Clinical Document Architecture (CDA) mit Bezug zum HL7-Reference Information Model (RIM).

Weiterhin müssen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen existierende Standards harmonisiert werden. Dies betrifft z. B. den für den ambulanten (ärztlichen) Bereich existierenden VCS-Standard sowie die xDT-Schnittstelle und die im klinisch-stationären Bereich vorherrschende HL7-Sprachsystematik. Im Bereich der »komplementären« Versorgung ist darüber hinaus bisher kein

Standard etabliert. Um hier eine Interoperabilität gewährleisten zu können, ist ein übergreifender Standard notwendig, der für die Zukunft im xML-Standard gesehen wird.²⁶

Auch der Etablierung von sogenannten »de facto Normen« wird in diesem Zusammenhang ein großes Gewicht zugemessen. So haben sich wesentliche Akteure im »Krefelder Memorandum« zur Förderung des Einsatzes von Standards und interoperativer Verfahren im Gesundheitswesen folgende Ziele und Aufgabenstellungen gesetzt:

- Förderung des Einsatzes von Standards und von interoperablen, sicheren Verfahren zur Dokumentation, Kommunikation, Verarbeitung und Archivierung von Gesundheitsdaten.
- Ausschließlicher Einsatz offener Standards und Strukturen, hierbei sind internationale Entwicklungen zu bevorzugen.
- Offenlegung von Spezifikationen oder Verwendung von Open Source Software.
- Schaffung von Verbindlichkeit zur Planungs- und Investitionssicherheit für Anwender und Hersteller.²⁷

Hierdurch werden im Sinne dieses Projektes Anforderungen an die einzusetzende Software formuliert.

6.3.2 Sicherheitsinfrastruktur

Für eine vertrauenswürdige Übermittlung von Gesundheitsdaten ist eine Sicherheitsinfrastruktur in Gesundheitsnetzen notwendig. Eine derartige Infrastruktur bezieht sich insbesondere auf:

- Den Schutz der Übermittlung von Daten durch (asymmetrische) kryptographische Verfahren (harte Kryptographie) in Verbindung mit einer »Public Key Infrastruktur« sowie einer »digitalen Signatur«.
- Die Einführung einer »Health Professional Card« (HPC) mit den kryptographischen Funktionen Digitale Signatur, Verschlüsselung und Authentifizierung.
- Die Einführung einer Krankenversichertenkarte der 2. Generation, die einen Zugriff auf gespeicherte Daten durch den Patienten erlaubt.²⁸

Das Managementpapier »Sicherheitsinfrastruktur« der ATG bietet hier wegeweisende Perspektiven.²⁹

26 MANGIAPANE 2002; SEMBRITZKI 2000

27 Das Krefelder Memorandum ist verfügbar unter: www.ztg-nrw.de/materialien/Krefelder_Memorandum.pdf.

28 Vgl. Bund Länder AG 2002; 11, SCHUG 2002; MANGIAPANE 2002

29 Vgl. GVG/ATG 2001

6.3.3 Rechtliche Fragen – Datenschutz

Bei der Gestaltung von Telematikprojekten bekommen datenschutzrechtliche Fragen eine zentrale Rolle. Dies betrifft sowohl die Fragen, welche Daten gespeichert und verarbeitet werden, die prinzipiell einer zu dokumentierenden Einwilligung bedürfen und die einer Schweigepflicht unterliegen. Neben der Gewährleistung der gesetzlichen Vorschriften ist insbesondere die Autonomie des Patienten über »seine« Daten zu gewährleisten. »Bei der technischen und organisatorischen Ausgestaltung von Verfahren müssen die grundlegenden Anforderungen der Datenschutzgesetze an technische und organisatorische Maßnahmen beachtet werden (vgl. z. B. die Anlage zu § 9 BDSG). Sicherungsmaßnahmen müssen vor allem die Verfügbarkeit, die Authentizität, die Integrität und die Vertraulichkeit der Daten gewährleisten. Außerdem sind die Zugriffsberechtigungen und Benutzerrechte eindeutig festzulegen.«³⁰

Hierzu haben die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht in ihren »Einbeker Empfehlungen« sowie der Arbeitskreis Gesundheit der Datenschutzbeauftragten Hinweise erarbeitet.

Allerdings werden auch andere Fragen des Rechts virulent. Die GMK nennt hier insbesondere die Bereiche:

- das Haftungsrecht beteiligter Ärzte
- das informationelle Selbstbestimmungsrecht aller Beteiligten
- die Rechte der Krankenkassen, Karten mit bestimmten Funktionen an ihre Versicherten herauszugeben
- die Gleichstellung der digitalen Signatur mit handschriftlichen Unterschriften als Voraussetzung des Wirksamwerdens von elektronischen Heilberufsausweisen
- die Verbindlichmachung und Sicherstellung der Interoperabilität der sich entwickelnden neuen Kommunikationsinfrastrukturen im Gesundheitswesen.³¹

Im Rahmen des Telemedizinprojekts hat die Gesundheitsministerin vorgeschlagen, dass über eine cPHC (computerized public health card) und über eine cpC (computerized professional card) ein Datenzugriff seitens von den Patienten ermächtigten Ärzten möglich sein soll. Auf dem gleichen Wege wäre auch für die vernetzten Leistungserbringer eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes der Zugriff zu den Daten zu ermöglichen.

30 Bund Länder AG 2002: 14

31 Dies.: 14

6.4 EDV-gestützte Dokumentation in der psychiatrischen Versorgung

Dokumentation in der psychiatrischen Versorgung kann auf eine lange, sehr widersprüchliche Tradition zurückblicken. Um die Jahresberichte psychiatrischer und wichtigsten Kennzahlen vergleichbar zu machen, veröffentlichte Flemming ein sogenanntes »Normalschema für irrenstatistische Übersichten«.³² Die teilweise recht umfangreichen Dokumentationen der Anstalten und Gesundheitsämter über psychisch kranke und behinderte Menschen konnten in der Nazidiktatur als Grundlage für die Aussonderung, Zwangssterilisation und Tötung dieser Menschen genommen werden, wobei eine Aussonderung z. T. »EDV-gestützt« – durch Hollerithmaschinen erfolgte.

Anfang der 70er-Jahre entwickelten Eckman et al. ein Datenschema, mit dem die Situation in der Psychiatrie erfasst werden sollte.³³ Dieses hat sich jedoch aufgrund ungenügender Ausstattung der Krankenhäuser mit EDV-Technik nicht durchsetzen können. Eine Verbreitung fand eine statistisch auswertbare Form der psychiatrischen Dokumentation in der (klinischen) Versorgung mit dem von Dilling et al. erarbeiteten Vorschlag.³⁴

So blieb Dokumentation in der psychiatrischen Versorgung bis weit in die 80er-Jahre hinein beschränkt auf eine »papiermäßige« Aktenführung bzw. Dokumentation in einem »Krankenblatt«. Noch heute kann davon ausgegangen werden, dass es allenfalls 30 Kliniken in Deutschland gibt, die EDV-gestützt dokumentieren und kommunizieren.³⁵

In den 70er-Jahren wurden erste Anstrengungen zur Entwicklung der EDV-Technik in der Medizin unternommen. Ab 1972 förderte der BMFT »Datenverarbeitung in der Medizin«, darunter auch das erste komplette Krankenhausinformationssystem in Kulmbach, die »Einführung der Datenverarbeitung in die ärztliche Praxis« und das Großvorhaben »DV-Einsatz zur Lösung überbetrieblicher Organisations- und Managementaufgaben durch Integration des normierten Informationsflusses zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens DOMING«: DOMING I für das öffentliche Gesundheitswesen, DOMING II für Krankenhäuser, DOMING III für niedergelassene Ärzte.³⁶ Die Umsetzung dieser Projekte erwies sich jedoch u. a. als zu kostenaufwendig.

Erst mit der Entwicklung und – vor allem – dem rapiden Preisverfall des »PC« und Systemen »mittlerer Datentechnik« ab 1980 wurde EDV-Technologie erschwinglich und EDV-Lösungen zunächst in ärztlicher Praxis und Krankenhäu-

32 KRISCHKER et al. 1998: 401

33 ECKMANN et al. 1973

34 DOLLING et al. 1982

35 STADLER 2002

36 BERGER & Partner 1997: 29

sern eingesetzt. Die eingesetzte Software diene in erster Linie zur Verbesserung der Verwaltung von Institutionen und Patienten, nicht zuletzt auch unter dem Gesichtspunkt der Dokumentation abrechenbarer Leistungen. Noch heute ist der typische Einführungsalgorithmus von EDV in Kliniken die von STARKS et. al. 1988 beschriebene fünf Stufenpyramide:

1. Einführung der Verwaltungssoftware
2. Einführung von AVE-Prozessen im klinischen Alltag
3. Einführung von Kommunikations-, Bestell- und Terminprozessen
4. Einführung von elektronischen Dokumentationsformen bis zur elektronischen Arztbriefschreibung
5. Einführung von Vernetzungsstrukturen mit den Kunden und komplementären Partnern

Derzeit kann von einer durchschnittlichen Einführungstiefe von Stufe eins bis zwei bei den meisten der Kliniken ausgegangen werden, die EDV eingeführt haben.³⁷ Die Stufe vier erreichen nur ca. 30 Kliniken, die Stufe fünf wird nach unserem Wissen von keiner Klinik für Psychiatrie erreicht.

Von einem »Durchbruch« im Sinne eines »Booms« von Softwarelösungen kann jedoch erst ab Mitte der 90er gesprochen werden. *EDV-gestützte Dokumentationssysteme* begannen – mit unterschiedlicher Geschwindigkeit – sich nicht nur im klinischen Bereich durchzusetzen, sondern auch in vielen anderen Bereichen der Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Eingliederung sowie in der Sozialverwaltung oder dem öffentlichen Gesundheitsdiensten.

Als Gründe für diese Entwicklungen sind anzusehen:

- Die Entwicklung im Sozialrecht, die verstärkte Anforderungen an Qualitätssicherung und -entwicklung legte und damit Dokumentation erforderlich machte.
- Die Umstellung von Finanzierungssystemen (z. B. durch prospektive Pflegesätze, Fallpauschalen, Finanzierung nach Psych-PV), die erhöhte Anforderungen an Dokumentation stellten – nicht zuletzt im Eigeninteresse der Leistungserbringer an einer verbesserten Kalkulation.
- Die verstärkten Anforderungen, die sich an eine wirtschaftliche Leistungserbringung ergeben und die bei den Leistungserbringern ein zunehmendes Interesse an EDV-gestützten Instrumenten des »Controllings« weckten.
- Die hiermit verbundenen Bemühungen und Bedürfnisse der Leistungserbringer um »Organisationsentwicklung« und »Qualitätsmanagement«. Bisherige Dokumentationen konnten diese Bedürfnisse nicht erfüllen.
- Die erhöhten Anforderungen, die Leistungsträger und Gebietskörperschaften an eine Berichterstattung stellen und die damit erhöhte Anforderung an Dokumentation markieren.

37 KÖLLER 2003

- Die erheblich gestiegenen Anforderungen im Arbeitsprozess (Optimierung durch Redundanzminderung und Kommunikationsbeschleunigung).

Bei der Einführung von EDV-gestützten Dokumentationssystemen zeigte sich ein Reihe von Problemen.

Die Einführung von EDV-gestützten Dokumentationssystemen ist nach wie vor mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden. Dabei ist zu beobachten, dass die Kosten der Hardware (Arbeitsplätze, Server und Netzwerkkomponenten) eher rückläufig sind. Ebenso rückläufig sind die Kosten für die EDV-Systeme, nicht zuletzt wegen des ausgeprägten Verdrängungswettbewerbes der letzten Jahre. Weniger prominent, bei genauer Prüfung jedoch mit dem größten Posten zu veranschlagen, sind die Kosten, die für die Anpassung der Systeme an einrichtungsspezifische Bedürfnisse, die z. T. mit hohem Aufwand betrieben werden müssen, insbesondere zu nennen sind dabei die Entwicklung von Dokumentationsstrukturen, die Festlegung und Verknüpfung von Items und Katalogen. Darüber hinaus sind die Schulungskosten für Anwender erheblich.

Aber auch aufseiten der Anwender ergaben sich Probleme. Sie erstreckten sich von einem Widerstand gegen die Einführung von EDV im Allgemeinen und EDV-gestützter Dokumentation im Besonderen. Vielfach wurden Fragen des Datenschutzes (Gläserner Patient) thematisiert oder auch ein Misstrauen gegenüber der EDV als ein Kontrollinstrument artikuliert. Außerdem ergaben sich z. T. Schwierigkeiten in der »Benutzerfreundlichkeit« einiger Softwarelösungen. Nicht zuletzt kommt von Anwenderseite immer wieder das Argument, dass die rechtlichen Grundlagen für ein dokumentensicheres elektronisches Vidierungssystem noch nicht gegeben ist. EDV-gestützte Dokumentationssysteme gehören mittlerweile auch zum Standard in der psychiatrischen Versorgung – allerdings mit sektoralen Unterschieden.

Die *Ausstattung von psychiatrischen Kliniken und Abteilungen* mit EDV-Systemen ist relativ hoch. In einer – allerdings nicht repräsentativen Umfrage – konnte Grampp feststellen, dass **94 % aller Kliniken auf EDV** zugriffen, jedoch mit berufsgruppenspezifischen Unterschieden.³⁸ Allerdings ist hierbei vor allem eine Nutzung von EDV im unspezifischen Sinne als Arbeitshilfe, kaum jedoch als systematisches Dokumentations- und Kommunikationssystem gemeint, wie Köller und Stadler feststellten.³⁹

Auch im Bereich der *niedergelassenen Ärzte* liegt der Grad an EDV-Ausstattung bei **weit über 90 %**. Hier kann von echten Praxissystemen ausgegangen werden, die zur Leistungserfassung, Dokumenterstellung und zur Befunddokumentation genutzt werden. Dabei liegen psychiatrische Praxen statistisch im Mittelfeld.⁴⁰

38 GRAMPP 2003

39 STADLER 2002, KÖLLER 2002

40 Springer online 2002, Heft 2

Ähnlich hoch dürfte der Grad an EDV-Ausstattung derjenigen Leistungserbringer sein, die eher »medizinisch« orientiert sind bzw. deren Leistungen sich auf Sozialversicherungen beziehen. Dies betrifft Leistungsanbieter von Leistungen im Rahmen von medizinischer Behandlung, von Rehabilitationsleistungen sowie auch von Pflegeleistungen. Ursächlich hierfür ist das große Interesse der Leistungsträger an Dokumentation, die Verkoppelung von Dokumentation und Abrechnung von Leistungen und rechtlicher Vorschriften, die eine EDV-gestützte Dokumentation erzwingen.

Ohne dass gesicherte Erkenntnisse vorliegen, scheint die Durchdringung mit EDV-Technik im sog. »*komplementären Bereich*« der psychiatrischen Versorgung, also derjenigen Leistungserbringer, die Leistungen zur Teilhabe auf der Grundlage des SGB XII erbringen, *nicht dem oben genannten Niveau entsprechen*. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sie liegen im Wesentlichen in den, zwar regional unterschiedlichen, jedoch insgesamt nicht so ausgeprägten Anforderungen der Leistungsträger an Dokumentation oder Qualitätssicherung. Auch die Größe der Leistungserbringer ist relevant. Insbesondere für kleine Hilfsvereine ist die Investition in ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem eine schwer zu finanzierende Aufgabe. Darüber hinaus hat sich in diesem Bereich eine »Kultur« der Dokumentation noch nicht hinreichend entwickelt; die oben genannten Widerstände gegenüber Dokumentation sind nach wie vor evident und gehen deutlich über den klinisch-psychiatrischen Bereich hinaus. Aus unserer Sicht positiv hervorzuheben ist die flächendeckende Einführung des Dokumentations- und Erfassungssystems Bado-K in Sachsen, welches mit Mitteln des Landes Sachsen neue Standards in der komplementären Dokumentationseinheitlichkeit gesetzt hat – allerdings aufgrund datenschutzrechtlicher Probleme noch nicht voll ausnutzbar ist.

In allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung ist mit einem Ansteigen der EDV-gestützten Dokumentation zu rechnen. Diesem Trend entsprechend sind ein – mittlerweile unübersehbare – Fülle von Softwareanbietern auf dem Markt, die weitgehend »Branchenlösungen« anbieten, also Softwarepakete, die auf die Bedürfnisse eines Sektors bzw. Bereiches der Versorgung abgestimmt sind.

Eine Standardisierung von Datensätzen ist dem entsprechend noch nicht übergreifend entwickelt:

Im klinischen Bereich hat sich die *BaDo* (Basisdokumentation) zwar als eine Art »Quasistandard« etabliert,⁴¹ ist jedoch weit davon entfernt, in der empfohlenen Form in den Häusern ungesetzt zu werden. Die Situation wird insbesondere noch verwirrend, da die Items der verbreitetsten BaDo-Version (DGPPN-Version – A, E, ZA und ZE-Items) in den letzten Jahren mehrfach geändert wurden. Nicht nur deshalb, sondern auch wegen der Partikularinteressen von mit den Softwareanbietern zusammenarbeitenden Kliniken, haben die meisten BaDo-

41 CORDING et al. 1995, CORDING 1995, 1998

Anwendungen Kompatibilitätsprobleme mit anderen BaDo-Sätzen. Lediglich in Gebieten (z. B. Baden-Württemberg) mit vorgeschriebenen Dokumentationspflichten ist ein Vereinheitlichungsprozess zu konstatieren.

Im Bereich der Versorgung von suchtkranken Menschen hat sich der »*Deutsche Kerndatensatz Sucht*« als ein Standard entwickelt. Dies insbesondere befördert durch die Einheitlichkeit des Leistungsträgers in der Entwöhnungsbehandlung, der klare Vorgaben gemacht hat.

Darüber hinaus existieren über die rechtlich formulierten Standards hinaus⁴² jedoch keine fachlich-inhaltlichen Standards zur Dokumentation.

Auf der Grundlage eines Vergleichs unterschiedlicher Dokumentationssysteme lassen sich folgende Gemeinsamkeiten feststellen:

- Technisch basieren die Systeme auf Datenbanklösungen, die teilweise Formulargeneratoren auf Internet-Technologie, teilweise Datenbankformulargeneratoren benutzen. Sie nutzen die derzeit gültigen technischen Plattformen (Server oder Citrix-Systeme, Betriebssysteme von MS oder Linux, sehr selten nur noch Unix). Sämtliche relevanten Systeme sind netzwerkfähig, dies erklärt sich aus der dadurch erhebliche erreichten Nutzwertsteigerung.
- Die meisten Dokumentationssysteme haben ihren Ursprung in Verwaltungssystemen. Sie sind in der Regel auf die Bedürfnisse der Branche, der Institution und damit auf die der Leistungsträger zugeschnitten. Eine Entwicklung zu einer Patientenorientierung im Sinne einer »Elektronischen Patientenakte« steht, insbesondere was Vernetzungsfragen angeht, erst am Anfang.
- Zumindest die Klinikinformationssysteme sind als ein umfassendes Arbeitsinstrument konzipiert mit folgenden Funktionen:
 - Erfassung von KlientInnen-Daten (inklusive anamnestischen Daten)
 - Tätigkeitendokumentation
 - Dokumenterstellung (z. B. Berichte etc.)
 - statistische Auswertungen (mit dem Problem der fehlenden einheitlichen Vorgaben für eine psychiatrische Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler, Landes- und Bundesebene)
 - Verwaltungsanwendungen (Abrechnung etc.)
- Es gibt eine große *Übereinstimmung von zu dokumentierenden Items hinsichtlich der patientenbezogenen Verwaltungs- und Basisdaten*. Allerdings sind diese Daten oft auf der technischen Ebene (Datenformat) oder der Ebene von Itemausprägungen (hinterlegte Kataloge) nicht mehr kompatibel.

Unterschiede zwischen den Dokumentationssystemen bestehen – neben den sektorspezifischen Gegebenheiten – insbesondere in folgenden Bereichen:

- *Gravierende Unterschiede bestehen zwischen den Dokumentationssystemen hinsichtlich ihrer »Größe« bzw. ihres Leistungsumfanges*. Hier stehen auf

42 Vgl. Kap. 3

der einen Seite umfangreiche Systeme insbesondere im klinischen Bereich, die mit einer Vielzahl von Funktionen und »Spezialmodulen« ausgestattet und vernetzungsfähig sind. Auf der anderen Seite stehen »kleine« Systeme, die als »Stand-alone«-System für kleine Einrichtungen einen begrenzten Funktionsumfang haben und nicht vernetzbar sind.

- Entwickelte Dokumentationssysteme folgen z. T. einer *unterschiedlichen* »**Produktphilosophie**«. Einige Produkte folgen einem Ansatz, der – unter Berücksichtigung zahlreicher Schnittstellen – offen ist für andere Systeme. Andere Produkte folgen einem eher geschlossenen Ansatz, d. h. die Produkte sind nur kompatibel zu anderen Produkten des selben Herstellers.
- In der »**Erfassungslogik**« *bestehen Unterschiede*. In einigen Systemen lassen sich »historisch fortlaufende« Informationen eingeben, wobei die »Historie« erhalten bleibt: In andere Systeme lässt sich jeweils ein »aktuelle Ist-Situation« eingeben, wobei eine Historie nicht mehr ersichtlich ist.
- Weiter gibt es *erhebliche Unterschiede* in der Erfassungslogik betreffs der Behandlung von **Pflichteingaben**. Einige Systeme erstellen zunächst die Pflichtfragen (BaDo) und erstellen daraus einen Text, andere präferieren die Erstellung eines Urtextes aus Freitexteingaben und Textbausteinen, aus denen dann eine BaDo automatisch per verknüpften Informationen erstellt wird. Weniger eloquente Systeme erfordern eine getrennte Eingabe von BaDo und Dokumentation und unterscheiden sich dabei kaum von einer besseren Schreibmaschine.
- Die Möglichkeiten der Datensicherung und des Datenschutzes in den Systemen steht im Zusammenhang zur Komplexität und zum Umfang des Systems. Auch hier gibt es Abstufungen zwischen Systemen, in denen komplizierte Module zur Regelung von Zugriffen, Berechtigungen und Datensicherung implementiert sind bis hin zu Systemen, in denen nahezu keinerlei Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet ist.

Gänzlich fehlen in den Systemen, die von der Arbeitsgruppe untersucht wurden, *Leitlinienimplementierungen*, wobei an diesen derzeit bei zumindest drei der Systemanbieter gearbeitet wird.

Ebenso haben wir *bei keinem der Anbieter* vorgegebene Möglichkeiten gefunden, die Perspektive des Betroffenen abzubilden. Allerdings wäre bei den frei parametrierbaren Systemen dies einfach zu verwirklichen. Es ist jedoch anzumerken, dass auch in den hier untersuchten Institutionen, diese Perspektive nicht systematisiert vorkam, während die Sicht der Angehörigen/des sozialen Umfeldes zumindest in der Fremdanamnese regelmäßig vorhanden war.

Überwiegend sind die Dokumentationssysteme institutionszentriert. Es gibt – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine Bereichs- bzw. Leistungsträger übergreifende Systeme. Die Folge hiervon ist, dass die verwendeten Systeme, weitgehend nicht interoperabel sind, d. h. es kann kein Datenaustausch erfolgen. Standardisierungen, die eine Interoperabilität ermöglichen, gibt es lediglich im

»medizinischen« Bereich, z. B. bei der Bildübertragung (DICOM), in der Sprachsystematik des ambulanten Bereiches (xDT) oder des stationären Bereiches (HL 7) sowie für die Datenübermittlung zu den Krankenversicherungen. Hinsichtlich der Verwaltungsdaten ist ein »SAP-Standard« weit verbreitet. **Ansonsten ist ein Datenaustausch nur dann möglich, wenn die Akteure die selbe Software benutzen.**

Eine **berufsgruppen- bzw. institutionsübergreifende Behandlungsplanung ist (bisher) in den Systemen nicht verwirklicht.** Dies hängt unter anderem auch damit zusammen, dass »Behandlungsplanung« erst in jüngster Zeit in der psychiatrischen Versorgung stärker ins Blickfeld geraten ist (s. o. IBRP).

Insbesondere in klinischen Softwarelösungen existiert eine Planung dahingehend, dass es die **Möglichkeit gibt, ärztliche Anweisungen** (z. B. hinsichtlich der Medikation) im System zu hinterlegen, die dann »Aufträge« an die ausführenden Stellen (z. B. Pflege) formuliert. Darüber hinaus gibt relativ verbreitet **Pflegeplanungsmodule**, die die Prozesspflege abzubilden verstehen.

In anderen Systemen erfolgt eine Planung als eine »**Leistungsplanung**«. Den betreffenden Patienten werden – anhand eines (hausgebundenen) Leistungskataloges – die erforderlichen Leistungen zugeordnet.

In verschiedenen Systemen ist eine **Terminplanung** implementiert. Bisher nur ein System kann Gruppenaktivitäten anfordern, planen und inhaltlich und leistungstechnisch dokumentieren.

Eine kontinuierliche Verlaufsdokumentation ist in den meisten Dokumentationssystemen vorhanden. Allerdings ist es bisher nicht gelungen, Langzeitverläufe prägnant und verdichtend darzustellen. Der »Verlauf« wird im freien Text, mit Textbausteinen und wenn statistisch auswertbar in der wiederholten Anwendung von »Assessments« (z. B. GAF etc.) dokumentiert. Wobei hier keine Standards zu überblicken sind und die von den Softwarefirmen verwendeten Assessments eher den Neigungen der beratenden Kliniken zu entsprechen scheinen.

Eine **Leistungsdokumentation** ist in der Regel auf die Belange der Leistungsträger (Orientierung an abgestimmter Leistungsbeschreibung) oder die der Einrichtung (Hauskatalog) abgestimmt. Sie sind damit durchgängig nicht »verbundfähig« im Sinne einer »inhaltlichen Kompatibilität« und damit auch Interoperabilität. Damit entfällt derzeit eine durchgängige Möglichkeit zur Gesundheitsberichterstattung mithilfe der EDV-gestützt erhobenen Daten. **Hier ist eine eindeutige Forderung an die Politik zu stellen, einheitliche Daten der Gesundheitsberichterstattung zu definieren, da ansonsten die Software-Firmen nicht bereit sein werden, die immensen Investitionsvorleistungen zu übernehmen.**

7 Aufbau eines integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems in einer Region: IPDS

In einer Region (Kommune oder Zusammenschluss von Kommunen) gibt es eine Vielzahl von Diensten und Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Rehabilitation von Menschen mit schweren und/oder chronischen psychischen Störungen. Diese bilden einen *Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)*, wenn sie verbindlich vereinbaren,

- personenzentrierte einrichtungsübergreifend integrierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprogramme durchzuführen,
- die Angebote ständig dem Bedarf anzupassen und hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit weiterzuentwickeln,
- Versorgungsverpflichtung für alle Klienten in der Region zu übernehmen.

Aus diesen Zielsetzungen ergibt sich die Notwendigkeit eines untereinander abgestimmten Dokumentationssystems (s. o., Kapitel 3).

Zwischen dem Integrationsniveau des GPV und des IPDS besteht ein enger Zusammenhang. Idealtypisch ist ein GPV integriert, wenn sich die Leistungsanbieter zu einer gemeinsamen Trägerschaft (z. B. im Rahmen einer GmbH) zusammenschließen und ein einheitliches Dokumentationssystem einführen oder entwickeln. Eine derartige Konstruktion gibt es in der Realität bisher nicht und wird es in absehbarer Zeit nur in extremen Ausnahmefällen und auch nur in Annäherung geben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ein GPV aus unterschiedlichen Einrichtungen verschiedener eigenständiger Träger besteht, die ihre fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Zusammenarbeit schrittweise durch Vereinbarungen regeln, so auch die Abstimmung ihrer Dokumentationssysteme. Gerade die Abstimmung der Dokumentationssysteme im Hinblick auf einen übersichtlichen und schnellen Austausch relevanter Informationen zur Klientenbetreuung wie auch zur Gesundheitsberichtserstattung, dürfte für alle Beteiligte bedeutsame Vorteile bringen (vgl. u.).

Die Entwicklung eines GPV zu einem integrierten, personenzentrierten und regionalen Hilfesystem für psychisch Kranke ist ein in Stufen verlaufender Prozess über viele Jahre, der zu Beginn in der Regel auch nicht alle Leistungsanbieter der Region umfasst. Es ist auch davon auszugehen, dass die einzelnen Träger zunächst ihre Dokumentationssysteme schrittweise weiterentwickeln, da die Dokumentationssysteme je nach Art der Einrichtung auch unterschiedliche fachliche und organisatorische Anforderungen erfüllen müssen, und dass die Abstimmung der Dokumentationssysteme untereinander mit Schwierigkeiten verbunden ist.

Es gibt aber Wechselwirkungen: Die Verbesserung des Integrationsniveaus des regionalen Dokumentationssystems hat Rückwirkungen auf das Integrationsniveau des GPV und umgekehrt.

Beispiel Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP): In einigen Regionen wurde der IBRP »von unten« als fachliches Instrument eingeführt. Dort, wo sich die Mitarbeiter inhaltlich und umsetzungsorientiert mit dem Instrument und der damit verbundenen Haltung identifizierten, entstanden Impulse zur einrichtungsübergreifenden regionalen Kooperation in Richtung Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. In anderen Regionen wurde nach der Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes die Zusammenarbeit der Einrichtungen intensiviert und in diesem Zusammenhang der IBRP als Hilfsmittel für die Zusammenarbeit eingeführt.

Beim Aufbau eines IPDS wird es also unterschiedliche Dokumentationssysteme der einzelnen Einrichtungen (EDS)¹ geben, sodass die Aufgabe eher darin besteht, diese weiterzuentwickeln (nur in besonderen Fällen aufzugeben), damit den Erfordernissen eines einrichtungsübergreifenden Datenaustausches bei der Erbringung integrierter personenzentrierter Behandlungs- und Betreuungsprogramme und bei der Gesundheitsberichterstattung Rechnung getragen werden kann.

Die einrichtungsübergreifende Abstimmung der Dokumentationssysteme ist aktuell besonders wichtig, da sich viele Träger mit der Einführung EDV-gestützter Dokumentation befassen und sich die Abstimmung von EDV-gestützten einrichtungsbezogenen Dokumentationssystemen, die ganz unterschiedlich strukturiert sind, eher schwieriger gestaltet als die papiergestützter Systeme.

Es ist deshalb unerlässlich – und letztlich der Kern dieses Projekts – die inhaltliche und formale Struktur einrichtungsübergreifender wie einrichtungsbezogener Dokumentationssysteme so zu beschreiben und festzulegen, dass die erforderlichen und zulässigen Datenflüsse vereinfacht werden können. *Im Folgenden wird deshalb zunächst ein Strukturmodell für ein klientenbezogenes einrichtungsübergreifendes und integriertes Dokumentationssystem (IPDS-K, Kapitel 8) vorgelegt,*

- auf das hin die bestehenden Einrichtungsdokumentationssysteme weiter entwickelt werden können und
- das, soweit vom Klienten autorisiert, den Austausch relevanter Informationen zwischen den verschiedenen Einrichtungen und innerhalb der Einrichtungen zwischen den Arbeitsbereichen, die Leistungen für den Klienten erbringen, ermöglicht.

Anschließend werden Empfehlungen zum Aufbau eines regionenbezogenen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems (IPDS-R, Kap. 9) vorgelegt.

1 Uns interessiert in diesem Zusammenhang nur die klientenbezogene Dokumentation der Behandlung. Auf den Zusammenhang mit der Verwaltungsdokumentation gehen wir unten ein.

7.1 Zur technischen Umsetzung des EDV-gestützten IPDS

Je nach Entwicklungsstand des Zusammenwachsens regionaler Versorgungseinrichtungen sind *idealtypisch zwei unterschiedliche Modelle der informationellen Verknüpfung denkbar*, die auch als historisch aufeinanderfolgende Modelle verstanden werden können. Dabei handelt es sich um:

1. *Eingeschränkte Vernetzung der Dokumentation innerhalb des GPV im Sinne des Austauschs von definierten Basisdaten* (Verwaltungs- und Sozialdaten, evtl. auch BADO-Daten) *und von Daten zur übergreifenden Behandlungsplanung.*

Voraussetzung für eine derartige begrenzte Vernetzung sind einheitliche Datenstrukturen der für den Austausch vorgesehenen Dokumentationsblöcke. Die regionalen Einrichtungen müssen sich insoweit auf eine partiell gemeinsame Datenstruktur einigen können. Daten deren Austausch nicht vorgesehen ist, brauchen dagegen strukturell und logisch nicht aufeinander abgestimmt zu werden.

Es bestehen also in den einzelnen Institutionen dezentrale gemeinsam nutzbare Datenbanken, auf die die jeweilige Einrichtung jederzeit Zugang hat, andere Einrichtungen nur dann, wenn die erforderlichen Komplexleistungen für den einzelnen Klienten dies erforderlich machen und dieser damit einverstanden ist. Die koordinierende therapeutische Bezugsperson unterstützt den Klienten bei der Steuerung der Zugriffsrechte.

Vorteile

Basis- und Verwaltungsdaten müssen nicht in jeder Einrichtung neu erhoben werden.

Die grobe Rahmenplanung ist in beteiligten Einrichtungen bekannt.

Die Berichterstattung ist vereinfacht, wenn es gemeinsame Datensätze gibt.

Nachteile

Austausch über vertiefende anamnestiche, soziale, gesundheitliche und Verlaufsdaten nur im persönlichen Kontakt oder über gesondert gefertigte Dokumente möglich.

Austausch durch nicht aufeinander abgestimmte Datenfelder erschwert.

2. *Work-Flow-gesteuerte Kommunikationsstrukturen im GPV mit elektivem Datenfluss.*

Ein Work-Flow-System beschreibt und steuert Arbeitsprozesse, hier Dokumentations- und Informationsprozesse. Es dient insbesondere zur Verbesserung von Abläufen und der Sicherung und Aufgabenerfüllungen. Der Datenaustausch durch Work-Flow-Steuerung soll auf den jeweiligen Bedarf abgestimmt werden.

Dieses Modell setzt eine vertraglich festgelegte Kommunikationsstruktur zwischen den regionalen Einrichtungen voraus und ist wahrscheinlich am effektivsten in einem GPV in der Rechtsform einer juristischen Person zu verwirklichen.

Die koordinierende therapeutische Bezugsperson unterstützt den Klienten bei der Steuerung des Austauschs seiner Daten.

Die einzelnen Leistungserbringer haben Zugriffsrechte auf die Daten ihrer Institution. Die Vernetzung ist durch einen gemeinschaftlich organisierten Work-Flow geregelt. **Die Programme der einzelnen Einrichtungen müssen verpflichtend den Work-Flow unterstützen. Dies wird vertraglich abgesichert.** Es bestehen dezentrale Datenbanken mit gemeinsamer Datenbankstruktur. Einheitliche Datenstrukturen für die zum Austausch vorgesehenen Datenbereiche sind Voraussetzung für dieses Modell. Es ist vermutlich eine zentrale DV-Stelle erforderlich, die die Administration des Work-Flow übernimmt.

Vorteile

Basis- und Verwaltungsdaten müssen nicht in jeder Einrichtung neu erhoben werden.

Diagnostik und Rahmenplanung ist auch im Detail in den beteiligten Einrichtungen zugänglich.

Parallele und widersprüchliche Diagnostik und Behandlung durch verschiedene Einrichtungen kann effektiv vermieden werden.

Die Datenflüsse sind für den Klienten gut zu überwachen und zu steuern.

Die Berichterstattung ist vereinfacht, wenn es gemeinsame Datensätze gibt.

Nachteile

technisch anspruchsvoll

Setzt politische Regelungen zum Einhalten von Standards für Software-Hersteller voraus.

Bei unterschiedlichen Doku-Systemen der verschiedenen Leistungserbringer sind aufwendige technische Abstimmungen erforderlich.

Die oben beschriebenen Modelle sind Abstraktionen und keines davon wäre in kurzer Zeit zu verwirklichen. Dass sogar das Modell der eingeschränkten Vernetzung inhaltliche und technische Verwirklichungsprobleme mit sich bringt, weist deutlich auf die selten erfüllte Anforderung übereinstimmender Datenfelder hin. **Die Umsetzung setzt einen Kommunikations- und Abstimmungsprozess im GPV voraus, für den die Überzeugungsarbeit auf der Grundlage des personenzentrierten Ansatzes in der Regel erst noch zu führen ist.**

Dabei muss man die Mitarbeiter und Träger dort »abholen«, wo sie in ihrer jeweiligen »Dokumentationsphilosophie« stehen und gestufte Veränderungsprozesse auf den Weg bringen.

8 Aufbau eines klientenbezogenen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems: IPDS-K

Mit der Betonung einer gestaltenden Funktion eines Dokumentationssystems hat sich das Dokumentationsprojekt bewusst einem Problemfeld gestellt, das auch in anderen Bereichen der Technikentwicklung eine Rolle spielt. Folgt man BRÖDNER (1986), so gibt es in der Technikentwicklung unterschiedliche Entwicklungspfade, einen technozentrischen und einen anthropozentrischen, die jeweils eine Ausrichtung von Technologienentwicklung betonen und damit gleichsam einen »Korridor« für eine Weiterentwicklung bilden.¹

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die **Gestaltung von EDV-Technik** – wie z. B. in dem vorliegenden Projekt – *immer auch einen Organisationsaspekt* beinhaltet.² Dies bedeutet: *Die Erarbeitung eines Dokumentationssystems muss sich dem Problem stellen, dass hiermit*

- **Strukturen**, wie z. B. Hierarchien, Arbeitsteilung innerhalb sowie auch zwischen Einrichtungen und Diensten beeinflusst werden können,
- **Prozesse**, wie z. B. Arbeitsabläufe oder Kommunikationsprozesse innerhalb sowie auch zwischen Einrichtungen und Diensten (neu) strukturiert werden können,
- **Arbeitsplätze und Qualifikationsanforderungen** an beteiligte Mitarbeiterinnen sich verändern können und schließlich,
- sich **Rückwirkungen auf die (therapeutischen) Beziehungen** zwischen Mitarbeiter und Patientinnen ergeben können.

Diesen Problembereichen soll im Rahmen des Dokumentationsprojektes durch die Orientierung an den Leitbildern und konzeptionellen Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes begegnet werden. Das Dokumentationsprojekt folgt damit – auf einer psychiatrisch-fachlich differenzierten Ebene – den Prinzipien einer »sozialverträglichen Technikgestaltung« die die Interessen der von der Technikentwicklung Betroffenen in den Mittelpunkt stellt.³

Die Grundsätze des personenzentrierten Ansatzes sind – trotz einiger vielversprechender Anfänge – noch nirgendwo in Deutschland umfassend realisiert. Dies gilt auch für den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Zwar gibt es in verschiedenen Regionen Deutschlands Bestrebungen, einen Verbund zu entwickeln, die

1 BRÖDNER 1986

2 Vgl. AHLEMANN/SCHATZ 1987

3 AHLEMANN/SCHATZ 1987

insbesondere im Rahmen des Implementationsprojekts der AKTION PSYCHISCH KRANKE und den Folgeprojekten in mehreren Bundesländern gefördert werden. Dabei muss auf die jeweiligen unterschiedlichen regionalen (Ausgangs-)Bedingungen zurückgegriffen werden (z. B. Ausstattung der Region) und es gibt eine Reihe von Gestaltungsoptionen. Insbesondere hinsichtlich der Vernetzung der Dokumentation – jedoch auch hinsichtlich anderer Struktur- und Prozessoptionen gibt es bisher nur den IBRP, der in nicht wenigen Regionen mit – allerdings unterschiedlicher Verbindlichkeit – einrichtungsübergreifend genutzt wird. Der IBRP deckt aber nur einen – je nach Einrichtung unterschiedlichen – kleinen Teil der Dokumentationsinhalte ab. Diese sind weiterhin je nach Region und Einrichtung von großer Unterschiedlichkeit geprägt.

Aus diesen Gründen wurde eine Rahmenstruktur des Behandlungsprozesses entwickelt, mit dem Ziel, die unterschiedlichen Dokumentationsinhalte übergreifenden Kategorien zuzuordnen und damit eine gemeinsame, übergeordnete Struktur der Dokumentation für alle Dienste und Einrichtungen zu schaffen.

Durch die Entwicklung der Rahmenstruktur ist es möglich, der in der gemeindepsychiatrischen Versorgung bestehenden »außerordentlichen« Heterogenität von unterschiedlichen Einrichtungen/Diensten und Regionen gewissermaßen auf einer »Metaebene« gerecht zu werden. Nur so erschien es darüber hinaus möglich, Kommunikations- und Abstimmungsprozesse so zu modellieren, dass in einer »gemeinsamen Sprache« gesprochen werden kann.

8.1 Die Dokumentation prozessorientierter Behandlung und Rehabilitation

Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass die Behandlung bzw. Rehabilitation eines psychisch gestörten Menschen als ein interaktiver Problemlösungsprozess anzusehen ist, der sich im Zeitverlauf zum einen auf unterschiedlichen Ebenen und zum anderen durch ein Wechselspiel zwischen Patient, Professionellen und sozialem Umfeld abspielt.⁴ In diesem Zusammenhang weist Bateson darauf hin, dass ein solcher Prozess nicht als eine gerichtete Abfolge von Handlungen bzw. Ereignissen aufzufassen ist, sondern dass es sich um einen *zirkulären Prozess* handelt, derart dass bestimmte Ereignisse auf andere Ereignisse ein- und diese wieder zurückwirken, zumeist dadurch dass sie zu einer neuen Interpretation bzw. »Neucodierung« führen.⁵ Watzlawick et al. beschreiben einen therapeutischen Problemlösungsprozess auf der allgemeinen Ebene als einen Prozess, der durch folgendes Vorgehen gekennzeichnet ist:

4 Vgl. hier Kap 2.2

5 BATESON 1984: 113 ff.; WEICK 1985: 189 ff.

1. eine klare und konkrete Definition des Problems,
2. eine Untersuchung der bisher versuchten Lösungen,
3. eine klare Definition des Behandlungsziels (der Lösung),
4. die Festlegung und die Durchführung eines Plans zur Herbeiführung dieser Lösung.⁶

In der konstruktivistisch inspirierten Theorie selbstorganisierender Systeme wird insbesondere in der Managementtheorie auf einen »Selbstorganisationszirkel« zurückgegriffen, der eine zirkulär organisierte allgemeine Methodik zur Problemlösung beinhaltet.⁷

Ein vergleichbares Modell der zirkulären Problemlösungsmethodik wird in vielen Anwendungsfeldern genutzt. Es findet sich – mit geringfügigen Abweichungen – sowohl in der politischen Planung, dem »New Public Management«,⁸ jedoch auch in eher technischen Bereichen, wie z. B. dem Software Engineering nach dem »Software-Lebenszyklus-Modell«.⁹ Auch für die Qualitätssicherung hat ein derartiges Modell des Regelkreises eine Bedeutung erlangt.¹⁰

Insbesondere *für die (psychiatrische) Pflege-, Therapie- und Behandlungsplanung ist ein zirkuläres Prozessmodell fruchtbar gemacht worden*,¹¹ und hat Eingang gefunden in die Behandlungsplanung nach dem personenzentrierten Ansatz mithilfe des IBRP (Abb. 6).

In diesem Regelkreismodell kommen folgende Dinge zum Tragen:

1. Einschätzung und Beschreibung der Ausgangssituation

Diese Phase umfasst eine Informationssammlung sowohl zur aktuellen Situation als auch zur Lebensgeschichte einschließlich der Vorgeschichte einer Krankheits-episode (Anamnese). Wichtig ist hier, dass unterschiedliche Perspektiven (z. B. von Angehörigen, sozialem Umfeld) zur Informationssammlung gehören.

2. Erkennen von Problemen und Ressourcen der Person

In dieser Phase, die sich zum Teil mit der ersten Phase überschneidet, werden die vorrangigen Probleme herausgearbeitet und die Ressourcen des Patienten bzw. seines sozialen Umfeldes eingeschätzt.

3. Festlegung von Zielen

Bei der Festlegung von Zielen der Hilfe kommt es vor allem darauf an, dass die Ziele unterschieden werden hinsichtlich ihres »Zeithorizontes« (langfristig, mittelfristig, kurzfristig), dass Prioritäten gesetzt werden und dass die Ziele unter allen Beteiligten untereinander abgestimmt werden.

6 WATZLAWICK et al. 2001: 135

7 GILBERT/Probst 1988: 203

8 Vgl. PRÜß/TSCHOEPE 1974; SCHEDLER/PROELLER 2000

9 Vgl. POMBERGER/REMMLE in: HEINRICH/BURGHOLZER 1988

10 KALTENBACH 1993: 108; SELBMANN 1994

11 Vgl. KAUDER, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) 1997; mit zahlreichen Literaturangaben: NEEDHAM 1998; KISTNER 1992



Abb. 6: Integrierte Hilfeplanung als Prozess¹²

4. Planung der psychiatrischen Hilfen

Die Planung der psychiatrischen Hilfen umfasst – ausgehend von den Zielsetzungen und subsidiär zur Selbsthilfe und zu allgemeinen sozialen Hilfen – das abgestimmte Vorgehen der beteiligten Leistungserbringer. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Festlegung einer koordinierenden therapeutischen Bezugsperson im Sinne des Case-Managements.

5. Durchführung der individuellen Hilfen

Die Hilfen werden in berufsgruppen- und ggf. einrichtungsübergreifender Abstimmung koordiniert durchgeführt.

6. Auswertung und Evaluation der Hilfen

Die Hilfen werden hinsichtlich ihres »Erfolges«, d. h. der Entwicklung im Verlauf beurteilt. Dies beinhaltet die (erneute) Einschätzung von Problemen und Ressourcen. Auch die Auswertung/Evaluation ist ein kooperativer Prozess aller Beteiligten unter Einbezug des sozialen Umfeldes. Je nach Ergebnis wird der Regelkreis erneut durchlaufen. Die Problemlösung erfolgt – da es sich immer auch um einen interaktiven bzw. kommunikativen Prozess handelt – in einem prozesshaften Geschehen, das von der Beziehungsgestaltung zwischen dem Patienten/Klienten, seinem sozialen Umfeld und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im therapeutischen System bestimmt wird.

Das Prozessmodell stellt ein allgemeines Schema dar, in dessen einzelnen Prozessabschnitten wiederum Rückkopplungsschleifen notwendig werden können.

12 Modifiziert nach GROMANN 2001: 63

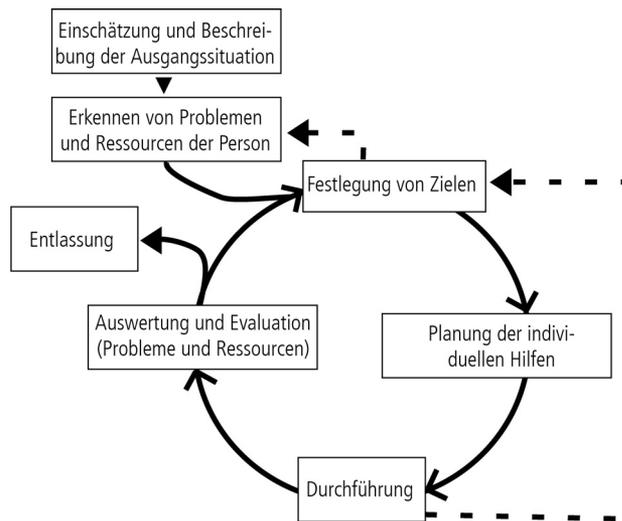


Abb. 7: Prozessmodell mit Rückkoppelungsschleifen

Wenn sich zum Beispiel bei der Festlegung von Zielen keine Einigung erzielen lässt, müssen gemeinsame Problemstellung, Bedürfnisse, Kompetenzen und Fähigkeitsstörungen evtl. auch biografisch erneut bearbeitet werden.

Wenn sich bei der Durchführung des geplanten Vorgehens Schwierigkeiten ergeben, kann es sein, dass die Ziele erneut erörtert werden müssen.

Auch kann es im Verlauf des Monitorings der Durchführung einer Behandlung/Rehabilitation – ggf. induziert durch bedeutsame Ereignisse – erforderlich werden, die Zielsetzungen, Maßnahmen und das therapeutische Vorgehen einer kritischen Reflexion zu unterziehen und ggf. zu verändern.

Jeder der Teilschritte muss angemessen dokumentiert werden. Das Dokumentationssystem muss dafür übersichtlich und handlungsleitend strukturiert sein.

8.2 Wann muss dokumentiert werden? – Haltepunkte und Knotenpunkte

Die Zeitpunkte, zu denen ein Mitarbeiter während eines Behandlungsprozesses dokumentieren muss, ergeben sich nicht selbstverständlich. Sie sind in vergleichbaren Einrichtungen (wenn überhaupt) auch unterschiedlich festgelegt. Es finden sich sehr unterschiedliche »Dokumentationskulturen«, z. T. mit genau festgelegten und geregelten Vorschriften, z. T. eher offene, von der Einstellung der jeweiligen Mitarbeiterinnen abhängige Gepflogenheiten. Die Struktur eines Dokumentationssystems muss aber hinreichend differenziert und die Anwen-

dung in einem Dokumentationsplan festgelegt sein, um eine regelmäßige und vergleichbare Informationsgestaltung zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für die Festlegung der Zeitpunkte für das Dokumentieren. Diese Punkte werden als Haltepunkte und Knotenpunkte bezeichnet.

Haltepunkte

Haltepunkte sind *Zeitpunkte, an denen der einzelne Mitarbeiter die Aufgabe* hat, behandlungsrelevante Informationen zu dokumentieren. Dabei kann es sich um einfache Sachverhalte (Anwesenheiten, Befunde, Maßnahmen) oder um mehr oder weniger komplexe Beurteilungen handeln. Der jeweilige Zeitpunkt kann im Voraus terminlich oder durch bestimmte Ereignisse festgelegt sein oder ergänzend nach dem Ermessen des Mitarbeiters bestimmt werden.

Die Informationen beziehen sich in der Regel auf einen definierten Verlaufsabschnitt oder ein Ereignis. Sie sind hinsichtlich ihrer Bedeutung für Anamnese, aktuellen Verlauf und Befund, soziale Situation und als zusammenfassende Beurteilung zu gliedern. In jedem Fall ist (soweit möglich in Absprache mit dem Klienten und evtl. sogar dem sozialen Umfeldes) zu prüfen, ob

- für das Verstehen des Patienten/Klienten wichtige (im weiteren Sinne »diagnostische«) Informationen festzuhalten sind,
- die Entwicklung des Klienten erwartungsgemäß im Sinne des Behandlungsplans verläuft,
- Korrekturen am Behandlungsplan vorzunehmen sind,
- andere Mitarbeiter der Einrichtung oder anderer Einrichtungen in die Überprüfung einzubeziehen sind (siehe Knotenpunkt).

Haltepunkte können je nach zu beurteilendem Zeitrahmen oder Ereignis mit einem sehr unterschiedlichen Prüfungs- und Dokumentationsaufwand verbunden sein (»kleine« und »große« Haltepunkte). Die Dokumentation sollte – wie immer – auf das Erforderliche beschränkt werden.

Knotenpunkte

Knotenpunkte sind *Zeitpunkte, an denen bei der Veränderung der Behandlungsplanung nach Abstimmung zwischen mindestens zwei Mitarbeitern* behandlungsrelevante Informationen dokumentiert werden. Der Zeitpunkt kann auch hier im Voraus terminlich oder durch bestimmte Ereignisse festgelegt sein oder ergänzend nach dem Ermessen der Mitarbeiter bestimmt werden.

Wie bei Haltepunkten beziehen sich die Informationen in der Regel auf einen definierten Verlaufsabschnitt oder ein Ereignis. Sie sind hinsichtlich ihrer Bedeu-

tung für Anamnese, aktuellen Verlauf und Befund, soziale Situation und für die zusammenfassende Beurteilung zu gliedern. In jedem Fall ist in Absprache mit dem Klienten und evtl. dem sozialen Umfeldes zu prüfen, ob

- sich neue Aspekte in der Beurteilung von Problemen, Ressourcen und Zielen ergeben,
- die Entwicklung des Klienten erwartungsgemäß im Sinne des Behandlungsplans verläuft,
- Korrekturen am Behandlungsplan vorzunehmen sind,
- andere Mitarbeiter der Einrichtung oder anderer Einrichtungen in die Überprüfung einzubeziehen sind.

Auch Knotenpunkte können je nach zu beurteilendem Zeitrahmen oder Ereignis mit einem sehr unterschiedlichen Prüfungs- und Dokumentationsaufwand verbunden sein (»kleine« und »große« Knotenpunkte).

Die Dokumentation kann, außer den abgestimmten für alle Beteiligten gültigen Teil, durch die individuelle Dokumentation der einzelnen Mitglieder ergänzt werden (siehe Haltepunkte).

Jeder Mitarbeiter muss wissen, zu welchen Zeitpunkten Halte- und Knotenpunkte und damit eine Dokumentationspflicht gegeben sind. *Die Einrichtungen müssen aus diesem Grunde in ihrem Dokumentationshandbuch einen verbindlichen Dokumentationsplan vorgeben, der im Einzelfall einrichtungsbezogen wie einrichtungsübergreifend festgelegt werden muss.*

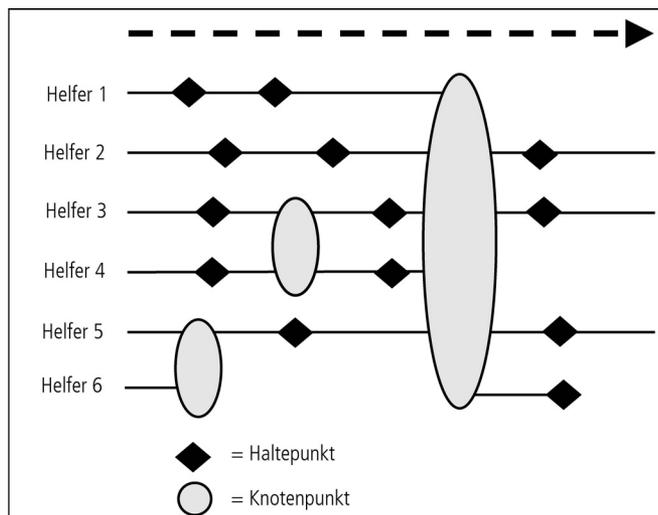


Abb. 8: Haltepunkte und Knotenpunkte

Wie Abb. 8 zeigt, verläuft der Behandlungsprozess koordiniert. Ob die Häufigkeit von Halte- und Knotenpunkten angemessen ist, kann nur im Einzelfall entschieden werden.

Bei unzureichender Vernetzung von Hilfefunktionen (Abb. 9) verläuft ein Behandlungsprozess unkoordiniert. Die Koordination müsste allein durch den Klienten selbst erfolgen. Dieser ist, insbesondere bei mehreren »isoliert agierenden« Helfern oft dazu nicht in der Lage. Die Folge sind in der Regel einseitige Sichtweisen des Behandlungs- und Beratungsprozesses und entsprechende Verhaltensweisen. Darüber hinaus kann es zu Behandlungsabbrüchen oder zu Doppelbehandlungen kommen, die – von den jeweils anderen – nicht bemerkt werden.

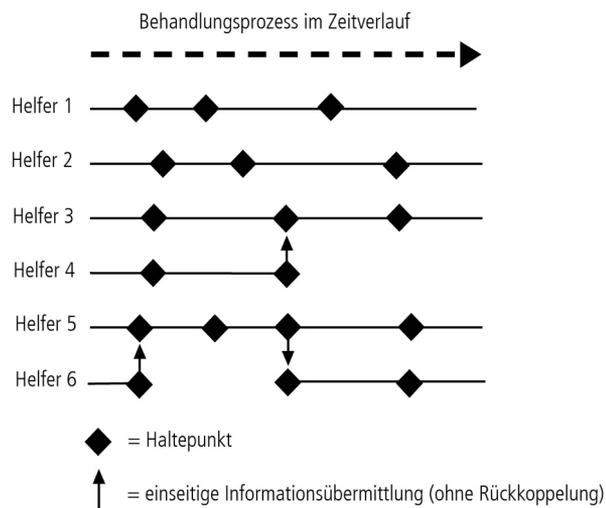


Abb. 9: Unzureichende Vernetzung

8.3 Die Rahmenstruktur für klientenzentrierte Dokumentation

In einem vernetzten regionalen Hilfesystem müssen die allgemeinen Strukturen der Dokumentation der einzelnen Leistungserbringer auf der kategorialen Ebene isomorph sein, d. h. auf ein gemeinsam gebrauchtes identisches Kategoriensystem, eine »gemeinsame Sprache«, bezogen sein. Konkret bedeutete das für das Projekt: Es war eine Rahmenstruktur für die klientenzentrierte Dokumentation zu entwickeln, die die Elemente Lebensgeschichte (einschließlich Krankheitsanamnese) und die aktuelle Lebenssituation (Befindlichkeit, Störungen, Ressourcen, Probleme, Umfeld) umfasst. *Das nachfolgend beschriebene Modell mit einer kategorialen Achse und einer Zeitachse ermöglicht es, wichtige Informationen*

über den Klienten den jeweiligen Zeitpunkten (oder Zeiträumen) und kategorialen Bereichen zuzuordnen.

Die Abbildung ist nicht zu verstehen als Formblatt zum Eintragen von Informationen, sondern sie beschreibt ein Ordnungsschema von objektiven Lebensdaten, persönlicher Entwicklung, Umfeld und Beurteilung auf der Zeitachse.

Länger zurück liegende Lebensabschnitte werden mit einem »Weitwinkelobjektiv« betrachtet (lange Zeit, wenig Details), die aktuelle Situation dagegen ist kurz (Stunden bis wenige Tage), wird eher im Detail betrachtet (»Zooming-in«).

Bedeutsam für das Verständnis der Abbildung ist die Bedeutung des dicken Balkens im Zeitverlauf (s. Abb. 10). Dieser Balken gibt die jeweilige Gegenwart an. Auf der linken Seite werden vergangene Ereignisse und Fakten eingeordnet, auf der rechten Seite findet sich die Zukunft in Form von Perspektiven und Planungen. Man kann sich den dicken Balken so vorstellen, dass er mit der Zeit von links nach rechts über das Schema gleitet. Dadurch wird, was vorher Planung war, zuerst aktuelle Vergangenheit, später Vorgeschichte.

Dabei muss beachtet werden, dass die zu dokumentierenden Inhalte zunächst oft nur bruchstückhaft bekannt sind. Insbesondere für neu ins Hilfesystem eintretende Klienten sind zumeist wenig Informationen vorhanden, entsprechend gibt es viele »weiße Flecken« in der Dokumentation, die im Verlauf einer längeren Behandlung oder Betreuung allmählich »ausgefüllt« werden können – was bei dem z. T. üblichen Vorgehen häufig nicht geschieht.

In der ersten Zeile der Tabelle finden sich **objektive Lebensdaten** (im Sinne eines Lebenslaufes in Stichworten – also objektive Lebensdaten von der weitesten Vergangenheit (Geburt) bis zur aktuellen Gegenwart (letzter Krankenhausaufenthalt, Adresse) und konkrete Planungen für die Zukunft (z. B. Umzug am ... nach ...)). Vor allem aus dieser Zeile wird der sogenannte **Kerndatensatz** der Anamnese gebildet.

Für die Rahmenstruktur wurden die Kategorien in Anlehnung an den IBRP gebildet. Dies hat konzeptionelle – es handelt sich um eine sinnvolle Gliederung der Informationen – und pragmatische Gründe. Der IBRP geht von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell aus, in das unterschiedliche theoretische Ansätze integriert werden können. Befindlichkeit und Befunde, Fähigkeiten und krankheitsbedingte Fähigkeitsstörungen werden biografisch und aktuell im Zusammenwirken mit der Lebenswelt beschrieben und beurteilt. Darüber hinaus beginnt sich der IBRP in der psychiatrischen Alltagsarbeit mit chronisch kranken Menschen durchzusetzen und zu bewähren.

Mithilfe der hier gewählten Rahmenstruktur und der darauf beruhenden Instrumente zu Anamnese, aktueller Vorgeschichte und Behandlungsplanung soll versucht werden, den Anwendungsbereich des IBRP von der langfristigen Betreuung auf akute Behandlung zu erweitern. In der Rahmenstruktur finden sich zwar im Wesentlichen die gleichen Kategorien wie in der aktuellen Fassung

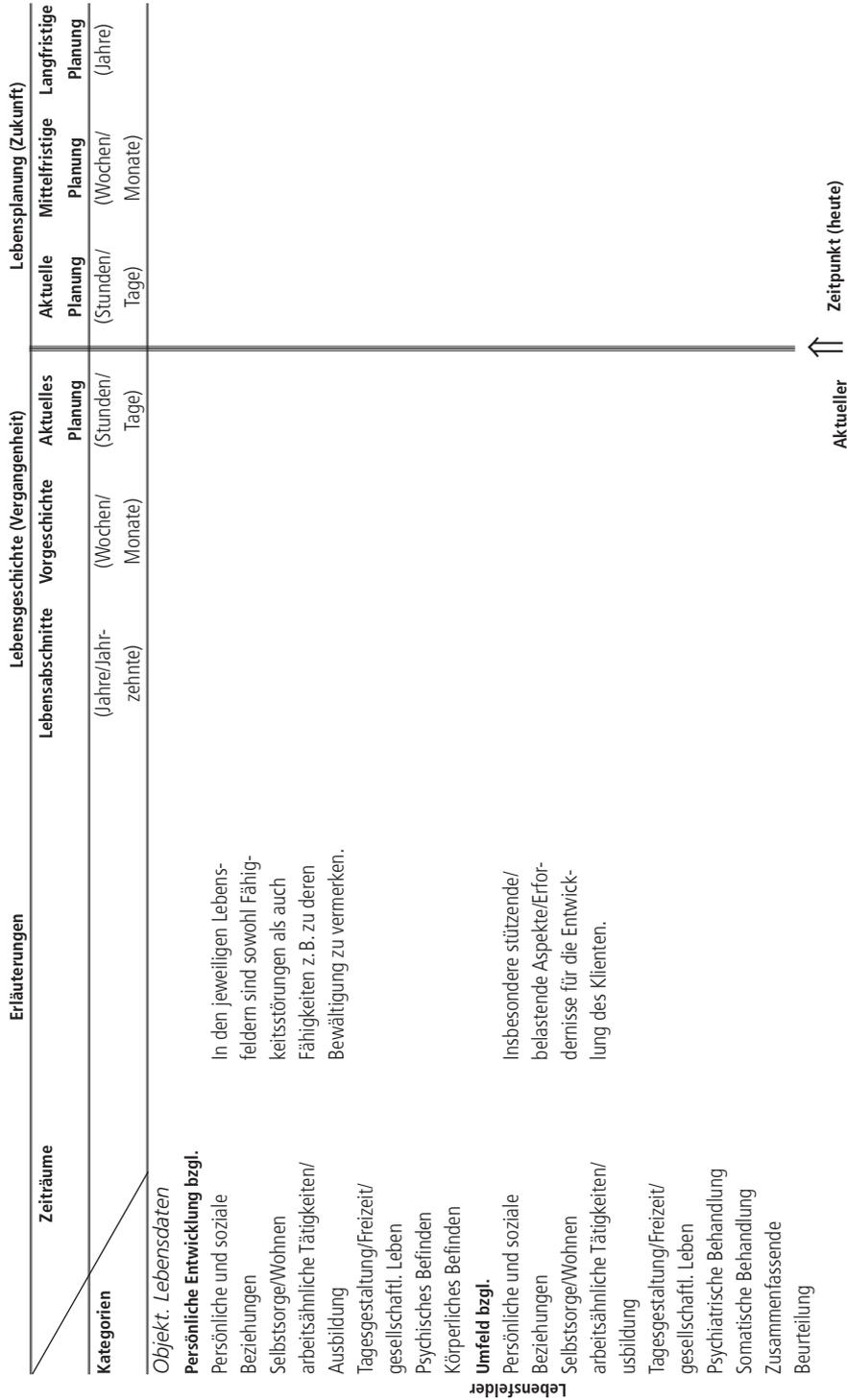


Abb. 10: Rahmenstruktur für klientenzentrierte Dokumentation

des IBRP, es wurde jedoch bewusst eine *Unterteilung in personenbezogene und umfeldbezogene Informationen* getroffen. Die ersten betreffen die individuellen Fähigkeiten und Fähigkeitsstörungen (z. B. die Fähigkeit, eine Wohnung bewohnbar zu halten). Die umfeldbezogenen Informationen beziehen sich auf die Lebensverhältnisse im Umfeld (z. B. Probleme mit Nachbarn oder fehlende Wohnung). Weiterhin wurde das Lebensfeld »körperliche Störungen« etwas herausgehoben.

Die Rahmenstruktur als grundlegendes Modell entspricht der Anforderung an die Dokumentation, dass die Lebenssituation eines Klienten von unterschiedlichen Helfern zu jedem Zeitpunkt vor dem Hintergrund identischer Kategorien betrachtet wird. Dadurch ist es für unterschiedliche Berufsgruppen in verschiedenen Einrichtungen möglich, Vergangenes, Aktuelles und Zukünftiges (Geplantes) gemeinsam aufeinander zu beziehen.

Die Kategorisierung der Lebensfelder ist klar genug, um sie voneinander abgrenzen zu können, aber auch grob genug, um sie in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie (Allgemeine Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, oder Klinik und Betreutes Wohnen usw.) anwenden zu können. Zu diesem Zwecke bedürfen die Kategorien in unterschiedlichen Arbeitsfeldern oder bezogen auf spezielle Zielgruppen einer spezifischen Differenzierung im Sinne einer *Tiefenstruktur* (z. B. für die Entgiftungs- und Motivationsbehandlung oder für die Rehabilitation zur Wiedereingliederung in das Arbeitsleben). Die Untergliederung macht die Kategorisierung für den jeweiligen Bereich genauer anwendbar, die Zugehörigkeit zu einer übergeordneten Kategorie lässt die differenzierte Notiz auch für andere Bereiche verständlich einordnen.

In der konkreten Umsetzung ist die Tiefenstruktur der Kategorien in Bezug auf unterschiedliche Zielgruppen und Arbeitsbereiche zu erarbeiten, sowohl bezogen auf die einzelnen Einrichtungen als auch auf den Bereich einrichtungsübergreifenden Datenaustauschs.

In einer EDV-gestützten Version könnte das Eingangsportal in der Lebensdaten-Linie und in den Feldern »Links« enthalten, die nach Anklicken Fenster mit zugehörigen Informationen öffnen, die ggf. bei Bedarf zu weiteren »Vertiefungsfeldern« führen, im Sinne eines »Schichtenmodells« klientenbezogener Informationen. Bei bisher unbekanntem, z. B. im Rahmen einer Krisenintervention zugewiesenen, Klienten dürften viele Felder zunächst weitgehend leer sein. Bei bekannten Langzeitklienten sollten, je nach Bedarf, bestimmte Übersichten oder auch spezifische Informationen aus der Vorgeschichte oder zur sozialen Situation abgerufen werden können.

Im Folgenden wird die Anwendung und Konkretisierung der allgemeinen Rahmenstruktur auf die zusammengehörigen Dokumentationsbereiche von Lebensgeschichte, aktueller Situation und Lebensplanung (insbesondere Behandlungsplanung) bis hin zur Verlaufs- und Leistungsdokumentation beschrieben.

8.4 Die analoge Struktur des IPDS

Wir nennen die Struktur von Dokumentationssystemen analog (oder isomorph), wenn sie jeweils aus einer identischen Zahl von Datenfeldern bestehen und diese einzelnen Datenfelder identisch definiert sind, d. h. sich jeweils auf die gleichen Inhalte beziehen und das gleiche Format haben. Die Isomorphie kann auch nur einen Teil zweier oder mehrerer Dokumentationssysteme betreffen (Schnittmenge).

Dabei müssen die dokumentierten Daten in ein und demselben Feld in zwei verschiedenen auf den gleichen Klienten bezogenen Dokumentationen inhaltlich nicht unbedingt identisch sein. In bestimmten Feldern kann die Identität notwendig sein, z. B. Name, Geburtsdatum, Zahl der Kinder (diese Felder werden weiter unten mit dem Kürzel B für Basisdaten belegt). In anderen Datenfeldern sind individuelle Eintragungen die Regel, z. B. in dem Feld »Fähigkeiten/Beeinträchtigungen in sozialen Beziehungen«, wenn dieses Feld von unterschiedlichen Arbeitsbereichen, d. h. aus unterschiedlichen Perspektiven in Freitext ausgefüllt wird – es sei denn, die zuständigen Mitarbeiter der Arbeitsbereiche einigen sich auf eine gemeinsame Formulierung.

Die analoge Strukturierung der Dokumentation von Einrichtungen bzw. Arbeitsbereichen, die gleichzeitig für einen Klienten tätig sind, ermöglicht den Informationsaustausch bzw. die Abstimmung von Informationen im Hinblick auf definierte Bereiche der Diagnostik, Behandlungsplanung und Behandlungsdurchführung. Wenn alle Einrichtungsdokumentationen und die einrichtungübergreifende integrierte Dokumentation in einer Region in der dargestellten Weise isomorph sind, können die Vorteile eines erleichterten Datenaustausches erreicht werden, auch wenn nicht alle Einzelheiten der Ausdifferenzierung festgelegt sind, d. h. in der Tiefenstruktur Unterschiede bestehen. So wird vermieden, dass die Dokumentationssysteme der einzelnen Einrichtungen unflexibel werden. Flexible Gestaltungsmöglichkeiten sind nämlich erforderlich, weil die verschiedenen Einrichtungen und Arbeitsbereiche unterschiedliche Daten benötigen und festhalten müssen und weil sich die jeweilige Einrichtungs- und Bereichsdokumentation an die Weiterentwicklung der Konzepte und Behandlungsmöglichkeiten anpassen muss:

- Das analog strukturierte IPDS hat keine fachlichen Festlegungen oder Einschränkungen für die einzelnen Einrichtungen und Arbeitsbereiche im Detail zur Folge. Die Einrichtungen können die Gestaltung der Inhalte entsprechend den fachlichen Erfordernissen bestimmen und verändern, sie können z. B. für eine Substrukturierung des Datenfeldes ein Formular vorgeben, in dem die Inhalte des Feldes nach fachlichen Gesichtspunkten untergliedert sind. Sie können diese Untergliederung durch Kataloge mit numerischen Zuordnungen durch bestimmte Tests, durch Freitext von verschiedenen Mitarbeitern, aber

auch Klienten und Angehörigen gliedern, möglicherweise sogar auf zwei und mehr Differenzierungsebenen. Subdifferenzierungen hinsichtlich des Datenformats haben jedoch zur Folge, dass diese Daten nicht unmittelbar austauschbar sind.

- Auf der anderen Seite ist im Auge zu behalten, dass die Dokumentation, je mehr sie für die Zwecke einer Einrichtung oder eines Arbeitsbereichs in Bezug auf ein Item (Datenfeld) gezielt zugeschnitten wird, umso weniger übersichtlich und verständlich für andere sein kann, die Information bezüglich des jeweiligen Sachverhalts benötigen. Die Untergliederung und Ausdifferenzierung der Datenfelder sollte daher – möglichst in einrichtungsübergreifender Abstimmung – so vorgenommen werden, dass ein Teil der Daten für den Austausch im IPDS übersichtlich und verständlich strukturiert ist, während andere differenzierende »Vertiefungen« eher den bereichsspezifischen Interessen folgen.

8.5 Die hierarchische Struktur der krankenbezogenen Dokumentation: IPDS-K

In einem IPDS wird die krankenbezogene Dokumentation (IPDS-K) auf verschiedenen Integrationsebenen durchgeführt. Wir unterscheiden eine **integrierte** (d. h. einrichtungsübergreifende) Dokumentation (ID), eine **einrichtungsbezogene** (ED) und – innerhalb der Einrichtungen – eine **arbeitsbezogene** Dokumentation (AD), die sämtlich die oben beschriebene analoge Felderstruktur haben, aber in einer hierarchischen Beziehung zueinander stehen.

Aufgrund der isomorphen Struktur des IPDS kommen Datenfelder mit der gleichen logischen Bezeichnung auf den drei Ebenen (ID, ED, AD) vor. Eine Behandlungsplanung z. B. ist auf der einrichtungsübergreifenden Ebene (ID) möglich, aber auch auf der einrichtungsbezogenen Ebene (ED) und der arbeitsbereichsbezogenen Ebene (AD).

Abb. 11 stellt die hierarchischen Ebenen des IPDS-K am Beispiel einer Behandlung unter Beteiligung vieler Bereiche und Mitarbeiter dar. Für die Behandlung/Betreuung dieses Patienten/Klienten sind im Rahmen eines integrierten Behandlungsplans (ID) drei Einrichtungen verantwortlich: E1 (z. B. Tagesklinik, Dokumentation ED1) mit drei Arbeitsbereichen (z. B. Ärztin, Sozialarbeiter, Bezugstherapeut), E2 (z. B. niedergelassener Psychotherapeut), E3 (Dokumentation ED3) mit zwei Arbeitsbereichen (z. B. Betreutes Wohnen mit Freizeitangebot, Dokumentation AD3.1, AD3.2).

Wir unterscheiden Datenfelder,

- die im Regelfall in allen beteiligten Institutionen vollständig identische Inhalte haben und bei gemeinsamer Behandlung/Betreuung ausgetauscht werden, **Basisdaten (B)**

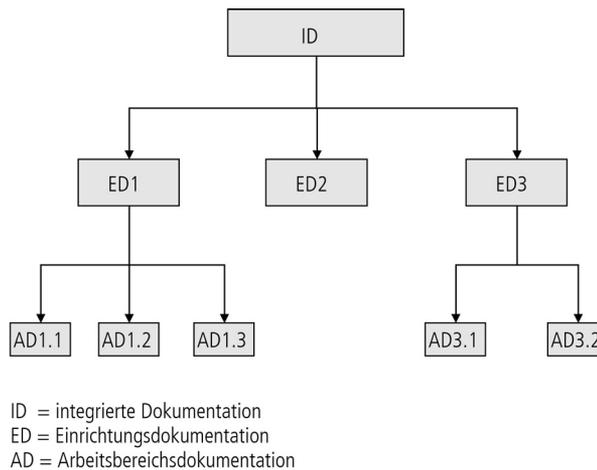


Abb. 11: Die hierarchische Ebenen des IPDS-K

- in denen bei gemeinsamer Behandlung/Betreuung anlassbezogen eine einrichtungsübergreifende integrierte Abstimmung der beteiligten Einrichtungen dokumentiert wird, *integrierte Daten (I)*
- die die maßgebliche zentrale Dokumentation einer Einrichtung durch die hierfür Verantwortlichen beinhalten, *Einrichtungsdokumentationsdaten (E)*
- in denen arbeitsbereichbezogene Daten, die im Regelfall nicht in die übergeordneten Ebenen aufgenommen werden, dokumentiert werden, *arbeitsbereichsbezogene Daten (A)*.

Die einzelnen Datenfelder werden weiter unten dahingehend gekennzeichnet, um welche Datenart(en) und welchen Vernetzungstyp es sich in der Regel handelt.

Die integrierte Dokumentation folgt dem Rahmen eines zwischen den Einrichtungen (und natürlich mit dem Klienten) vereinbarten integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplans (als Beispiel kann der IBRP dienen). Im Rahmen dieses Plans werden Daten zu Diagnostik, Behandlungsplanung, -durchführung, -verlauf und Auswertung untereinander abgestimmt (*»integrierte Daten«, I*) und von einer autorisierten Person (der koordinierenden therapeutischen Bezugsperson) dokumentiert. Sie stellen den inhaltlichen und organisatorischen Rahmen für die Behandlung dar.

Auf der Einrichtungsebene wird dieser Rahmen in die einrichtungsbezogenen Dokumentationssysteme (ED) übernommen, soweit er sich auf die Arbeit der Einrichtung bezieht (*einrichtungsbezogene Daten E*) und in den jeweiligen Datenfeldern binnendifferenziert bzw. ergänzt. So werden z. B. die oft eher allgemeineren und längerfristigen Zielvorgaben der ID präzisiert und in Teilziele, sowohl inhaltlich wie in der zeitlichen Abfolge, aufgegliedert (einrichtungsbezogene Daten, ED).

8.6 Dokumentationsplan und Vernetzung

Jedes Dokumentationssystem verlangt einen *Dokumentationsplan*, d. h. einen Plan, in dem *die aktiven und passiven Dokumentationspflichten der beteiligten Mitarbeiter festgelegt* werden. Dabei geht es vor allem um die »Leserechte« und »Lesepflichten« sowie die »Schreibrechte« und »Schreibpflichten«, einschließlich der Zeitpunkte und Ereignisse, an denen die Pflichten zu erfüllen sind.

So wird ein Dokumentationsplan auch festlegen, an welchen »Haltepunkten« zuständige Mitarbeiter terminbezogen oder ereignisbezogen zu dokumentieren und den Verlauf kritisch auszuwerten haben und an welchen »Knotenpunkten« bereichsübergreifend oder einrichtungsübergreifend (ebenfalls terminbezogen oder ereignisbezogen) zuständige Mitarbeiter aus mehreren Einrichtungen oder Arbeitsbereichen die Entwicklung gemeinsam auswerten, neu beschließen und dokumentieren.

Ein solcher Dokumentationsplan legt auch die Dokumentation von Entscheidungen und Vorgaben fest, die im Rahmen von Hierarchien arbeitsbereichsbezogen, arbeitsbereichsübergreifend oder auch einrichtungsübergreifend erfolgen können.

Wenn z. B. im einrichtungsübergreifenden Behandlungs- und Betreuungsplan das Ziel »Wohnen in eigener Wohnung in ca. einem halben Jahr« abgestimmt wurde, ist dies eine Vorgabe für die Ambulanz mit koordinierender Bezugsperson und das bisher betreuende Heim, eventuell auch die Tagesstätte, die jeweils die notwendigen Vorbereitungsschritte untereinander abstimmen und in den eigenen Bereichen Teilziele und Teilschritte formulieren.

Aber auch Mitteilungen »von unten nach oben« sind wichtig, etwa, wenn das betreuende Heim in der Vorbereitungsphase vermehrt Erfahrungen macht, dass der Klient nur schwer allein sein kann oder wenn dem Ambulanzmitarbeiter bei genauerem Nachfragen bekannt wird, dass frühere Verselbstständigungsbemühungen immer mit einer psychotischen Krise verbunden waren.

In der jeweiligen Dokumentation (z. B. ED oder AD) muss es deshalb »*Notizbuchfunktionen*« geben, nach denen Informationen an die übergeordnete Ebene (letztlich an die verantwortliche koordinierende Bezugsperson) weitergegeben werden mit Markierung des zugeordneten Datenfeldes und Hinweis auf die Wichtigkeit, wenn diese Information möglicherweise eine Korrektur des bisherigen therapeutischen Konzepts zur Folge haben könnte. Entsprechendes gilt für das aktive Absenden von Informationen oder die Beantwortung von Anfragen, die von der gleichen Ebene des Dokumentationssystems kommen (immer vorausgesetzt, dass die Weitergabe der Daten für den Behandlungsprozess erforderlich und in der besonderen Situation datenschutzrechtlich zulässig ist).

Da die verschiedenen Datenfelder (vgl. Dokumentationsblöcke und Itemliste in den folgenden Abschnitten) sehr unterschiedliche Informationen beinhalten,

haben die Datenfelder B, I, E, A auch im Hinblick auf den Datenaustausch und die regionale Vernetzung eine unterschiedliche Bedeutung.

Aufgrund der isomorphen Struktur des IPDS kommen Datenfelder mit der gleichen logischen Bezeichnung auf den drei Ebenen (ID, ED, AD) vor. Eine Behandlungsplanung z. B. ist auf der einrichtungsübergreifenden Ebene (ID) möglich, aber auch auf der einrichtungsbezogenen Ebene (ED) und der arbeitsbereichsbezogenen Ebene (AD).

Die einzelnen Datenfelder werden weiter unten dahingehend gekennzeichnet, um welche Datenart(en) und welchen Vernetzungstyp es sich in der Regel handelt.

8.7 Die Dokumentationsblöcke

Zur besseren Übersicht werden die Datenfelder in Blöcken zusammengefasst. Diese Aufteilung leitet sich aus der Prozessorientierung her. Die einzelnen Blöcke folgen im Ablauf einer Behandlung und Betreuung logisch auf einander – *Aufnahme, Diagnostik, Behandlungsplanung, Vorgehen und Verlauf, Entlassung* (vgl. Abb. 13). Dem entspricht auch eine zeitliche Reihenfolge. Dabei ist allerdings die partielle Rekursivität zu berücksichtigen. So werden im ersten Anlauf nicht erlangte Informationen zu einem späteren Zeitpunkt nachgetragen. Diagnostik, Behandlungsplanung und Vorgehen werden wiederholt überarbeitet (s. o. Abb. 4).

Den einzelnen Datenblöcken werden Datenfelder in Form einer Itemliste zugeordnet. Mit Ausnahme des Aufnahmeblocks, der im Wesentlichen Felder enthält, die für die Verwaltung und die Kooperation mit externen Betreuern, Behandlern und mit den Leistungsträgern erforderlich sind, sind die Datenfelder nach inhaltlichen, auf den Behandlungs- und Betreuungsverlauf ausgerichteten Überlegungen ausgewählt worden. Dabei wurde in allen Bereichen auf die oben ausgeführte (s. Kapitel 8.3) Rahmenstruktur für die klientenzentrierte Dokumentation zurück gegriffen, d. h. dass sowohl in der (biografischen wie aktuellen) Diagnostik als auch in der Behandlungsplanung und -durchführung jeweils die Kompetenzen und Beeinträchtigungen des Klienten und die Verhältnisse in seinem Lebensumfeld (soziale Beziehungen, Wohnen und Wirtschaften, Ausbildung und Arbeit, Freizeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben) beachtet und in Zusammenfassung gewichtet und interpretiert werden.

An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die verschiedenen Leistungserbringer im Regelfall die Lebenskompetenzen und Lebensverhältnisse des Klienten aus unterschiedlichen Perspektiven, mit unterschiedlicher Eindringtiefe und unterschiedlichen theoretischen und methodischen Ansätzen betrachten, und dass die notwendige Binnendifferenzierung der Datenfelder in baumartigen

oder matrizenartigen Verzweigungen nicht in diesem Projekt geleistet werden kann und soll.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Einbeziehung von aktuellen Kerndatensystemen der psychiatrischen Dokumentation in die Itemliste diskutiert (z. B. deutscher Kerndatensatz, DKS) und die verschiedenen Versionen der stationären und ambulanten psychiatrischen Basisdokumentation (Bado).

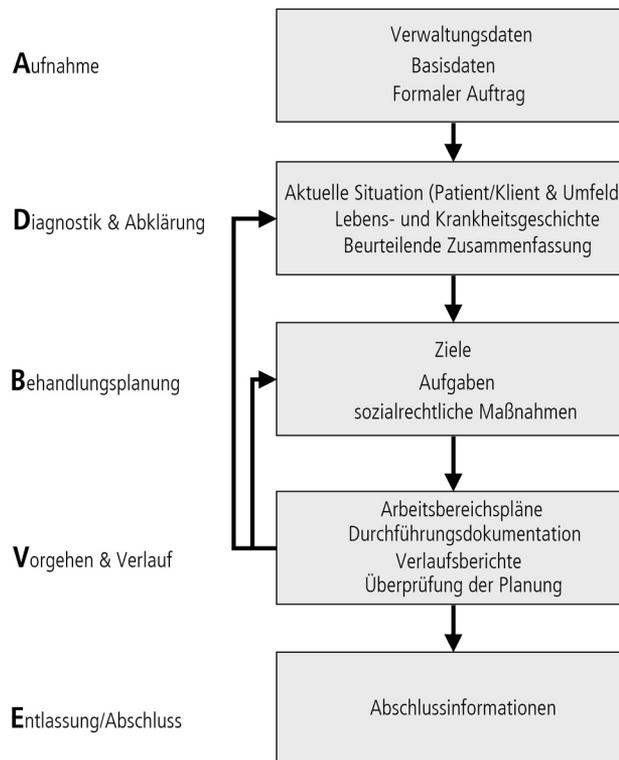


Abb. 13: Die Dokumentationsblöcke des IPDS

Auf einen Aufnahmeblock (A) mit Dokumentation von formalen Daten (Verwaltungsdaten, Sozialdaten, formaler Auftrag) sowie ersten aufnahmespezifischen Daten (Erstkontakt) folgt der umfangreiche Diagnostik- und Abklärungsblock (D), in dem Informationen zur aktuellen Situation und zur Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten/Klienten dokumentiert werden. Dieser Block endet mit einer beurteilenden Zusammenschau der Probleme und Ressourcen in allen Lebensbereichen und wird gefolgt vom Behandlungsplanungsblock (B), der die Formulierung der Ziele, Festlegung der Aufgaben und der sozialrechtlichen Maßnahmen enthält. Der folgende Verlaufs- und Vorgehensblock (V) enthält die Durchführungsdokumentation, die Verlaufsberichte sowie die Überprüfung

des Vorgehens. Mit dem Block V verknüpft ist die Leistungsdokumentation. Die Überprüfung kann zu einer Fortsetzung des Vorgehens, aber auch zu einer erneuten Diagnostik oder einer Überprüfung der Ziele führen. Der Abschluss der Maßnahme wird im Abschluss- und Entlassungsblock (E) dokumentiert.

Wir machen hinsichtlich der Basisdaten dazu einen Vorschlag mit einer deutlich eingegrenzten Auswahl der relevanten Items. Solange es keine gesetzlichen Vorgaben oder verbindlichen bundesweiten Vereinbarungen gibt, muss jede psychiatrische Versorgungsregion ihren Basisdatensatz selbst festlegen, sodass zumindest für den regionalen Versorgungsbereich eine Gesundheitsberichterstattung und Steuerung möglich ist (s. u. Kap. 9).

Die Itemlisten in jedem Dokumentationsblock werden als Tabellenstruktur wiedergegeben, die Zeilen bezeichnen das jeweilige Item mit einer Kennziffer, die Spalten beschreiben weitere Kennzeichnungen. Die erste Spalte ist für Zwischenüberschriften für Gruppen von Items innerhalb eines Dokumentationsblocks vorgesehen, die zweite Spalte gibt die Nummer des Items an, die dritte die Itembezeichnung. In der vierten Spalte werden z. T. Anregungen für eine Binnendifferenzierung (Vertiefung) gegeben, in der fünften Spalte werden weitere Vertiefungsmöglichkeiten erwähnt, in der sechsten Spalte gibt es Hinweise auf den Vernetzungstyp (z. B. B oder I, E, A), in der siebenten Spalte auf das Feldformat. In der achten Spalte ist angegeben, ob ein Item für die Gesundheitsberichterstattung als relevant vorgeschlagen wird. In der neunten Spalte sind Besonderheiten und Bemerkungen eingetragen worden.

Folgende Abkürzungen werden für die Feldformate verwendet:

- FT Freitext
- DT Definiertes Freitextfeld (etwa Eintragung von Berufsbezeichnung)
- J/N Ja/Nein-Feld
- DF Datumsfeld
- NF Nummernfeld

Der Hinweis auf das Feldformat ist ein Vorschlag für diese erste Ebene. Diese kann zusätzliche Zugänge (»buttons«) für Vertiefungsebenen mit unterschiedlichen Feldformaten beinhalten. Bei der konkreten Ausgestaltung des IPDS müssen die Feldformate noch einmal überdacht werden, insbesondere auf die Schaffung von Zugängen zur notwendigen Differenzierung.

Im IPDS-K sind Bado-Felder nicht in einem »Bado-Block« für sich zusammengefasst, sondern sind inhaltlich den Blöcken und Untergliederungen zugeordnet. Die Basisdokumentation wird somit im Zuge des Dokumentationsprozesses durchgeführt.

Die Struktur des IPDS-K wird anhand der Itemliste beschrieben und erläutert. Die jeweiligen Blöcke der Itemliste sind unmittelbar nach deren Beschreibung in Tabellenform wiedergegeben.

8.7.1 Block A: Aufnahme

Der Block A (Aufnahme) enthält Verwaltungs- und Sozialdaten, Behandlungs- und Betreuungsdaten, dokumentiert den formalen Auftrag und beschreibt die Aufnahmesituation einschließlich des Anliegens des Patienten/Klienten und seiner Begleiter. Die Daten bis zum Item A41 können von einer geschulten Verwaltungskraft dokumentiert werden.

Verwaltungsdaten und Sozialdaten

Verwaltungs- und Sozialdaten sind für Verwaltungszwecken erforderlich (Identifizierung des Patienten/Klienten, Kostenträger, verschiedene Sozialdaten wie Versicherungsnummer etc.).

Behandlungs- und Betreuungsdaten

Die Behandlungs- und Betreuungsdaten geben (organisatorische) Informationen über Behandlungen bzw. Betreuungen wieder wie z. B. gesetzlicher Betreuer, behandelnde Ärzte und Einrichtungen.

Aufnahmedaten

Die Aufnahmedaten erfassen die Rahmenbedingungen der Aufnahme (Ort, Zeit, Zuweisung etc.) Der formale Auftrag beschreibt den sozialrechtlichen Aspekt einer Behandlungsbeziehung. Er kann sich vom Anliegen des Patienten/Klienten bzw. seines Umfeldes unterscheiden. In einem Katalog sollten Aufträge wie »Unterbringung nach PsychKG«, »Überweisung zur ambulanten Behandlung«, »rehabilitative Maßnahme« etc. voneinander differenziert werden.

Die Interaktion in der Aufnahme wird als Freitext dokumentiert und lässt Raum für die Beschreibung des Kontaktes, des Patienten/Klienten, der Begleiter und der Interaktionen. In der Aufnahmeinteraktion gesammelte diagnostische Daten werden sofort im Diagnostikblock (s. u.) dokumentiert. Dies gilt insbesondere auch für Gefährdungen.

Externe Informationen/ Aufnahmedokumente

Das Vorliegen externer Befunde, Berichte, Hilfepläne etc. wird festgehalten und die Zugänge zu diesen Daten werden ermöglicht.

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen
Verwaltungsdaten	A1	Anrede			B			
	A2	Name			B	BT		
	A3	Geburtsname			B	BT		
	A4	Vorname			B	BT		
	A5	Geschlecht			B			
	A6	Geburtsdatum/Alter			B	DF		
	A7	Geburtsort			B	BT		
	A8	Pseudonym			B	BT		Die Pseudonymisierung soll einem Patienten in verschiedenen Einrichtungen dasselbe Pseudonym zuweisen
	A9	Pat.-ID Einrichtung			B	NF		
	A10	Fallnummer			B	NF		
	A11	Aufnahmedatum	Katalog (Einrichtungen)		B	DF		
Adresse	A12	c/o			B	BT		Falls Klient z.B. in Einrichtung gemeldet ist
	A13	Straße			B	BT		
	A14	PLZ			B	BT		
	A15	Wohnort			B			
	A16	Telefon			B	BT		
	A17	Wohnungslos			B	J/N		
Sozialdaten	A18	Krankenkasse	ggf. Felder mit Adresse etc.		B	DT		ggf. Übernahme der Daten aus einer Institutionendatei
	A19	Versichertennummer			B	NF		

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungübergreifend); E = Einrichtungendaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/ Bemerkungen
Aufnahmedaten	A20	gebührenbefreit	bis:		B	JN/DF		
	A21	Pflegekasse	ggf. Felder mit Adresse etc.		B	DT		ggf. Übernahme der Daten aus einer Institutionendatei
	A22	Pflegestufe	Katalog mit Pflegestufen		B	DT		Zweite Ebene – Bescheid vom Wiederholungsbegutachtung am – je ein Feld
	A23	Rentenversicherung	ggf. Felder mit Adresse etc.		B	DT		ggf. Übernahme der Daten aus einer Institutionendatei
	A24	SV – Nummer			B	NF		
	A25	Arbeitsamt	ggf. Felder mit Adresse etc.		B	DT		ggf. Übernahme der Daten aus einer Institutionendatei
	A26	Stammnummer			B	NF		
	A27	Schwerbehinderterstatus			B	JN		
	A28	Art der Behinderung			B			Feld öffnet sich erst, wenn Behinderung positiv
	A29	Behindertenausweis	Ablaufzeit		B	JN		Feld öffnet sich erst, wenn Behinderung positiv
	A30	Grad der Behinderung	Katalog		B	DT		Feld öffnet sich erst, wenn Behinderung positiv
	A31	Merkzeichen	Katalog		B	DT		Feld öffnet sich erst, wenn Behinderung positiv
	A32	Sozialhilfeträger	Katalog		B	DT		Mit Unterfeldern für Adresse etc. Trennung in örtliche und überörtliche Träger
A33	Offene Felder für weitere Versicherungen/Leistungen			B			Hier noch zusätzliche Felder für mitaufgenommene Kinder, Anzahl etc. JN-Feld mit Öffnung eines weiteren Formulars	

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen
Sozialdaten	A34	Ortsteil/Bezirk/Region/Kreis/Sektor	ggf. Katalog mit amtlichen Gemeindekezziffern		B	NF		Amliche Gemeindekezziffer sollte hier eingegeben werden bzw. automatisch generiert werden können.
	A35	Staatsangehörigkeit	ggf. Katalog mit Nationalitäten		B	DT		
	A36	Religion	Katalog mit Religionen		E	DT		
	A37	Herkunftsland			B	DT		
	A38	Muttersprache			B			
	A39	Wird Dolmetscher benötigt			B	JN		
	A40	Angehöriger/Bezugspersonen 1-n	Name Vorname Straße PLZ Wohnort Telefon Art der Beziehung (K) Gewünschter Kontakt			B	JN	
	A41	Arbeitgeber/Ausbildungsinstitution	ggf. Name, Adresse etc.			B	FT/DT/UF	ggf. Übernahme aus Institutionsdatei Mehrfachnennungen müssen möglich sein
	A42	Gesetzliche Betreuer	ggf. Felder mit Adresse etc.	Wirkungskreis Katalog mit Aufgabebereich/ Einwilligungsvorbehalt		B		Es handelt sich um eine Gruppe von Feldern Beginn mit JN Feld, dann Öffnung von spezifizierenden Feldern
A43	Behandelnde Ärzte/Psychologen	ggf. Felder mit Adresse etc.			B	DT	JN Feld, darunter dann Öffnung v. Feldern mit den Namen, Adressen etc. Teilung in Ärzte, NÄ, Psychotherapeuten, Psychologe	
Behandlungs- und Betreuungsdaten								

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; JN = Ja/Nein Feld; DF = Datumfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtung-übergreifend); E = Einrichtungssdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen	
Aufnahmedaten	A44	Parallel behandelnde Einrichtungen/Dienste 1 - n	Name der Einr. Straße PLZ Wohnort Telefon		B	JN			
			Leistungssträger Leistungserbringer Maßnahmeart Leistung bewilligt (von – bis) Bezugsperson		B			Mehrfachnennungen müssen bei Komplexleistungen möglich sein	
			Koordinierende Bezugsperson		B	JN		Übernahme aus M - Eigenes Fenster/Formular mit Name, Einrichtung, Adresse etc.	
			Bezugstherapeut (in Einrichtung)		B	JN			
			Aufnahmeort	Katalog		E			
			Aufnahmezeit			E			
			Zuweisung/Vermittlung durch	Katalog BADO		E		DT	
Aufnahmedaten	A51	Zugang	Katalog BADO		E	DT			
			Katalog	AZ Dauer	E	DT/FT		Muss aktualisierbar sein. Alarmfunktion bei Auslaufen der Frist.	
			Katalog BADO		E	DT+FT			
			Anliegen		E	FT			
			Behandlungsvereinbarungen?	Katalog Patiententestament Behandlungsvereinbarung sonstiges		E	DT		

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J.N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen	
Aufnahmedaten	Externe Informationen/Aufnahmedokumente	A56	Interaktion in der Aufnahmesituation (Aufnahmegespräch/Vorgespräch)		E	FT		Dies sollte ggf. ergänzt werden durch offene anwenderdefinierte Felder für Angelegenheiten, die überwacht werden müssen.	
		A57	Externe Meldungen von Gefährdungen	aktuell in Vorgeschichte überdauernd	I, E, A	DT			
		A58	Sozialbericht	durch	Datum	E	JN		
		A59	Ärztliches Gutachten	durch	Datum	E	JN		
		A60	IBRP/Behandlungsplan	durch	Datum	E	JN		
		A61	behandelt in Hilfeplankonferenz		Datum	B	JN		ggf. Übernahme aus B. Öffnung von verbundenen Feldern aus B im positiven Fall möglich.
		A62	Hilfepfängergruppe (HEG)	ggf. Katalog		E	DT		
		A63	externe Vorbefunde	somatisch psychopathologisch psychotherapeutisch Testergebnisse sonstige		E			Befunde sollten zunächst vermerkt werden und ggf. geöffnet werden können (Formulare). Im Falle der Einführung im Verbund – und Vernetzung – müssen die Teilnehmer sich auf ein Feldformat einigen.

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J, N = Ja/Nein Feld; DF = Datumfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsbereichübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

8.7.2 Block D: Diagnostik Abklärung

Im Block D werden alle Daten dokumentiert, die im weitesten Sinne zur diagnostischen Abklärung, d.h. zu einem Verständnis des Patienten/Klienten im aktuellen Kontext auf dem Hintergrund des sogenannten bio-psycho-sozialen Modells dienen.

Die Diagnostik wird unterteilt in die Darstellung der Lebens- und Krankheitsgeschichte (Biografie und Anamnese) sowie die Beschreibung der aktuellen Situation. Die Diagnostik der aktuellen Situation ist ihrerseits zweigeteilt in einen Bereich, in dem Befindlichkeit, Symptome, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen Patienten/Klienten abgebildet werden, während im zweiten Bereich das Umfeld des Patienten/Klienten beschrieben wird. Diese Unterteilung ist an manchen Stellen aufgrund der Wechselwirkungen schwierig, hat aber den wesentlichen Vorteil, dass von Beginn an der Blick auf die Beziehung zwischen Patienten/Klienten und Umfeld, die jeweiligen Charakteristika und die Interaktionsdynamik gelenkt wird. Je nachdem ergeben sich unterschiedliche therapeutische Zielrichtungen. Es ist ein Unterschied, ob ein Patient/Klient eine Störung seiner Fähigkeit, die Wohnung sauber und bewohnbar zu halten, oder ob er eine Wohnung braucht (z.B. nach krisenhafter Trennung vom Lebenspartner).

Auch in diesem Block sind die einzelnen Komponenten gegliedert in die sechs Lebensbereiche.

Der Block D hat in der Aufnahme- oder Erstkontaktsituation eine besondere Bedeutung, da hier soweit möglich und sinnvoll Informationen über Lebens- und Krankheitsgeschichte sowie die aktuelle Situation erhoben und dokumentiert werden, die ein zusammenhängendes Verständnis ermöglichen. Die Diagnostik muss aber während einer Behandlung kontinuierlich ergänzt und aktualisiert werden. Neue Informationen werden mit Datum versehen, sodass der Erkenntnisprozess nachvollzogen werden kann. So könnte z.B. eine Reihe psychopathologischer Befunde aufgerufen werden, die die gleiche Form haben, sich aber durch das Datum unterscheiden und so eine Beurteilung der Entwicklung in einem bestimmten Zeitraum zulassen. Auch Labor- und technische Befunde (MRT, EEG etc.) lassen sich hier einordnen (Item D35) und in Zeitreihen darstellen. Aber auch das Verstehen der lebensgeschichtlichen Entwicklung und der aktuellen Lebensverhältnisse erwächst erst schrittweise durch ergänzende Informationen.

Lebens-, Krankheits- und Behandlungsgeschichte

Die Lebens- und Krankheitsgeschichte ist in drei Teile gegliedert: eine Biografie, einen tabellarischen Lebenslauf und die Krankheitsgeschichte. Die Biografie ist einerseits in Lebensphasen und senkrecht dazu in die sechs Lebensbereiche (psy-

chisches und körperliches Befinden, soziale Beziehungen, Selbstsorge/Wohnen, Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung, Tagesgestaltung/Freizeit/gesellschaftlich Leben) gegliedert (D1 bis D5).

Die Biografie (einschließlich Familienvorgeschichte und Informationen zur Herkunftsfamilie) ist als Set von Formularen zu verstehen, der von einzelnen Arbeitsbereichen oder Spezialeinrichtungen unterschiedlich gestaltet werden kann. So wird eine psychotherapeutische Station die Formulare mit anderen Feldern versehen als eine Werkstatt, die eine arbeitsbezogene Anamnese durchführt. Solche unterschiedlichen Biografie-Formulare müssen auch nebeneinander bestehen können, indem sie ihrem Bereich und dem entsprechenden Datum zugeordnet werden.

Der tabellarische Lebenslauf (D6 bis D16) gibt einen schematischen Überblick über allgemein wichtige Ereignisse und Phasen im menschlichen Leben (Herkunftsfamilie, Ausbildung und Beruf, eigene Familie, eigene Wohnung, juristische Probleme).

Für die Lebensbereiche persönliche Entwicklung/soziale Beziehungen, Selbstsorge/Wohnen, Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung, Tagesgestaltung/Freizeit/gesellschaftliches Leben können in einer weiteren Entwicklungsphase des Dokumentationssystems Formulare erarbeitet werden. Gegenwärtig liegen für die Lebensbereiche (1) Selbstsorge/Wohnen, (2) Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung, (3) Tagesgestaltung/Freizeit weitere Untergliederungen vor (siehe dazu beispielhaft einen Vorschlag zu den Vertiefungsebenen im Anschluss an die Itemliste Diagnostik und Abklärung).

Die Krankheitsgeschichte ist wieder in die zwei Lebensbereiche psychisches Befinden/psychiatrische Behandlung und körperliches Befinden/somatische Behandlung unterteilt (D17 bis D28). Inhaltlich zugehörige Bado-Felder finden sich hier ebenfalls. Großer Wert wird gelegt auf eine Dokumentation der Erfahrungen des Patienten/Klienten mit vorherigen Behandlungen insbesondere auch medikamentöser Art. Zu diesem Zwecke gibt es das Item D21, in dem medikamentöse Vorbehandlungen notiert werden, und das Item D22, in dem die Erfahrungen des Patienten/Klienten hinsichtlich medikamentöser Vorbehandlungen festgehalten werden, sowie das Item D28, das die gesamten Behandlungserfahrungen aus der Sicht des Patienten/Klienten und Angehöriger oder Betreuer zusammenfasst.

Aktuelle Lebenssituation

Die aktuelle Situation umfasst den jetzigen Zustand und die aktuelle Vorgeschichte, d. h. die Ereignisse und das Befinden des Patienten/Klienten in den Tagen und Wochen unmittelbar vor der Aufnahme bzw. dem jetzigen Erstkontakt. Die Dokumentationsinhalte werden gegliedert nach patienten-/klientenbezogenen Items

(D29–D40) und umfeldbezogenen Items (D41–D55). Die patienten-/klientenbezogenen Items werden in einer Vertiefungsebene unterschieden nach Fähigkeiten und Beeinträchtigungen (D29, D33, D36, D37, D38 und D39). Umfeldbezogen werden entsprechend Belastungen und Ressourcen voneinander unterschieden.

Informationen und Daten zum Patienten/Klienten

Die Informationen über die gegenwärtige Situation und die aktuelle Vorgeschichte werden entsprechend der Rahmenstruktur nach den Lebensbereichen geordnet. Zunächst wird das aktuelle Psychische Befinden einschließlich der Befindlichkeit in der aktuellen Vorgeschichte dokumentiert (D29). Darüber hinaus finden sich aber auch Items zur Dokumentation des psychopathologischen, psychotherapeutischen und psychometrischen (z. B. kognitiven) Befundes (D32).

Im Lebensfeld körperliches Befinden werden ebenfalls die gegenwärtige Situation (z. B. körperliche Beschwerden) und die aktuelle Vorgeschichte zusammenfassend beschrieben (D33). Der klinische körperliche Befund kann aus verschiedenen Perspektiven dokumentiert werden (orientierend, internistisch, neurologisch etc.). Unter dem Item D35 erfolgt die Dokumentation der technischen Befunde, die bei den einzelnen Leistungserbringern naturgemäß sehr unterschiedlich differenziert sein wird.

Für besondere Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern persönliche und soziale Beziehungen, Selbstsorge/Wohnen, Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung, Tagesgestaltung/Freizeit/gesellschaftliches Leben werden zunächst Freitextfelder vorgeschlagen (D36 bis D39), die aber etwa für den Bereich Arbeitsleistungen durch Leistungskataloge ergänzt werden können. Im Feld D40 werden festgestellte aktuelle Gefährdungen (Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, soziale Gefährdung) festgehalten. Zu diesen Lebensbereichen gehörige Bado-Felder sind entsprechend eingeordnet.

Informationen und Daten zum Umfeld

In diesem Bereich werden umfeldbezogene Daten dokumentiert, die ebenfalls in die Lebensbereiche untergliedert sind. Dabei wird besonders auf Ressourcen und Belastungen geachtet. Bezüglich des Lebensbereichs seelischer und körperlicher Befindlichkeit werden hier die Behandlung und Betreuung dokumentiert. Die Items D41 (psychiatrisch) und D42 (körperlich) beschreiben derzeitige Behandlungen. Ein Katalog ermöglicht das »Ankreuzen« von zutreffenden Kategorien. Auf einer weiteren Vertiefungsebene können z. B. Formulare für die aktuelle medikamentöse Behandlung zur Verfügung gestellt werden.

Vergleichbare Items bestehen für körperliche Erkrankungen. Dabei können auch Informationen zur derzeitigen pflegerischen Versorgung dokumentiert werden. Für die weiteren vier Lebensbereiche bestehen Freitextfelder zur zusammenfassenden Dokumentation, ergänzt durch Bado-Daten (D43 bis D53). Das Datenfeld D54 steht für externe Informationen (Berichte, Stellungnahmen, Korrespondenz) zur Verfügung.

Zusammenfassende Beurteilung

Dieser Teil schließt die diagnostische Datenerhebung ab und ist der Ausgangspunkt für die Behandlungsplanung.

Zusammenfassung der aktuellen Situation und der Vorgeschichte

Hier findet sich eine fachlich bewertende Zusammenfassung der Probleme und Ressourcen (D55).

Diagnosen

Hier (D56) werden psychiatrische und somatische Diagnosen in Freitext und ICD-10 dokumentiert. Die Anzahl der Diagnosen ist variabel, sodass jederzeit ein weiteres Unterfeld geöffnet werden kann. Für die klinisch stationäre und teilstationäre Versorgung sind hier zusätzliche Felder für Aufnahmediagnose und Behandlungsdiagnose erforderlich. Die Entlassungs- und Fachabteilungshauptdiagnose werden im Block E (Entlassung und Abschluss) vermerkt.

Behandlungsrelevante Probleme und Ressourcen

Die zusammenfassende funktionelle Diagnostik ist wiederum auf einer Vertiefungsebene in die Lebensbereiche unterteilt. Wegen der Bedeutsamkeit für den Behandlungs- und Betreuungsprozess sind hier die behandlungsrelevanten Probleme und die hierfür bedeutsamen therapeutisch nutzbaren Ressourcen aufgeführt. In jedem Lebensbereich können demgemäß Probleme und/oder Ressourcen aufgeführt werden. Probleme wie Ressourcen können »im« Patienten/Klienten verankert sein, aber auch in seinem Umfeld bzw. in der Interaktion. So kann die Ressource eines Patienten/Klienten also in seinen Fähigkeiten liegen, in einem anderen Fall aber z. B. im stützenden Familienzusammenhalt (D57).

Den Abschluss der zusammenfassenden Diagnostik bildet das Item D58, in dem zusätzlich zu der beurteilenden Zusammenfassung Zusammenhangshypothesen dokumentiert werden. Solche Hypothesen beziehen sich nicht nur auf Entstehungszusammenhänge, sondern auch auf bisherige Erfolge und Misserfolge bei der Behandlung bzw. Betreuung. Dieses Feld muss von einer autorisierten Person (siehe Einleitung) dokumentiert oder »abgezeichnet« werden. Das Item D59 dokumentiert die Sichtweise des Patienten/Klienten, der möglicherweise mit der Beurteilung seiner Fähigkeiten und Defizite, seiner sozialen Situation und der Interpretation des Problemzusammenhangs nicht einverstanden ist.

In den Feldern D56 bis D59 wird somit der Grundstein für die Behandlungsplanung gelegt, indem hier eine Vorauswahl aus den Problemen und Ressourcen des Patienten/Klienten getroffen wird, die für bedeutsam und für beeinflussbar durch die Behandlung und Betreuung gehalten wird.

Der Bereich Diagnostik ist nie abgeschlossen, da während einer Behandlung oder Betreuung fortwährend neue Informationen anfallen, die möglicherweise neue Interventionen erfordern oder ermöglichen. Diese Informationen werden im Verlauf dokumentiert (s. u. Item V4), als »Notizbuch« in den jeweiligen Feldern aufgelistet und können zu einem späteren Zeitpunkt in die zusammenfassende Diagnostik übernommen werden. In festzulegenden Abständen wird man zu einer Re-Evaluation der diagnostischen Informationen schreiten (s. u. im Block V: Vorgehen und Verlauf).

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/ Bemerkungen
Diagnostik & Abklärung	Lebensgeschichte	D1	Familienvorgeschichte	Vertiefungen: psychisches Befinden körperliches Befinden soz. Beziehungen Selbstsorge/Wohnen Arbeit Freizeit/gesellschaftl. Leben		I, E, A	FT	
		D2	Herkunftsfamilie	Vertiefungen: psychisches Befinden körperliches Befinden soz. Beziehungen Selbstsorge/Wohnen Arbeit Freizeit/gesellschaftl. Leben		I, E, A	FT	
		D3	Kindheit	Vertiefungen: psychisches Befinden körperliches Befinden soz. Beziehungen Selbstsorge/Wohnen Arbeit Freizeit/gesellschaftl. Leben		I, E, A	FT	Für die Funktionsbereiche Selbstsorge/Wohnen, Arbeit und Freizeit bestehen weitere Vertiefungsebenen, die im Text als Vorschlag wiedergegeben sind.

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen	
Diagnostik & Abklärung	D4	Jugend und Pubertät	Vertiefungen: psychisches Befinden körperliches Befinden soz. Beziehungen Selbstsorge/Wohnen Arbeit Freizeit/gesellschaftl. Leben		I, E, A	FT		Für die Funktionsbereiche Selbstsorge/Wohnen, Arbeit und Freizeit bestehen weitere Vertiefungsebenen, die im Text als Vorschlag wiedergegeben sind.	
									D5
	D6	Geburtsort				B	DT		
	D7	Geschwister (geb.)	Anzahl		ggf. Geburtsdatum	B	DF		
	D8	Höchster erreichter Schulabschluss/Schulabgang	Katalog			B	DF		
		Berufsausbildung (von – bis)			ggf. von bis	B	DT/DF		
	D10	höchster erreichter Berufsabschluss	Katalog		ggf. Jahr	B	DT		
	D11	Derzeitig/zuletzt ausgeübter Beruf				B	DT/FT		
	D12	Eheschließung 1 - n (Beziehung)/Trennung	Jahr			B	DT/FT		
	D13	Kinder (1 - n)	Geb. Datum (1 - n)			B	DT/FT		
	D14	jemals in eigener Whing. gelebt?	ggf. Katalog				DT/JIN		
	D15	jemals gearbeitet?	ggf. Katalog				DT/JIN		

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J-N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich		Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen
Lebensgeschichte	D16	Juristische Probleme	Katalog			I, E, A	J/N, DT, DF		z.B. Verurteilungen, Haft, Auflagen
	D17	Erste psychiatrische Behandlung				B	NF		
Krankheits- und Behandlungsgeschichte	D18	Erste (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung				B	NF		
	D19	Anzahl (teil-)stationärer Behandlungen	Anzahl			B	NF		
	D20	Letzte (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung	Ort, Dauer, Art der Beendigung			B	NF		
	D21	Medikamentöse Vorbehandlungen	Auswahlliste/Unterformular			I,E	NF		ggf. Übernahme aus EPA
	D22	Erfahrungen aus Sicht des Klienten				I,E	FT		
	D23	Ambulante (Vor-)Behandlungen	psychiatrisch/nervenärztl. Psychotherapeutisch andere (Ergotherapie etc.) sonstige	Anzahl, Wo, Dauer, Art der Beendigung		I,E	NF		
	D24	Rehabilitative (Vor-)Behandlungen	medizinische Rehabilitation berufliche Rehabilitation soziale Eingliederung	Anzahl, Wo, Dauer, Art der Beendigung		I,E	NF/DT		
	Diagnostik & Abklärung								

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsbereitend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich		Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen	
Krankheits- und Behandlungsgeschichte		D25	Somatische Vorbehandlungen	Medikamentöse Vorbehandlungen Ambulante (Vor-) Behandlungen	Auswahlliste/ Unterformular	I, E	NF		Chronologische Zusammenfassung	
		D26	Rehabilitative (Vor-) Behandlungen	medizinische Rehabilitation berufliche Rehabilitation	Anzahl, Wo, Dauer, Art der Beendigung	I, E	DT			
		D27	Behandlungssbiografie			I, E	FT		Zusammenfassung der Behandlungsgeschichte	
		D28	Erfahrungen und Bewertungen aus Sicht des Klienten und Außensicht	Katalog: medikamentös, psychotherapeutisch		I, E	FT		Zusammenfassung der Behandlungsgeschichte aus Sicht des Pat./Klienten mit Betonung auf Erfahrung.	
Aktuelle Lebenssituation Patient/Klient		D29	Psychisches Befinden	Fähigkeiten Beeinträchtigungen		I, E, A	FT		Enthält auch die aktuelle Vorgeschichte.	
		D30	Externe Informationen	seitens (Katalog)			FT		z.B. Fremdanamnese	
		D31	Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation	Bado		B	NF			
		D32	Psychische Befunde	psychopathologisch psychotherapeutisch Testverfahren sonstige	z.B. CGI, GDF, ICF	I, E, A	DT, FT			Befunde sollen im Verlauf in zeitlicher Folge darstellbar sein.

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J.N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich		Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/ Bemerkungen	
Diagnostik & Abklärung Aktuelle Lebenssituation Patient/Klient		D33	Körperliches Befinden	Fähigkeiten Beeinträchtigungen		I, E, A	FT			
		D34	Klinische Körperliche Befunde	Katalog (orientierend, internistisch, neurologisch etc.)		I, E, A	DT		Befunde sollen im Verlauf in zeitlicher Reihenfolge darstellbar sein.	
		D35	Technische- und Laborbefunde	Katalog						Datum, Baumstruktur.
		D36	Persönliche und soziale Beziehungen	Fähigkeiten Beeinträchtigungen		I, E, A	FT			
		D37	Selbstsorge/Wohnen	Fähigkeiten Beeinträchtigungen		I, E, A	FT			
		D38	Arbeit/berufsähnliche Tätigkeit/Ausbildung	Fähigkeiten Beeinträchtigungen		I, E, A	FT			
		D39	Tagesgestaltung/Freizeit	Fähigkeiten Beeinträchtigungen		I, E, A	FT			
		D40	aktuelle Gefährdungen	Katalog (Selbst-, Fremd-, Sozialgefährdung)		I, E, A	FT; NF			umfasst die aktuellen Gefährdungen mit Gewüchtungen

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J, N = Ja/Nein Feld; DF = Datumfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebenen	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/ Bemerkungen	
Diagnostik & Abklärung	Aktuelle Lebenssituation Umfeld	D41	Derzeitige Behandlung/ Psychiatrisch	Medikamentös psychotherapeutisch rehabilitativ sonstiges	Katalog Unterformular/ klinisches Verordnungsblatt	I, E, A	DT	jeweils: Ressourcen Belastungen	
		D42	Derzeitige Behandlung/ Körperlich	Medikamentös Rehabilitativ Pflege sonstiges	Katalog Unterformular/ klinisches Verordnungsblatt	I, E, A	DT	jeweils: Ressourcen Belastungen	
		D43	Umfeld: Persönliche und soziale Beziehungen	Ressourcen Belastungen		I, E, A	FT		
		D44	Familienstand (seit)	Katalog		I, E, A	DT		
		D45	Lebensform (Zusammenleben mit)	Katalog		I, E, A	DT		
		D46	bedeutsame soziale Kontakte			I, E, A	FT		
		D47	Umfeld: Selbstsorge/ Wohnen	Ressourcen Belastungen		I, E, A	FT		
		D48	Wohnsituation (privat/institutionell)	Katalog		I, E, A	DT		
		D49	Einkommensverhältnisse	Katalog		I, E, A	DT		
		D50	Unterhalt	Katalog		I, E, A	DT		
		D51	Umfeld: Arbeit/arbetsähnliche Tätigkeit	Ressourcen Belastungen		I, E, A	FT		
		D52	Jetzige berufliche Situation/Ausbildung	Katalog		I, E, A	DT		
		D53	Umfeld: Tagesgestaltung/ Freizeit	Ressourcen Belastungen		I, E, A	FT		

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtung-übergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Tabelle 1: Vertiefungsebenen**Vertiefungsebenen Biografie Selbstsorge/Wohnen**

2. Vertiefungsebene	3. Vertiefungsebene	4. Vertiefungsebene
im Heim gelebt 1-n		von bis
in einer Einrichtung betreut gelebt 1-n		von bis
Selbstversorgung	nie selbstständig den eigenen Haushalt geführt teils selbstständig den eigenen Haushalt geführt vollständig selbstständig den eigenen Haushalt geführt	von bis von bis von bis
	rückblickende Bewertung aus eigener Sicht rückblickende Bewertung aus Sicht von Angehörigen	
Hindernisse und Ressourcen bei der Bewältigung im Lebensfeld	besondere Fähigkeiten und Ressourcen besondere Hindernisse und Einschränkungen	
Wohnen/Selbstsorge	erkennbarer Erfahrungsmangel	
Zusammenfassung	zusammenfassende Beschreibung der Biografie im Lebensfeld Selbstsorge/Wohnen	

Vertiefungsebenen Arbeitsbiografie

2. Vertiefungs- ebene	3. Vertiefungsebene	4. Vertiefungs- ebene	5. Vertiefungs- ebene
Schulbildung	Grundschule 1-n weiterführende Schule 1-n rückblickende Bewertung aus Sicht des Klienten rückblickende Bewertung aus Sicht von Angehörigen	von bis von bis	
Berufsausbildung	Ausbildung/Studium 1-n Ausbildung/Studium N rückblickende Bewertung aus Sicht des Klienten rückblickende Bewertung aus Sicht von Angehörigen	von bis von bis	in in
Tätigkeiten	als 1-n Beendigungsgrund von 1-n rückblickende Bewertung aus Sicht des Klienten rückblickende Bewertung aus Sicht von Angehörigen	in Firma/Ort 1-n	von bis
Zusammenfassung	zusammenfassende Beschreibung der Arbeitsbiografie		

Vertiefungsebene Biografie Tagesgestaltung/Freizeit

2. Vertiefungsebene	3. Vertiefungsebene
Tagesgestaltung	üblicher aktueller Tagesablauf üblicher Tagesablauf in Zeiten des Wohlbefindens üblicher Tagesablauf in Zeiten von Krisen
Interessen	persönliche Interessen, Hobbys, Vorlieben und Neigungen Fähigkeiten im Bereich Interessen, Hobbys, Vorlieben und Neigungen
Bewertungen	rückblickende Bewertung aus eigener Sicht rückblickende Bewertung aus Sicht von Angehörigen/Freunden
Zusammenfassung der Biografie im Lebensfeld Tagesgestaltung/Freizeit	Zusammenfassende Beschreibung der Biografie im Lebensfeld Tagesgestaltung und Freizeit

8.7.3 Block B: Behandlungsplanung (Hilfeplanung)

Aus Gründen der Einfachheit wird in diesem Bericht durchgehend von Behandlungs- oder Hilfeplanung gesprochen. Das ist jedoch als Kürzel zu verstehen für personenbezogene Planung von Behandlung, Betreuung oder Rehabilitation. Die Planung gründet auf der Auswertung des diagnostischen Prozesses.

Eine Behandlungsplanung kann in einem regionalen psychiatrischen Versorgungssystem hierarchisch gegliedert sein. Im Wesentlichen unterscheiden wir drei Arten von Behandlungsplan: einen einrichtungsübergreifenden Behandlungsplan (ID-Datenebene), einen einrichtungsinternen Behandlungsplan (ED-Datenebene) und Detailpläne der Arbeitsbereiche einer Einrichtung (AD-Datenebene; siehe dazu auch Block V: Vorgehen und Verlauf).

Ein häufiger Fall wird der einrichtungsinterne Behandlungsplan sein. Absprachen mit oder Einholen von Informationen von anderen Einrichtungen muss nicht immer die Form eines gemeinsam verbindlichen Behandlungsplans annehmen. Eine psychiatrische Klinik behandelt zu einem beträchtlichen Anteil Patienten, die nicht vor oder nach der stationären oder teilstationären Behandlung von anderen regionalen Einrichtungen behandelt oder betreut werden. In unterschiedlicher quantitativer Ausprägung gilt das auch für andere psychiatrische Versorgungseinrichtungen.

Falls *Einrichtungen mehrere Bereiche umfassen* oder mehrere Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben dort tätig sind, kann die *Notwendigkeit von Detailplänen* im Rahmen von Arbeitsbereichsdokumentationen bestehen. Detailpläne sind sicherlich in klinisch stationären und teilstationären Einrichtungen erforderlich, da dort regelmäßig eine Komplexleistung erbracht wird.

Im einrichtungsinternen Behandlungsplan sind die festgelegten Ziele, Aufgaben und Maßnahmen gleichzeitig auch die Vorgaben für die Detailpläne der unterschiedlichen Arbeitsbereiche, in denen die Ziele und Aufgaben weiter differenziert werden können. *Detailpläne haben die gleiche Struktur wie übergeordnete Pläne.* Das bedeutet, dass es zu einem Zeitpunkt mehrere parallele Pläne gibt, die sich auf den übergeordneten Plan beziehen. So findet man z. B. parallel den einrichtungsinternen Behandlungsplan, einen Pflegeplan als Detailplan, einen ärztlichen Plan und möglicherweise einen ergotherapeutischen Behandlungsplan.

Parallele Behandlungspläne gibt es auch zum einrichtungsübergreifenden Behandlungsplan. Neben diesem bestehen einrichtungsinterne Pläne, evtl. mit Detailplänen. Inhaltlich sind die Pläne hierarchisch, von der Struktur her parallel.

Einrichtungsübergreifende Behandlungsplanungen werden dann erarbeitet, abgestimmt und dokumentiert, wenn ein Patient/Klient in mehr als einer regionalen Einrichtung behandelt/betreut wird und verbindliche Absprachen über einen lockeren Informationsaustausch hinaus erfolgen.

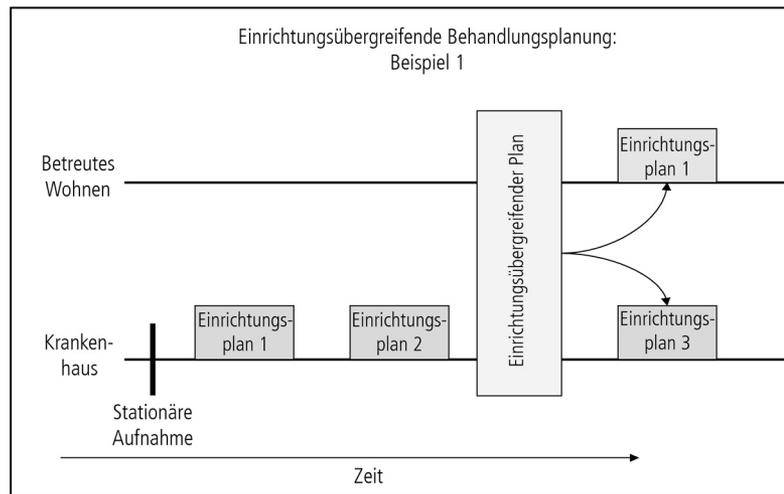


Abb. 14: Einrichtungübergreifende Behandlungsplanung I

Abb. 14 zeigt schematisiert ein Beispiel der Entstehung eines einrichtungübergreifenden Behandlungsplans. Ein Patient/Klient wird wegen einer neu aufgetretenen psychischen Störung in der psychiatrischen Klinik der Region aufgenommen und behandelt. Behandlung mit zwei (oder mehr Behandlungsplanungen) und der Verlauf zeigen, dass es dem Patient/Klient nicht möglich ist, sich in einer eigenen Wohnung ohne Hilfe ausreichend zu versorgen. Daher entsteht die Idee, ihn ins Betreute Wohnen zu vermitteln. Beide Einrichtungen vereinbaren einen gemeinsamen Behandlungsplan mit verbindlichen Aufgaben für beide Einrichtungen. Dieser gemeinsame Behandlungsplan mit den Aufgaben für die jeweilige Einrichtung bestimmt die darauf folgenden einrichtungsinternen Behandlungsplanungen des Krankenhauses (z. B. Entlassungsplanung, Beurlaubungen) und des Betreuten Wohnens (z. B. Probeaufenthalte etc.).

Im zweiten Beispiel (Abb. 15) besteht bereits ein einrichtungübergreifender Behandlungsplan, als der Patient/Klient stationär aufgenommen wird. Es könnte darin z. B. die Vereinbarung stehen, dass unter bestimmten Bedingungen (verstärkter Rückzug, weiterbestehende Nebenwirkungen der Medikation) eine stationäre Behandlung stattfinden soll mit den Aufgaben der Medikationsumstellung und einer langsamen Aktivierung durch Arbeitstherapie. In diesem Falle werden in der Klinik Detailpläne bezüglich Medikation und Arbeitstherapie entwickelt.

Der Status der Behandlungsplanung wird gleich zu Beginn in Item B2 festgelegt. Wenn es sich um einen Arbeitsbereichsplan handelt, muss dieser die Vorgaben des Einrichtungsplans aufnehmen (in allen Dokumentationsblöcken!). Die Daten des Arbeitsbereichs werden ergänzt. Entsprechendes gilt für die einrichtungübergreifende Ebene.

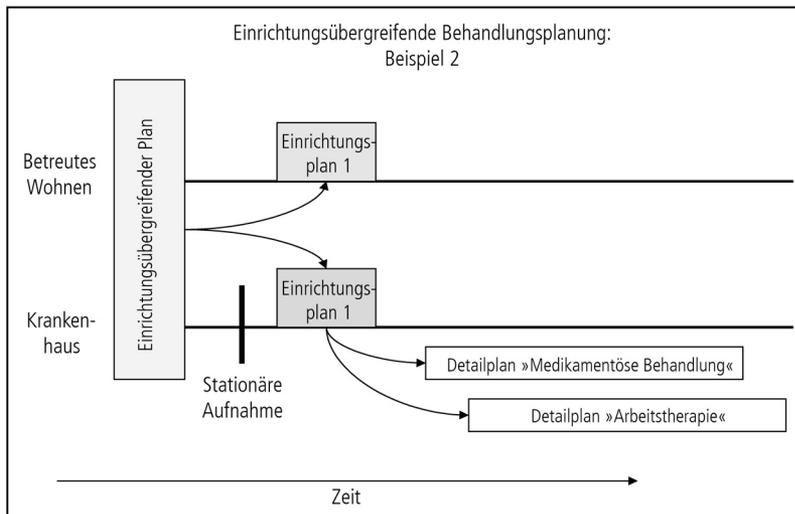


Abb. 15: Einrichtungübergreifende Behandlungsplanung II

Ziele

Die Ziele, die mittels der Behandlung oder Betreuung erreicht werden sollen, sind auch hier untergliedert in die Lebensbereiche (B5 bis B10). Die Ziele werden ausgehend von den in der zusammenfassenden Diagnostik beschriebenen Probleme und Ressourcen entwickelt.

Bei den Zielen ist zusätzlich die zeitliche Perspektive zu beachten: Menschen haben in der Regel kurzfristige (Stunden, Tage), mittelfristige (Wochen, Monate) und langfristige (Jahre) Ziele mit aktuell jeweils unterschiedlicher Bedeutung. In der Behandlungsplanung werden nur solche Ziele markiert, die im Planungsintervall auch konkret erreicht werden sollen bzw. auf die man sich mit konkreten Schritten hin bewegen will. Da manche Ziele nur nacheinander festgelegt werden können, bedeutet das auch, dass man in einem Planungsintervall nicht alle Probleme behandeln kann. Der Zeitpunkt der einzelnen Schritte wird von den (wieder-)entwickelten Fähigkeiten bzw. der Besserung der Situation abhängig sein.

So wird die Suche einer Wohnung, deren Möblierung und schließlich Belastungsurlauben in dieser Wohnung nacheinander stattfinden müssen, erst dann möglich sein, wenn die psychopathologische Symptomatik des Patienten/Klienten dies zulässt. Die Ziele werden terminiert, d. h. sie werden mit einem Zeithorizont versehen, der ein Erreichen realistisch sein lässt. Diese Zeithorizonte können durchaus unterschiedlich sein, so dass z. B. im gleichen Planungsintervall kurzfristig eine Reduzierung der Symptomatik und die Suche einer Wohnung anvisiert werden können.

Hilfen und Aufgaben

Im Gegensatz zu den Zielen sind die Aufgaben, die aus diesen resultieren, nicht immer auf die einzelnen Lebensbereiche bezogen (B11 bis B20). Der Grund dafür ist, dass die Durchführung einer Aufgabe zum Erreichen mehrerer Ziele beitragen kann. So kann die Teilnahme an einer Kochgruppe gleich drei Ziele zu erreichen helfen: sie gewährleistet eine gesunde Ernährung (körperliches Befinden), trägt zu den Fähigkeiten zur Selbstversorgung bei (Selbstsorge/Wohnen) und hilft, Kontakte zu knüpfen (persönliche und soziale Beziehungen).

Umgekehrt kann auch ein Ziel durch mehrere Aufgaben erreicht werden. Eine Tagesstruktur z. B. kann durch Teilnahme an unterschiedlichen therapeutischen Aktivitäten, die jede für sich ein Ziel hat, zustande kommen.

Die Verknüpfung von Aufgabe und Ziel findet in Item B12 der Behandlungsplanung statt, wo zu jeder Aufgabe in einem individuellen Zielkatalog die entsprechenden Ziele zugeordnet werden können.

Der Patient/Klient kann seine eventuell abweichende Meinung dokumentieren (Item B13) ebenso wie Angehörige (Item B14).

Abschließend erfolgen die Planung der Maßnahmen und die Festlegung der für die Durchführung verantwortlichen Einrichtungen und Personen. Eine Festlegung der Maßnahmen ist besonders bei Komplexleistungsprogrammen erforderlich, wenn mehrere Einrichtungen mit unterschiedlichen sozialrechtlichen Voraussetzungen gemeinsam den Patienten/Klienten behandeln und betreuen. Auch in einer Einrichtung können jedoch unterschiedliche Maßnahmen miteinander kombiniert werden oder nacheinander festgelegt werden. So stehen z. B. innerhalb einer durch die psychiatrische Klinik durchgeführten Behandlung ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Maßnahmen zur Verfügung.

Soweit nicht von vornherein vorgegeben, werden zusätzlich geplante Leistungsdauer und geplanter Leistungsumfang dokumentiert ebenso wie eine Bewertung möglicher Alternativen und die Beteiligung des Patienten/Klienten an der Planung.

In jedem Falle sind nichtpsychiatrische Hilfen – aus dem Umfeld des Patienten/Klienten, durch Selbsthilfegruppen, durch allgemeinmedizinische oder soziale Dienste – vorrangig und zuerst zu dokumentieren (B11).

Administration der Behandlungsplanung

Für die Dokumentation der Administration der Behandlungsplanung steht ein besonderer Unterblock zur Verfügung. Dort werden die Teilnehmer (Patient/Klient, Betreuer, Angehörige, Freunde, Einrichtungen etc.) dokumentiert. Wichtig ist der Planungszeitraum und damit der Termin für Evaluation und erneute Planung. Dieser Termin wird individuell festgelegt. Die Planungszeiträume können maßnahmebezogen oder innerhalb bestehender Einrichtungen oder Regionen festlegbaren Regeln unterworfen sein.

Die Federführung bei der Erstellung des Plans wird dokumentiert und die koordinierende Bezugsperson festgelegt, falls das nicht schon vorher geschehen ist. Häufig wird die koordinierende Bezugsperson vorher die Federführung innehaben.

Sämtliche an der Planung beteiligten Vertreter der Arbeitsbereiche und Einrichtungen werden dokumentiert, ebenso die Termine der Hilfeplankonferenzen und der klientenbezogenen Fallkonferenz (B21 bis B31). Schließlich wird der Stand des Verfahrens beim zuständigen Leistungsträger festgehalten (B32).

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebene	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/ Bemerkungen
Ziele	B1	Datum			I, E, A			
	B2	Status des Behandlungsplans	a) einrichtungsübergreifend b) einrichtungsintern c) Arbeitsbereichsplan	abgestimmt mit ... Entwurf	I, E, A			Die durch den behandlungsführenden Mitarbeiter autorisierte Fassung gibt den aktuell gültigen Behandlungsplan wieder.
	B3	Erste Planung/Fortschreibung	Katalog		I, E, A			
	B4	Gültig von - bis			I, E, A			ggf. Übernahme von Feld »Nächster Abstimmungstermin«
	B5	Psychisches Befinden/psychiatrische Behandlung	Überprüfung am ... (Datum)		I, E, A	FT/DF		
	B6	Körperliches Befinden/somatische Behandlung	Überprüfung am ... (Datum)		I, E, A	FT/DF		
	B7	Persönliche und soziale Beziehungen	Überprüfung am ... (Datum)		I, E, A	FT/DF		Zeithorizonte beachten: kurzfristige (Stunden/Tage) mittelfristige (Wochen/Monate) langfristige (Jahre)
	B8	Selbstsorge/Wohnen	Überprüfung am ... (Datum)		I, E, A	FT/DF		
	B9	Arbeit/arbeitssähnliche Tätigkeit/Ausbildung	Überprüfung am ... (Datum)		I, E, A	FT/DF		
	B10	Tagesgestaltung/Freizeit	Überprüfung am ... (Datum)		I, E, A	FT/DF		
Hilfen und Aufgaben	B11	Aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen	wird erbracht durch ggf. Name/Leistungsbringer		I, E, A	FT		
	B12	Aufgaben 1 bis n	Katalog der angegebenen Ziele Verknüpfung mit B5 - B10		I, E, A	FT		
	B13	abweichende Sichtweisen Klient			I, E, A			bzgl. Zielen, Aufgaben

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J, N = Ja/Nein Feld; DF = Datumfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebene	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungstyp	Feldformat	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen	
Behandlungsplanung	B14	abweichende Sichtweisen von Angehörigen			I, E, A	FT		bzgl. Zielen, Aufgaben	
	B15	Verantwortliche/r Leistungserbringer	ggf. Katalog, Name		I, E, A	DT		entsprechend Leistungserbringer-Kataloges GPV; bei internem BP Berufsgruppe	
	B16	Art des Maßnahmetyps	Katalog		I, E, A	DT		entsprechend Maßnahmekatalog des Leistungserbringers	
	B17	Voraussichtliche Zeitdauer	Katalog		I, E, A	NF			
	B18	Leistungsumfang			I, E, A	NF		in Min/Wo entsprechend Leistungsbeschreibung	
	B19	Wären andere Maßnahmen besser?	Ja/Nein Wenn Ja, Welche? Warum nicht realisierbar?		I, E, A	DT			
	B20	Beteiligung des Klienten an Planung			I, E, A	JN, FT			
	B21	Unterschrift des Klienten			I, E, A	BT			
	B22	Schweigepflichtsentbindungen	ggf. differenzierter Katalog		I, E, A	DT		ggf. Signatur	
	B23	Beteiligte Angehörige/Freunde/ Mithpatienten	Katalog		I, E, A	DT		Verknüpfung mit Zugriffsberechtigung	
	B24	Namen			I, E, A	BT			
	B25	Beteiligung des Betreuers			I, E, A	JN			
	Administration der Behandlungsplanung								

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J.N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Behandlungsplanung		Administration der Behandlungsplanung						
Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebene	Weitere Vertiefungs- ebenen	Vernetzungstyp	Feld- format	Items für Gesundheits- berichter- stattung	Besonderheiten/Bemerkungen
	B26	Unterschriften	zuständiger Arzt, Koord. Bezugsperson u.a.		I, E, A	BT		ggf. Signatur
	B27	Federführung bei der Erstellung des Planes	Name/Telefon		I, E, A	DT		Entsprechend Leistungserbringer Katalog des GPV, ggf. Übernahme aus Datei
	B28	Koordinierende Bezugsperson	Name Einrichtung Tel.		I, E, A	ÜF		
	B29	Andere TeilnehmerInnen an Planung	Katalog		I, E, A	DT		ggf. Übernahme aus Datei Mehrfachnennungen müssen möglich sein
	B30	Termin d. Vorstellung in regionaler Hilfepfankonferenz			I, E, A	DF		ggf. Möglichkeit des Öffnens eines speziellen Formulars
	B31	Nächster Abstimmungstermin der Planung			I, E, A	DF		ggf. automatisierter Eintrag in Terminkalender
	B32	Zustimmung der Leistungsträger	Katalog, Datum		I, E, A	J/N, DF, NF		auch Konsequenzen bei Ablehnung, z.B. Widerspruch

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtung-
übergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

8.7.4 Block V: Vorgehen und Verlauf

Im Block V werden in der Dokumentation Durchführung und Ergebnisse der Behandlung festgehalten.

Die Dokumentation von Vorgehen und Verlauf ist in vielen Leistungsbereichen aufgrund des Detaillierungsgrades und der engen zeitlichen Abfolge besonders komplex und erfordert hohe Präzision und im Hinblick auf die Anforderungen an das Dokumentationssystem übersichtliche Darstellungen und variable Steuerungshilfen. Die Zuständigkeiten für terminierte und anlassbezogene Dokumentation (s. o. Haltepunkte und Knotenpunkte, Kap. 8.2) sind im Dokumentationsplan genau festzulegen.

- V1: Festlegungen und Anordnungen
- V2: Durchführung – Aktivitätencheckliste
- V3: Durchführung – Leistungsdokumentation
- V4: Durchführung – Leistungskommentare
- V5: Besondere Vorfälle im Behandlungsverlauf
- V6: Verlaufsberichte und Verlaufsüberprüfung
- V7: Patienten-/Klienten-Zufriedenheit

Die Itemlisten im Block V sind sehr grob und sollten regional und vor allem einrichtungsspezifisch differenziert werden.

V1: Festlegungen und Anordnungen

Das Feld V1 (Festlegungen und Anordnungen) betrifft *alle verbindlichen Vorgehensweisen, die zwischen dem Klienten einerseits und den Verantwortlichen oder vorgesetzten MitarbeiterInnen und den ausführenden MitarbeiterInnen andererseits abgestimmt und festgelegt werden*. Es geht dabei um eine Konkretisierung des Vorgehens, soweit im Zusammenhang mit den in der Behandlungsplanung festgelegten Zielen und Aufgaben eindeutige Vorgaben oder Vereinbarungen fachlich, organisatorisch oder forensisch erforderlich sind.

In manchen Leistungsbereichen sind genaue verantwortliche Festlegungen unabdingbar (z. B. bestimmte diagnostische Maßnahmen, Festlegung der Medikation), in anderen gibt es einen größeren Spielraum und auch unterschiedliche fachliche Konzeptionen darüber, inwieweit das therapeutische Vorgehen eher enger strukturiert oder offener und spontaner gestaltet werden sollte.

Auf der institutionsübergreifenden Ebene wird der Konkretisierungsgrad eines genau definierten Vorgehens in der Regel eher geringer sein. Hier werden eher übergreifende Ziele und Aufgaben festgelegt wie Symptombesserung durch Psychopharmakontherapie oder Fähigkeit zur selbstständigen Ernährung durch lebenspraktisches Training.

Auf der Einrichtungsebene wird das Vorgehen je nach Aufgabenstellung und individueller Situation nach gemeinsamer Erörterung unter den Beteiligten häufiger durch die Verantwortlichen, z. B. die Leitung festgelegt und bestimmten Arbeitsbereichen zugeordnet. So kann z. B. über die Medikation von der Oberärztin entschieden werden, die dann zwischenzeitlich vom Stationsarzt, dem Verlauf entsprechend angepasst, genauer festgelegt und von dem Pflegepersonal entsprechend ausgegeben wird.

Auch im komplementären Bereich gibt es nicht selten verbindliche Vorgaben, z. B. zum Training der eigenständigen Ernährung: Regelmäßige Gewichtskontrollen, Einbeziehung des Lebensmitteleinkaufs, Übung in der eigenen Wohnung mit einer definierten Häufigkeit usw.

Auf der Ebene der Arbeitsbereiche kann die Festlegung im Rahmen eines Vorgesetzten-Nachgeordneten-Verhältnisses gegeben sein, aber auch in einer Abstimmung unter den zuständigen Mitarbeitern erfolgen, die vom Bezugstherapeuten verbindlich dokumentiert wird.

Um bei den angeführten Beispielen zu bleiben: Vorgaben, in welcher Form die Motivation zur Einnahme der Medikamente und die Kontrolle der Einnahme erfolgen soll oder wie die Geldeinteilung beim Einkaufen der Nahrungsmittel mit dem Patienten geregelt werden soll.

Das Dokumentationssystem muss so aufgebaut sein, dass die Festlegungen auf der Einrichtungsebene (im Feld V1) in die Felder auf der Arbeitsbereichsebene (V1) »durchgeschrieben« werden, wobei in V1 die zuständigen Arbeitsbereiche dann interne Differenzierungen und Ergänzungen festhalten können.

Das V1-Feld ist sehr komplex in Unterfelder zu gliedern, wobei in dem Anordnungsformular bzw. der entsprechenden Maske folgende Unterfelder übersichtlich zuzuordnen sind:

1. *Datum/Uhrzeit der Festlegung*
2. *Signatur des verantwortlichen Mitarbeiters*
3. *Inhalt der Festlegung nach Katalog (mit der Möglichkeit weiterer baumartiger Vertiefung)¹³*
4. *Inhalt der Festlegung nach Freitext*
5. *Zeitraum für die Festlegung (Beginn bis Abschluss mit Erinnerungsfunktion)*
6. *Häufigkeit im Zeitraum*
7. *Verantwortlicher Arbeitsbereich für die Durchführung*
8. *Verantwortlicher Mitarbeiter für die Durchführung*
9. *Begründung der Festlegung (z. B. nach Verlaufsbesonderheiten im Hinblick auf Ziele und Aufgaben)*

13 Eine Übersicht der ersten Vertiefungsebene je zur Art des Vorgehens zeigt beispielhaft die folgende Tabelle.

Tabelle 2: Leistungskatalog

S: Schutzmaßnahmen	C: Ergänzende und begleitende Diagnostik der aktuellen Situation
S1 Freiheitsbeschränkung/-entziehung	C1 Psychiatrische Diagnostik
S2 Beantragung, Begutachtung	C2 Psychotherapeutische Diagnostik
S3 Besondere Begleitung, Beaufsichtigung	C3 Neuropsychologische Diagnostik
S4 Urlaub, Ausgang	C4 Somatische Diagnostik psychischer Störungen
B: Behandlung/Betreuung	C5 Somatische Diagnostik somatischer Störungen
B1 Gesprächstherapie/Psychotherapie	C6 Pflegediagnostik
B2 Umfeldkontakte	C7 Kompetenzdiagnostik: soziale Kompetenz
B3 Psychopharmakologische Behandlung	C8 Kompetenzdiagnostik: Selbstversorgung/Wohnen
B4 Sonstige somatische Behandlung psychischer Störungen	C9 Kompetenzdiagnostik: Arbeit/Ausbildung
B5 Somatische Behandlung somatischer Störungen	C10 Kompetenzdiagnostik: Interessen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
B6 Intensive milieutherapeutische Begleitung	C11 Umfelddiagnostik
B7 Einzelbetreuung durch psychiatrische Pflege	D: ergänzende anamnestische Diagnostik
B8 Intensive Grund- und/oder medizinische Pflege	D1 Krankheitsanamnese: psychiatrisch/psychotherapeutisch
B9 Soziotherapeutische Leistungen	D2 Krankheitsanamnese: somatisch
B10 Neuropsychologisches Training	D3 Lebensgeschichte sozialer Beziehungen
B11 Ergotherapie	D4 Lebensgeschichte der Wohnverhältnisse
B12 Bewegungstherapie	D5 Lebensgeschichte der Arbeits-/Ausbildungsverhältnisse
B13 sonstiges	D6 Lebensgeschichte der Interessen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Der folgende Leistungskatalog gibt exemplarisch eine sehr grob gegliederte Struktur von Maßnahmen und Leistungen an. Es sollte der Versuch unternommen werden, sich in der Versorgungsregion auf einen Katalog zu einigen (bei dem einzelne Items unterschiedliche Subdifferenzierungen in den verschiedenen Einrichtungen aufweisen können). Die Gruppierungen und Klassifizierungen von psychiatrischen Leistungen sind jedoch in Abhängigkeit von Leistungs- und Kostenträger so vielgestaltig, dass ungeachtet einer späteren Einigung auf einen für den Großteil der Einrichtungen geltenden Leistungskatalog der Versuch unternommen werden sollte, sich in der Versorgungsregion zu einigen.

Die *Erinnerungsfunktion* in Bezug auf den Umsetzungszeitraum ist wichtig einerseits für die Kontrolle von Terminüberschreitungen, andererseits als Rückmeldung, wenn die Verordnung wegen Terminüberschneidungen nicht umsetzbar ist. Darüber hinaus könnten andere Erinnerungsfunktionen eingebaut werden, z. B. bei der Verletzung von Schutzmaßnahmen oder bei anderen vorher festgestellten Gefährdungen (z. B. Medikamentenüberempfindlichkeit).

Aus den Vorgaben werden Übersichten, z. B. Terminpläne für Patienten und MitarbeiterInnen, Medikationslisten in zeitlicher Abfolge u. Ä. generiert, die für die weitere Durchführung nutzbar gemacht werden können.

Durchführung der Behandlung und Betreuung

Die Durchführung der Behandlung und Betreuung besteht in der Umsetzung der in V1 festgelegten Vorgaben. Diese sollten genügend Raum lassen für die spontane Anpassung der therapeutischen Arbeit an den Bedarf unter Beachtung der Bedürfnisse des Patienten/Klienten und der Ziele, Aufgaben und Ressourcen des Hilfesystems, andererseits so konkret sein, dass wesentlichen Abweichungen vom Kurs eine gemeinsame Neuorientierung (an einem »Knotenpunkt«) vorausgehen muss.

V2: Durchführung: Aktivitätencheckliste

Aus V1 der Festlegung und Anordnung, aber z. T. auch aus vorbestimmten Arbeitsroutinen, die nicht in jedem Einzelfall neu festgelegt werden, generiert das System arbeitsbereichsbezogene Aktivitätenchecklisten mit einer Erinnerungsfunktion, falls die Aufgaben nicht erledigt sind.

Es kann sich dabei um definierte Leistungen wie körperliche Untersuchung, Anhängigengespräch u. Ä. handeln, wie auch um Aktivitäten, die Bestandteil übergreifender Leistungen sind. Beispiel für Letztere sind etwa die einzelnen Medikamentenverabreichungen, einfache diagnostische Maßnahmen wie Blutentnahmen, Einfuhrkontrolle, Befundanforderungen, Befundkenntnisnahme, morgendliches Wecken u. Ä.

Für diese Checklisten sind arbeitsbereichsbezogene To-do-Listen in der Regel mit festen Terminierungen darzustellen, die allen Beteiligten einen Überblick über den dringlichen Leistungsbedarf geben.

V3: Durchführung: Leistungsdokumentation

Die verschiedenen Einrichtungen gliedern ihre Aktivitäten in Leistungen, für die es bei einem Teil der Dienste und Einrichtungen Einzelleistungsentgelte gibt (z. B. niedergelassene Ärzte, ambulante Pflege, Soziotherapie), die in anderen Einrichtungen Teile von Komplexleistungsprogrammen sind ohne direkte Finanzierungsauswirkung. Im letzteren Fall wird die Leistungsdokumentation durchgeführt, um für die Ressourcensteuerung und Qualitätssicherung einen besseren Überblick über das Leistungsgeschehen zu gewinnen, z. T. auch, um nach außen in aggregierter Form über das Leistungsgeschehen der Einrichtung zu berichten. Die Einrichtungen erstellen deshalb einen Leistungskatalog (nach Möglichkeit sogar einrichtungsübergreifend, vgl. komplementäre Bado). Im stationären und teilstationären Bereich sind nicht nur die speziellen therapeu-

tischen Angebote wie Einzelgespräche oder Kochgruppe als Leistungen zu definieren, sondern auch die milieuthapeutische Behandlung und Betreuung über definierte Zeiträume. Letzteres wird in den meisten Leistungsdokumentationen vergessen und als »Grundversorgung« zu wenig beachtet, obwohl gerade dieses Leistungsgeschehen zumeist den wesentlichsten Grund für die teilstationäre oder stationäre Behandlung darstellt. In diesem Zusammenhang sind natürlich auch Beurlaubungen, bei gegen ihren Willen untergebrachten Patienten auch Ausgänge zur Belastungserprobung u. Ä. festzuhalten. Bei der Festlegung des Leistungskatalogs ist – wie allenthalben bei der Dokumentation – ein Mittelweg zu suchen zwischen einer unsinnigen und dann auch nicht verlässlichen Überdetaillierung und einer nichtssagenden Globalbeschreibung. Einmal im Katalog festgelegt, müssen sämtliche Leistungen dokumentiert werden, sowohl die in V1 festgelegten wie auch die im Behandlungsprozess spontan durchgeführten. Die Auswertung kann klientenbezogen, arbeitsbereichsbezogen und einrichtungsbezogen, bei gemeinsamen Leistungskatalogen sogar einrichtungsübergreifend erfolgen.

V4: Evaluation der Durchführung: Leistungskommentar

Beobachtungen über das Erleben und Verhalten des Klienten im Verlauf unter den Bedingungen von Behandlung und Betreuung, aber auch neue Informationen, z. B. über die Lebensverhältnisse oder die Lebensgeschichte des Klienten sind als Kommentare zur Leistungserbringung festzuhalten, soweit dies zur Beurteilung des Verlaufs und des Vorgehens oder zur Vertiefung der Diagnostik erforderlich ist. Bei milieuthapeutischer Behandlung sind entsprechende Eintragungen vor jedem Schichtwechsel vorzunehmen. Für die Eintragungen sind Formulare vorzusehen, die, je nach Bedarf, stichwortartige Eintragungen oder auch inhaltlich strukturierte Kurzberichte oder Befundberichte ermöglichen.

Wichtige Informationen zur Lebensgeschichte und/oder zu den Lebensverhältnissen werden mit der Item-Nummer des zugehörigen Diagnostikfeldes versehen und ergänzend dort in einer »Notizbuchfunktion« abgelegt, so dass sie bei einer Überarbeitung der Diagnostik berücksichtigt werden können.

Entsprechendes gilt für Befunde, damit diese übersichtlich in zeitlicher Abfolge verglichen und ausgewertet werden können.

V5: Besondere Vorfälle im Behandlungsverlauf

Hier werden verbindlich Suizide, Suizidversuche, gravierende Selbstverletzungen, Stürze, Straftaten oder Fremdaggressionen sowie zugehörige Schutzmaßnahmen, aber auch andere ungewöhnliche Ereignisse oder Verhaltensweisen mit erheb-

licher Bedeutung für das Verständnis der Situation des Klienten und/oder für das weitere Vorgehen dokumentiert. Dazu können entsprechende Formulare entwickelt werden.

V6: Verlaufsberichte und Verlaufsüberprüfungen

Zusammenfassende Verlaufsberichte werden arbeitsbereichsbezogen, einrichtungsbezogen und einrichtungsübergreifend zu vordefinierten Terminen auf der Grundlage des Dokumentationsplans gefertigt. Diese Berichte sollen sich in Form vorgegebener Formulare auf die Rahmenstruktur – psychische und körperliche Situation, soziale Beziehungen, Wohnen und Wirtschaften, Arbeit und Ausbildung, Freizeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – beziehen und vorrangig auf die Zielerreichung und die Beurteilung der Wirksamkeit des Behandlungs- und Betreuungsplans fokussieren.

Sie schließen jeweils mit einer Verlaufsüberprüfung ab, d. h. mit einer Empfehlung, ob, in welcher Weise und auf welcher Ebene die Diagnostik und/oder die Behandlungsplanung und/oder das Vorgehen angepasst werden sollten.

Verlaufsberichte können ausnahmsweise auch ereignisbezogen verfasst werden, wenn die verantwortliche MitarbeiterIn bzw. das verantwortliche Team aufgrund eines besonderen Ereignisses die Notwendigkeit einer Verlaufsüberprüfung vermutet.

Die Verlaufsberichte der Arbeitsbereiche müssen vom verantwortlichen Mitarbeiter auf der Einrichtungsebene unverzüglich ausgewertet und in bestimmten Abständen in einem zusammenfassenden Verlaufsbericht der Einrichtung zusammengefasst und an die koordinierende Bezugsperson des integrierten einrichtungsübergreifenden Behandlungs- und Betreuungsplans übermittelt werden. Dieser legt einen Entwurf für einen einrichtungsübergreifenden Verlaufsbericht vor, der je nach Dringlichkeit umgehend oder zum festgesetzten Termin im klientenzentrierten Team gemeinsam erörtert, ggf. modifiziert und untereinander abgestimmt wird.

Jeder Verlaufsbericht ist also mit einer Überprüfung des Verlaufs verbunden. Die dokumentierenden MitarbeiterInnen stellen sich dabei die Frage, ob das Vorgehen im Hinblick auf die Entwicklung des Patienten/Klienten so bleiben kann oder angepasst werden muss, ob vielleicht darüber hinaus Ziel- und Aufgabenplanung verändert werden sollte, ob sogar die Diagnostik überarbeitet werden muss oder die Behandlung beendet werden sollte. Diese Überprüfungen können zu Konsequenzen innerhalb des Arbeitsbereiches führen, aber auch (an Knotenpunkten) zu Konsequenzen auf der Einrichtungsebene oder der einrichtungsübergreifenden Ebene führen (s. Abb. 8).

V7: Patienten-/Klienten-Zufriedenheit

Patienten-/Klienten-Zufriedenheit sollte mit unterschiedlichen Vertiefungsinstrumenten (z. B. Skalen, strukturierter Freitext auf gezielte Fragen) zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf (nicht nur am Ende) erfragt werden. Die Befragung dient neben der Stärkung der Position des Patienten/Klienten der Betonung seiner Verantwortlichkeit, der Überprüfung der diagnostischen Vorgaben, dem Behandlungs- und Betreuungsplan und dessen Durchführung und damit der Qualitätsverbesserung. Ihre Wirkung kann dadurch erheblich verstärkt werden, dass Patienten- und Angehörigenvertreter in das regionale Beschwerde- und das darüber hinausgehende Qualitätsmanagement eingebunden werden.

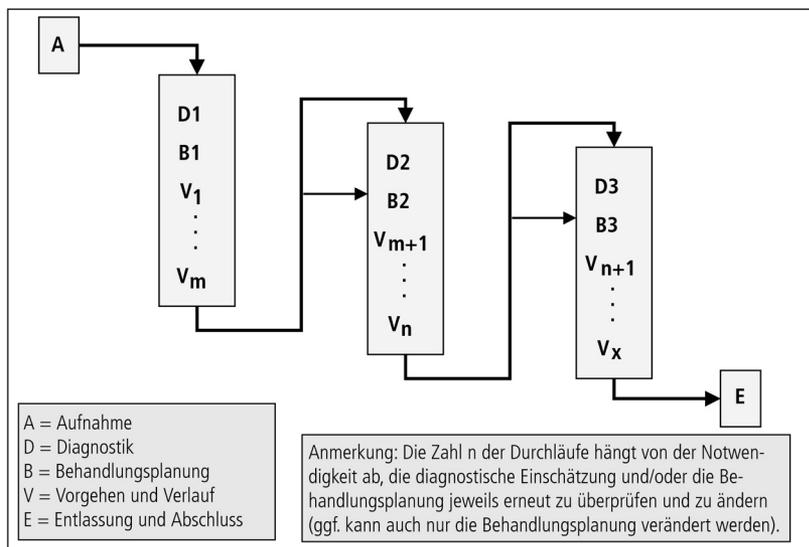


Abb. 16: Zeitlicher Ablauf und potenzielle Schleifen des IPDS

Hier wird der Ablauf eines diagnostisch-therapeutischen Prozesses wiedergegeben. Nach Diagnostik und Behandlungsplanung folgen die einzelnen Vorgehensschritte (die auch parallel in unterschiedlichen Arbeitsbereichen erfolgen können). Bei Nichterreichen der Ziele muss erneut eine diagnostische Einschätzung durchgeführt werden oder eine neue Behandlungsplanung erfolgen.

Bereich	Item Nr.	Itemname	Vertiefungsebene	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungs- typ	Feld- format	Items für Gesundheits- berichter- staturung	Besonderheiten/Bemerkungen
Vorgehen und Verlauf								
	V1	Festlegungen und Anordnungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datum/Uhrzeit der Festlegung 2. Signatur des verantwortlichen Mitarbeiters 3. Inhalt der Festlegung nach Katalog (mit der Möglichkeit weiterer baumartiger Vertiefung) 4. Inhalt der Festlegung nach Freitext 5. Zeitraum für die Festlegung 6. Häufigkeit 		(I), E, A	DF, DT, NF, FT		Mit Durchschreibefunktion von hierarchisch höheren auf untere Ebenen (auf E und E auf A)
	V2	Durchführung: Aktivitätencheckliste	Vertiefungsebenen sind einrichtungsbezogen als Standards zu erarbeiten.		(I), E, A	DT		Die Generierung der Aktivitätenchecklisten erfordert die Erstellung von Standards für bestimmte Festlegungen. Diese sind einrichtungsbezogen im System zu hinterlegen.
	V3	Durchführung: Durchführungsbestätigung und Leistungsdokumentation	Einrichtungsbezogene bzw. GPV-bezogene Leistungskataloge	Ort Zeit Zeitaufwand Berufsgruppe Einzel/Gruppe	(I), E, A	DT, NF		Bestätigung der Durchführung einer Anordnung oder Festlegung. Falls die Anordnung in einen Leistungskatalog fällt, ist diese Einzelleistung zu dokumentieren. Einrichtungsbezogene bzw. GPV-bezogene Leistungskataloge müssen erstellt werden.

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

Itemname	Vertiefungsebene	Weitere Vertiefungsebenen	Vernetzungs-typ	Feld-format	Items für Gesundheitsberichterstattung	Besonderheiten/Bemerkungen
Durchführung: Leistungskommentare			()), E, A	DT, FT		Leistungskommentare sind zu bestimmten Milieuleistungen zu erstellen (z. B. Schichtdokumentation des Pflegedienstes). Dafür sind Routinen und Regeln festzulegen.
Besondere Vorfälle im Behandlungsverlauf	Suizide Suizidversuche gravierende Selbstverletzungen Stürze Straftaten Fremdaggessionen Schutzmaßnahmen		()), E, A	DT, FT		
Verlaufsberichte und Verlaufsüberprüfung			()), E, A	DT, FT		Zusammenfassende Bewertung des Verlaufs einschließlich der Beurteilung, ob eine Umsteuerung stattfinden muss (Knotenpunkt).
Patienten-/Klientenzufriedenheit	Katalog			DT, FT		Festlegung von bestimmten Zeitpunkten im Dokumentationsplan

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J.N = Ja/Nein Feld; DF = Datumsfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

8.7.5 Block E: Abschlussdokumentation (Entlassung)

Im Block E (Entlassung und Abschluss) werden Informationen zur Beendigung der jeweiligen Behandlungs- bzw. Betreuungsepisode dokumentiert. Hier finden sich abschließende Befunde, eine Zusammenfassung der Entwicklung während der Behandlungs-/Betreuungszeit, Diagnosen sowie Empfehlungen zur weiteren Behandlung bzw. Betreuung und Hypothesen über die Prognose (E1 bis E11). Kombiniert mit den Informationen über Vorgeschichte und Aufnahme ist dies für den ärztlichen Bereich der Ausgangspunkt für einen Entlassungsbrief. Ein Teil der Bado wird beim Abschluss wiederholt, um diesbezügliche Veränderungen zu dokumentieren (E4–E9).

Eine Abschlussdokumentation kann auf allen drei Ebenen stattfinden. Ein Arbeitsbereich kann den Abschluss seiner Aufgaben dokumentieren genauso wie eine Einrichtung wie die an einem Komplexleistungsprogramm beteiligten Dienste. Entscheidend für die Qualität der Abschlussdokumentation sind zeitgerechte und präzise Vereinbarungen über die Weiterbehandlung und -betreuung in Abstimmung mit den Patienten/Klienten (E12 bis E17).

Bereich	Item Nr.	Itemname	Erläuterung	Weitere Ver- fungsebenen	Vernetzungs- typ	Feldformat	Items für Gesundheitsbe- richtigerstellung	Besonderheiten/Bemerkungen
Entlassung/Abschluss	E1	Entlassungsdatum			I, E, A	NF		
	E2	Zusammenfassung der Entwicklung			I, E, A	FT/DT		
	E3	Abschlussbefunde	Somatische Befunde (kat.) Psychotherapeutischer Befund Festverfahren	Somatische Bef. CGI, GAF	I, E, A	DT		
	E4	Familienstand (seit)	Katalog		I, E, A	DT		Veränderungen zu Aufnahme
	E5	Lebensform (Zusammenleben mit)	Katalog		I, E, A	DT		Veränderungen zu Aufnahme
	E6	Wohnsituation (privat/ institutionell)	Katalog		I, E, A	DT		Veränderungen zu Aufnahme
	E7	Einkommensverhältnisse	Katalog		I, E, A	DT		Veränderungen zu Aufnahme
	E8	Unterhalt	Katalog		I, E, A	DT		Veränderungen zu Aufnahme
	E9	Jetzige berufliche Situation/Ausbildung	Katalog		I, E, A	DT		Veränderungen zu Aufnahme
	E10	Diagnosen	Psychiatrische Diagnose 1-n Somatische Diagnose 1-n		I, E, A	DT		
	E11	Prognose			I, E, A	FT		
	E12	Weiterbehandlung/Wei- terbetreuung	Ärztlich Psychologisch Wohnbetreuung	Name Adresse Telefon, E-mail	I, E, A	DT		
	E13	Empfehlungen zur Weiterbehandlung	Diagnostisch Therapeutisch Medikamentös	Medikation 1-n	I, E, A	DT		
	E14	Vereinbarungen	Katalog: Beteiligte		I, E, A	FT		
	E15	Institutionsübergreifender BP			I, E, A			
	E16	Maßnahmen bei Krisenintervention	Maßnahmen Personen Institution Telefon		I, E, A	DT		
	E17	Entlassungsbrief			I, E, A	FT		

FT = Freitext; DT = Definiertes Freitextfeld; J,N = Ja/Nein Feld; DF = Datumfeld; NF = Nummernfeld; B = Basisdaten; I = Integrierte Daten (einrichtungsübergreifend); E = Einrichtungsdaten; A = Arbeitsbezogene Daten

8.8 Umsetzungsschritte zu einem IPDS-K

8.8.1 Die Ausgangslage

Die Umsetzung von EDV-basierten psychiatrischen Dokumentationssystemen wird durch verschiedene Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung gefördert. Es kommt immer häufiger vor, dass Dokumentation nicht mehr nur als lästige Pflicht erlebt wird, sondern dass die Vorteile einer gut geführten Dokumentation auch auf der Mitarbeiterebene gesehen werden. Zudem sehen sich die Leitungen im ambulanten, komplementären und im Klinikbereich auch hinsichtlich der Legitimationsfunktion der Dokumentation stärker in die Pflicht genommen.

Zu beobachten ist, dass ambulante und komplementäre Einrichtungen der Versorgung von psychisch kranken Menschen in zunehmendem Maße eine, allerdings einrichtungszentrierte, Dokumentation einführen. Da es auf dem Markt eine größere Anzahl von konkurrierenden Dokumentationssystemen gibt, führt das notwendig zu nicht kompatiblen Lösungen innerhalb einer Versorgungsregion, da selten der Erwerb einer Dokumentations-Software zwischen den Einrichtungen abgestimmt wird.

Die Qualität der Systeme, die meistens aus dem pflegerischen Bereich, gelegentlich auch aus dem Bereich der Rechtsbetreuung stammen, ist in den letzten Jahren gestiegen. Immer häufiger findet man in den EDV-gestützten Dokumentationssystemen im komplementären und ambulanten Bereich die Möglichkeit einer einrichtungsbezogenen Behandlungs- oder Betreuungsplanung. Meistens sind diese nur geringgradig strukturiert und fordern nur selten zur regelmäßigen Aktualisierung der Planung auf.

Als einrichtungsübergreifendes Dokument mit konkreten Vorgaben zur Behandlungsplanung hat in den letzten Jahren der IBRP eine breite Akzeptanz gefunden.

In Krankenhäusern wird die elektronische Patientenakte (EPA) angesteuert. Aufgrund der Komplexität der vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Prozesse und damit auch der Dokumentation und des zumeist eindeutigen Vorrangs der somatischen Versorgung sind psychiatrische EPAs bisher nur partiell verwirklicht. Sie entsprechen weitgehend der bloßen Übertragung von papiergestützter Dokumentation auf elektronische Datenträger.

Die Behandlungsplanung ist, wenn überhaupt, nur rudimentär eingeführt. In einigen Häusern dokumentiert der Pflegedienst eine Pflegeplanung, zumeist noch auf Papier, eine berufsgruppenübergreifende Behandlungsplanung gibt es schon auf Papier selten und existiert als EDV-gestütztes System unseres Wissens nicht. Bisher sieht es so aus, als würden sich die Dokumentationssysteme im ambulanten und komplementären Bereich und im Krankenhausbereich weitgehend

unabhängig voneinander entwickeln, beide eher einrichtungszentriert und ohne wesentliche Orientierung auf eine regionale Versorgung.

Es gilt also, diese beiden Entwicklungslinien aufeinander zu beziehen, damit insbesondere die Möglichkeiten einrichtungsbezogener und einrichtungsübergreifender Behandlungsplanung weiter entwickelt werden, vor allem im klinischen Bereich.

8.8.2 IBRP EDV-gestützt

Zur breiten Nutzung der Entwicklung einer integrierten Behandlung und Rehabilitation wurde in den Modellregionen des Implementationsprojekts regelmäßig die Anwendung des IBRP (im Original oder in einer Überarbeitung) vereinbart.

Zur vereinfachenden Nutzung wurde eine CD-Rom-Version erarbeitet und breit verteilt, später eine IBRP-Homepage im Internet mit unmittelbar bearbeitbaren Dokumentationsformularen angeboten, seit einigen Monaten auch mit einer Auswertungsroutine auf CD.¹⁴ Damit sind die Voraussetzungen für eine interaktive regionale Dokumentation geschaffen, ohne dass alle für den Patienten zuständigen Mitarbeiter immer gleichzeitig anwesend sein müssen.

Die Festlegung der personenbezogenen integrierten Hilfeprogramme im Rahmen der Eingliederungshilfe erfolgt in den meisten Modellregionen in der Hilfeplankonferenz. Hierzu wurde eine ebenfalls EDV-gestützte Beschlussdokumentation entwickelt und in ca. zehn Regionen erprobt und weiterentwickelt.

8.8.3 Fortbildung und Schulung

Neue Dokumentationsformen brauchen sorgfältige Fortbildung und Schulung, wenn die Dokumentation gestaltende Funktion haben, d. h. Qualitätsverbesserung in der therapeutischen Arbeit induzieren oder abstützen soll. Mitglieder der AG PZA und der Expertengruppe haben vor allem in den Modellregionen Schulungen in integrierter einrichtungsübergreifender Behandlungsplanung und -dokumentation durchgeführt. Ein IBRP-Schulungsprogramm wurde ins Internet gestellt (Prof. Dr. Gromann: www.ibrp-online.de).

Bei der Durchführung der Fortbildungsmaßnahmen wurden wichtige Erkenntnisse für die Implementation regionaler Dokumentationssysteme gewonnen: Die Schulungen waren vor allem in den Regionen besonders erfolgreich, in denen strukturelle Fortschritte auf dem Wege zum Gemeindepsychiatrischen Verbund

14 AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Der personenzentrierte Ansatz – individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem. 5. Erweiterte Auflage 2005

schon erkennbar waren. Mitarbeiter von Kliniken, nicht zuletzt Ärzte, hatten allerdings nicht selten größere Schwierigkeiten, zu verbindlichen einrichtungsübergreifenden Abstimmungen zu kommen, sich auf eine gemeinsame Dokumentation zu einigen und die Koordinationsfunktion der therapeutischen Bezugsperson zu akzeptieren. Auf der anderen Seite hat die Einführung des IBRP und die Schulung der Anwendung Anstöße zur Weiterentwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds gegeben.

8.8.4 Beratung von und mit Softwareanbietern von Dokumentationssystemen in der Psychiatrie

Die Mehrzahl der Mitglieder der Expertengruppe steht im direkten Kontakt mit Softwarefirmen, sei es als fachlicher Berater bei der Entwicklung von elektronischen Patientenakten, als Kooperationspartner bei der Einführung von Softwareprojekten für die eigene Institution oder als potenzieller Kunde mit Interesse an der ständigen Weiterentwicklung der zu erwerbenden Systeme.

Aus der Konzeptionsarbeit in der Expertengruppe ergaben sich wichtige Rückkopplungen zu den Softwarefirmen, insbesondere für die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte im Sinne der Ausarbeitung von Modulen für die berufsübergreifende integrierte Behandlungsplanung und für eine intelligente Verlaufsdokumentation mit prozesshafter Weiterentwicklung des diagnostischen Prozesses während der Behandlung u. a.

Die Expertengruppe hat eine Anzahl der qualitativ fortgeschrittenen EDV-gestützten Dokumentationssysteme geprüft (und für die Prüfung einen Kriterienkatalog entwickelt, siehe oben). Eine Bewertung kann die Gruppe aufgrund der Wettbewerbsproblematik zwischen den Anbietern offiziell nicht vornehmen. Bei einer Präsentation im Mai 2002 in Hubertusburg (Sachsen) wurden die einzelnen Produkte mit den Fachleuten der Firmen detailliert diskutiert, z. T. mit erfreulichen Folgen, etwa hinsichtlich der Einbeziehung der Behandlungsplanung und -abstimmung (IBRP) in ein Produkt für den ambulanten und komplementären Bereich.

In diesen und in späteren bilateralen Beratungen wurde die Bedeutung der ökonomischen und der normativen Rahmenbedingungen für die Entwicklung eines IPDS prägnant: Sowohl im ambulanten/komplementären wie im Krankenhausbereich gibt es einen Markt für Dokumentationssysteme. Integrierte regionale Dokumentationssysteme würden aber erhebliche Entwicklungskosten verursachen, die von den möglichen Käufern nicht bezahlt würden, solange eine integrierte Dokumentation freiwillige Leistung der Einrichtungsträger bleibt und nicht von den Leistungsträgern (oder gesetzlich) verbindlich eingefordert wird.

8.8.5 Entwicklungsschritte zu einem IPDS-K in einer Region

Die Möglichkeit der Implementation eines EDV-gestützten IPDS hängt vor allem an der Frage, ob im regionalen psychiatrischen Krankenhaus eine passende elektronische Patientenakte entwickelt werden kann, und zwar eine Akte, die in wesentlichen Datenfeldern mit der Dokumentation im ambulant-komplementären Bereich isomorph ist. Die Schwierigkeiten liegen vor allem darin begründet, dass die Komplexität der Krankenhausdokumentation erheblich höher als die im ambulanten und komplementären Bereich ist.

Eine psychiatrische elektronische Patientenakte muss nahtlos in das übrige Krankenhausinformationssystem (KIS) integriert werden. Das bedeutet: Es ist eine Lösung aus »einer Hand« zu finden. Entweder muss der Psychiatrieteil der elektronischen Patientenakte von dem Softwareanbieter erarbeitet werden, der auch die übrigen Teile des KIS für Verwaltung und Somatik erstellt hat, oder ein psychiatrisches Dokumentationssystem ist – vor allem unter der Beachtung der Schnittstellenproblematik – so zu programmieren, dass es auf ein bestehendes KIS »aufgesetzt« werden kann und doch »wie aus einer Hand« funktioniert.

In einem ersten Anlauf wurde die Eignung bestehender Vorstufen einer psychiatrischen elektronischen Patientenakte mit Entwicklungsmöglichkeiten in Richtung auf ein IPDS unter Rückgriff auf den Fragenkatalog der Expertengruppe für ein bestimmtes Krankenhaus überprüft. Es wurden alle relevanten Akteure im Krankenhaus beteiligt (Experten aus den psychiatrischen Berufsgruppen, der EDV-Abteilung, dem Management des Datenschutzes, dem bestehenden KIS-System, dem Personalrat). Als sich nach der Sichtung der Angebote und den Besuchen vor Ort eine Position abzeichnete, fiel parallel die Direktionsentscheidung für ein anderes System, was bisher keine relevanten Ansätze für eine psychiatrische elektronische Patientenakte aufweist. Es handelte sich um eine Verbundentscheidung mehrerer Krankenhäuser aus ökonomischen Gründen. Eine sorgfältige Überprüfung der Schnittstellenproblematik ergab, dass eine Verknüpfung zweier Dokumentationssysteme unter den aktuellen technischen Voraussetzungen nicht sinnvoll war.

Diese nicht selten anzutreffende Problematik weist auf die zurzeit (noch) bestehende Inflexibilität von Krankenhausinformationssystemen hin und auf die Abhängigkeit der Nutzer von den Softwarefirmen, wenn ein System einmal eingekauft worden ist. Ausweitung und Umstellung sind zumeist sehr kosten- und sehr zweitaufwendig. In längeren Anwendungszeiträumen festigt sich die Beziehung zwischen den Mitarbeitern als Nutzern und dem eingeführten System im Sinne von Gewohnheitsbildung. Umstellungen auf ein anderes System erfordern einen erheblichen Motivations-, Schulungs- und in der Regel noch darüber hinaus Geldbedarf. Es schien daher sinnvoll, nach Möglichkeiten zu suchen, die diese Engpässe überwinden könnten. In der Endphase des Projektes wurden die Pro-

jektergebnisse und die technischen Umsetzungsprobleme mit dem Zentrum für Angewandte Informationstechnologien in der Universität Bremen (ZAIT, Prof. Dr. Wischnewski) erörtert und eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben.

Nach den Ergebnissen ist es möglich, dass IPDS zunächst unabhängig von den damit zu vernetzenden Systemen zu programmieren und durch moderne Schnittstellentechnik bidirektional an die einzelnen Dokumentationssysteme anzuschließen.

Voraussetzung ist

- auf der Fachebene eine sorgfältige Ausdifferenzierung der Dokumentationsblöcke und Itemlisten und der erforderlichen Verknüpfungen, vor allem unter Berücksichtigung der einrichtungsintern verbleibenden und der einrichtungsübergreifend austauschbaren Daten (über die man sich regional verständigen muss),
- auf der Technikebene eine enge Zusammenarbeit zwischen der das IDPS programmierende Softwarefirma und der Softwarefirma, die das Dokumentationssystem der jeweiligen Einrichtung betreut und den zuständigen Fachleuten der Einrichtung.

Die Realisierung dieses Projektes würde die Entwicklung regionaler integrierter psychiatrischer Dokumentationssysteme entscheidend voranbringen. Es ist leider bisher nicht gelungen, eine Projektförderung zu erreichen.

9 Aufbau eines regionalen integrierten psychiatrischen Dokumentationssystems für Gesundheitsberichtserstattung und Entwicklungsplanung: IPDS-R

9.1 Gesundheitsberichterstattung – Standortbestimmung

Integrierte Gesundheits- bzw. Psychiatrieberichterstattung¹ ist »Terra Incognita« in Deutschland. Zwar liegt an unterschiedlichen Stellen eine Reihe von Daten vor,² sie sind jedoch weit entfernt davon, zu einer integrierten Gesundheitsberichterstattung zusammengefasst werden zu können. Die Gründe hierfür liegen in der gegliederten Struktur des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens mit seinen zersplitterten Zuständigkeiten auf horizontaler (Leistungsträger und -erbringer) wie vertikaler (Gebietskörperschaften) Ebene, die unterschiedliche Kriterien und Indikatoren verwenden.

»Die vorhandene Informations- und Dokumentationsstruktur im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist unzureichend und den Erfordernissen nicht angemessen. Eine systematische Sammlung und Dokumentation relevanter Parameter liegt nicht vor; die Datenerhebung ist auf viele Institutionen, Körperschaften und Träger verteilt, unkoordiniert und unübersichtlich und unvollständig. Es fehlt zudem an einem Konsens über leistungsfähige Indikatoren mit allgemein verbindlichen Definitionen. Von einer validen Datenbasis, die einen Überblick über den Stand der Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung – der Grundlage jeglicher Versorgungsplanung ermöglicht, kann nicht gesprochen werden.

Dies hat Auswirkungen auf alle Ebenen der Versorgung. Administration, Träger und einzelnen Einrichtungen mangelt es an abgesicherten Informationen zur Bestimmung ihrer Leistungsfähigkeit, ihres Standortes innerhalb der Gesamtversorgung und ihrer künftigen Praxis. Dieser Mangel fördert Fehlplanungen auf allen Versorgungsebenen. Dies gilt gleichermaßen für Investitionen auf Einrichtungsebene ebenso wie für Gremien mit Richtlinienkompetenz. Es besteht

1 Im Folgenden werden die Begriffe Gesundheitsberichterstattung und Psychiatrieberichterstattung synonym verwendet.

2 Einen Überblick geben RÖSSLER/SALIZE 1996

ein hohes Risiko, dass Weichenstellungen mit möglicherweise jahrzehntelanger Folgewirkung auf der Basis mangelbehafteter und ungenügend abgesicherter Information erfolgen.«³

Darüber hinaus sind die methodischen Ansätze bestehender Gesundheitsberichterstattung aufgrund ihrer Orientierung an Körpermedizin nicht in der Lage, die psychiatrische Versorgung in Bezug auf ihre besonderen Kosten-, Träger- und Betreuungsstrukturen hinreichend zu erfassen.⁴

Auch der »Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« fordert in seinem Gutachten eine integrierte, trägerübergreifende Gesundheitsberichterstattung.⁵ Mit Blick auf »evidence based medicine«, Qualitätsentwicklung und »Ausschöpfung von Präventionspotenzialen« kritisiert der Rat die einseitige Ausrichtung der gesundheitspolitischen Diskussion an der Ausgabenseite und die mangelnde Orientierung an expliziten gesundheitlichen Zielen.

»Der Mangel an Ziel- bzw. Outcomeorientierung spiegelt sich ebenfalls in der Gesundheitsberichterstattung wider. Verglichen mit den zahlreichen Daten über die monetären und physischen Inputs, die in die gesundheitliche Leistungserstellung eingehen, vernachlässigt die amtliche Statistik immer noch die Outcomeebene. Von einer intensiveren Zielorientierung geht auch eine zusätzliche Datennachfrage aus, sodass die amtliche Statistik ihre Erhebungen stärker an den gesundheitspolitischen Bedürfnissen ausrichten kann und muss. Darüber hinaus können valide Daten über Outcomindikatoren als statistische Grundlage für ein Benchmarking zwischen Ländern, Regionen, Geschlechtern, Altersklassen und Bevölkerungsschichten dienen. Ein Benchmarking von Outcomeindikatoren kann vor allem in speziellen Indikationsbereichen im Rahmen vertiefter Versorgungsforschung Hypothesen über die Effizienz und Effektivität der jeweiligen Gesundheitsversorgung liefern.«⁶

Im Zusammenhang mit einer vertieften Diskussion über Leitziele der Gesundheitsversorgung fordert der Sachverständigenrat zur Erhöhung der Leistungstransparenz und Wettbewerb standardisierte und obligatorische Leistungsberichte von Einrichtungen⁷ sowie sektoren- und institutionsübergreifende Dokumentation und Qualitätssicherung. »Bei der Einführung von Dokumentationssystemen und von Datenverarbeitungssystemen sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass diese professionen-, institutionen-, sektoren- und kostenträgerübergreifend kompatibel gemacht werden und entsprechend genutzt werden können. Belange der qualitätsorientierten Dokumentation und Datenanalyse sollten bereits zu

3 RÖSSLER/SALIZE 1996: 2

4 DIES.: XIV

5 Sachverständigenrat 2001: 84

6 Ders.: 19.

7 Ders.: 77.

Beginn der Planung berücksichtigt werden. [...] Außerdem ist die Entwicklung von institutionsübergreifenden Maßnahmen für Indikationen bzw. Versorgungsleistungen empfehlenswert, bei denen nicht nur die Ergebnisqualität individueller Versorgungsleistungen, sondern auch ein qualitativ hochwertiger Ablauf einer gesamten Versorgungskette zwischen Leistungserbringern und Patienten eine entscheidende Rolle spielt.«⁸ Hierbei kommt der Kooperation und Koordination der beteiligten Einrichtungen eine große Bedeutung zu.

Den Zweck von Gesundheitsberichterstattung hat die Gesundheitsministerkonferenz bereits 1989 erläutert:

»Bei der Gesundheitsberichterstattung handelt es sich um eine verdichtende Darstellung und beschreibende Bewertung von Gesundheits- und Medizinalstatistiken. Gesundheitsberichterstattung ersetzt also nicht die vorhandene Gesundheits- und Medizinalstatistik, sondern macht sie breiter nutzbar und ergänzt sie. Sie ist insofern eine Wiederaufnahme einer alten Tradition der Vermittlung epidemiologischen und sozialhygienischen Wissens, zugleich auch Anschluss an den Standard, der in vielen anderen Staaten gepflegt oder angestrebt wird. Die Gesundheitsberichterstattung soll ihre Adressaten (wie beispielsweise Bürger, Verbände, Träger, staatliche Einrichtungen) informieren, Handlungsbedarf aufzeigen und problembezogen angemessene Entscheidungen so ermöglichen. Durch die Aufarbeitung von Daten und Informationen unterstützt und initiiert die Gesundheitsberichterstattung zugleich die wissenschaftliche Forschung.

Ein Schwerpunkt der Gesundheitsberichterstattung bildet die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Menschen und ihrer Determinanten. Besonderer Wert wird auf die Aufbereitung und Darstellung der Interdependenzen und Folgewirkungen zwischen Gesundheit/gesundheitlicher Lage/gesundheitlicher Versorgung und deren Finanzierung und den anderen menschlichen und gesellschaftlichen Lebensbereichen gelegt.«⁹

Zusammengefasst liegt der Zweck der Gesundheitsberichterstattung in der Psychiatrischen Versorgung in folgenden Bereichen:¹⁰

- Psychiatrieberichterstattung dient zur Herstellung von Transparenz über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie der gesundheitlichen Versorgung insbesondere hinsichtlich deren Ressourcen (z. B. Finanzierung), deren Leistungen und Wirkungen. Sie dient damit nicht zuletzt dazu, eine öffentliche Debatte über gesundheitliche Ziele, Maßnahmen und Programme sowie eine Erfolgsbewertung anzuregen und zu versachlichen.
- Psychiatrieberichterstattung dient als Informationsgrundlage für Entscheidungsgremien bzw. als Abstimmungs- und Entscheidungsgrundlage auf unterschiedlichen politischen Ebenen.

8 Ders.: 84.

9 Gesundheitsministerkonferenz 1989: 11. Zit. in: TROJAN/THIELE 1990: 21

10 Vgl. hierzu: RÖSSLER/SALIZE 1996; BECKER/KLUGE/KALLERT 2001

Nur auf der Grundlage eines gesicherten Wissens über Versorgungsbedarfe und deren Entwicklung, eines Wissens über bestehende Versorgungsstrukturen, Versorgungsangebote und Versorgungsleistungen sowie deren Inanspruchnahme, deren Kosten und Wirkungen können ziel- und sachbezogene Abstimmungsprozesse und Entscheidungen auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Dies gilt insbesondere für die Steuerung von Ressourcen und Budgets.

- Psychiatrieberichterstattung dient als Informationsgrundlage für die Bewertung (Evaluation) von Versorgungsstrukturen, politischen Programmen und gesetzlichen Regelungen.

Psychiatrieberichterstattung erlaubt nicht nur eine kritische Bestandsaufnahme von (regionalen und überregionalen) Versorgungsstrukturen, sondern auch eine kritische Bewertung von Reformprozessen wie z. B. eine Effektivitätsprüfung der eingesetzten Fördermittel und Investitionen. In diesem Zusammenhang stehen auch jüngere legislative Maßnahmen wie das SGB IX, die explizit als »lernende Gesetzgebung« angelegt sind und Regelungen enthalten, die die zielbezogene Evaluation ihrer einzelnen Maßnahmen beinhalten. Gesundheitsberichterstattung ist in diesem Zusammenhang eine Grundlage zur Implementationsforschung.

- Psychiatrieberichterstattung ist eine Herausforderung und Grundlage für epidemiologische Forschung und für Versorgungsforschung.

Auf der Grundlage einer soliden Datenbasis können epidemiologisch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden über das Auftreten, die Verteilung und die Entwicklung von psychischen Krankheiten/Störungen. Das gilt sowohl in regionaler Hinsicht als auch hinsichtlich soziodemografischer Verteilung.

Darüber hinaus können auch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die im Rahmen der Versorgungsforschung oder der Outcomeforschung von Interesse sind. Hierzu gehören Fragen, wie z. B. Versorgungsbedarfe und die Inanspruchnahme von Leistungen (Über- und Unterversorgung), die Effektivität und Effizienz von Versorgungsleistungen und vernetzten Hilfesystemen. Es können damit auch Erkenntnisse gewonnen werden die im Rahmen der Entwicklung und Evaluation von Behandlungsleitlinien, evidenz-basierter Medizin und Disease Management eine zunehmende Bedeutung erlangen.

- Psychiatrieberichterstattung ist eine Informationsgrundlage für das Qualitätsmanagement einzelner Leistungserbringer (Einrichtungen und Dienste der Versorgung) als auch von Hilfesystemen wie gemeindepsychiatrischen Verbänden. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Struktur- wie auch der Prozess- und Ergebnisqualität.

Eine Psychiatrieberichterstattung kann ihre Funktion jedoch nur dann angemessen erfüllen, wenn zwei Bedingungen angemessen erfüllt sind:

Eine *Psychiatrieberichterstattung muss sich an Versorgungsleitlinien orientieren* und hierauf aufbauend die entsprechenden Indikatoren, Kriterien und

zu erhebenden »Items« entwickeln, da auf dieser Grundlage eine kritische Bestandaufnahme, eine Bewertung sowie Planung bzw. Steuerung im Sinne von zielbezogenen Entscheidungen möglich ist. Die zentralen reformpolitischen Zielvorstellungen liegen seit der Psychiatrieenquete 1975 vor und sind für das vorliegende Dokumentationsprojekt im Rahmen des »personenzentrierten Ansatzes« der AKTION PSYCHISCH KRANKE formuliert worden.¹¹

Eine *Psychiatrieberaterstattung kann nur dann ihre Zwecke erfüllen, wenn die für sie notwendigen Daten und Informationen systematisch und verlässlich dokumentiert werden.* Damit steigen die Anforderungen an Dokumentation auf den unterschiedlichen Ebenen. Es muss gewährleistet sein, dass die zu dokumentierenden »Items« sektor- und bereichsübergreifend eine identische Struktur haben oder darauf zurückgeführt werden können, sodass eine »integrierte« Psychiatrieberaterstattung möglich wird. Hierzu soll dieses Dokumentationsprojekt einen Beitrag leisten.

9.2 Struktur und Inhalte der Psychiatrieberaterstattung

Insbesondere jedoch im anglo-amerikanischen Sprachraum sowie in Skandinavien sind die Bemühungen um eine standardisierte Psychiatrieberaterstattung, und damit um die Formulierung von Dokumentationsstandards im Vergleich zu Deutschland schon weit vorangeschritten. So hat das »National Institute of Mental Health« der USA einen umfangreichen Standard für die Erhebung von Daten vorgegeben, der die Beschreibung von »Minimum Data Sets« und Items sowohl auf der Organisationsebene inklusive des Hilfesystems, als auch auf der Ebene der Hilfeleistung vorsieht. Dieser Standard beinhaltet u. a. eine genaue Taxonomie bzw. Definition von Einrichtungen/Diensten, Leistungen/Hilfeschritten, Outcomes und Finanzierungen sowie Möglichkeiten zu deren Integration auf der Systemebene. Er versteht sich ausdrücklich als ein Informationssystem und eine Unterstützung zur Entscheidungsfindung.¹²

Auf europäischer Ebene wurden verschiedene standardisierte Instrumente zur Psychiatrieberaterstattung entwickelt:¹³ Der »European Socio-Demographic Schedule« (ESDS) zur Erhebung regionaler soziodemografischer Daten,¹⁴ der »European Service Mapping Schedule« (ESMS) zur Beschreibung regionaler Hilfesysteme¹⁵ sowie die »International Classification of Mental Health Care«

11 Vgl.: KRUCKENBERG et al. 1999: Kap. 1.3.

12 Vgl. National Institute of Mental Health 1989

13 Vgl. hierzu im Überblick: BECKER/KLUGE/KALLERT 2001: 159 ff.

14 BEECHAM et al. 2000

15 JOHNSON et al. 2000; MUNIZZA et al. 2000; BECKER et al. 2002; BÖCKER et al. 2001

(ICMHC) zur Klassifikation von Interventionen psychiatrischer Dienste und Einrichtungen.¹⁶

Für England wurde ein »Matrixmodell« entwickelt, das für unterschiedliche geografische Ebenen zwischen Ressourceninput, Prozessphase und Outcomephase unterscheidet¹⁷ sowie ein »Mental Health Minimum Data Set« vorgelegt, das 60 im Jahresrhythmus zu dokumentierende Items vorsieht.¹⁸

Mit der »Profiling Psychiatric Care Skala« (PPC-Skala) hat Rudas eine Systematik vorgelegt, mit deren Hilfe wesentliche Strukturmerkmale eines psychiatrischen Versorgungssystems erhoben werden können. Es dient explizit zur vergleichenden Qualitätsbeschreibung von Versorgungsregionen bzw. -systemen. Erhoben werden eine Reihe von Items und Indizes, die sich auf die Region beziehen, auf das Versorgungsangebot und Inanspruchnahme, auf Steuerungsqualität, Finanzierungsdaten sowie epidemiologisch relevante Daten.¹⁹

In Deutschland hat sich die Gesundheitsberichterstattung erst in den letzten Jahren und im Hinblick auf die Psychiatrie nur in Ansätzen entwickelt. Angestoßen durch die Jahresgutachten des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1987, 1992 und 1994 wurde 1998 zum ersten Mal ein »Gesundheitsbericht für Deutschland« veröffentlicht, in dem über Bevölkerungsentwicklung, Gesundheitszustand, Gesundheitseinrichtungen und deren Leistungen sowie über Kosten und Finanzierungen von Gesundheitsleistungen berichtet wird.²⁰ Die Bundesgesundheitsberichterstattung erfolgt im Wesentlichen in der Zusammenarbeit von Robert Koch Institut (Berlin), Statistischem Bundesamt und dem Wissenschaftlichen Beirat »Gesundheitsberichterstattung«.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes sowie auch der Länder bezieht sich auf einen zwischen den Gesundheitsministern der Länder abgestimmten Indikatorensatz. Er enthält insgesamt 144 Indikatoren zu folgenden Themenfeldern:

- Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
- Bevölkerung
- Gesundheitszustand
- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- Gesundheitsrisiken der Umwelt
- Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Inanspruchnahme von Leistungen

16 DE JONG 1996, 2000

17 THORNICROFT/TANSANELLE 1999, zit. in: REYNOLDS/THORNICROFT 1999; siehe auch: BECKER/KLUGE/KALLERT 2001

18 GLOVER 2000; eine deutsche Übersetzung findet sich in: BECKER/KLUGE/KALLERT 2001: 164f.

19 RUDAS 1999

20 Vgl. Statistisches Bundesamt 1998

- Beschäftigte des Gesundheitswesens
- Ausbildung im Gesundheitswesen
- Ausgaben und Finanzierung
- Kosten

Die ersten Gesundheitsberichte der Länder, die diesem Schema folgen liegen – wie z. B. in Hessen – bereits vor. Allerdings ist die psychiatrische Versorgung innerhalb dieser Berichterstattung eher ein randständiger Themenbereich.

Neben der Gesundheitsberichterstattung können die in unregelmäßiger Folge erscheinenden Berichte zur Lage der Behinderten oder zur Teilhabe behinderter Menschen sowie die Pflegeberichte als Teil einer Gesundheitsberichterstattung im weiteren Sinne angesehen werden. Auch hier gilt, dass die Psychiatrie nur in Ansätzen berücksichtigt wird.

Für die kommunale Ebene der Kreise und kreisfreien Städte gibt es gegenwärtig keinen speziellen Indikatorensatz, sowohl für die Gesundheitsberichterstattung allgemein als auch für Berichterstattung im Bereich der Behinderungen oder der psychiatrischen Versorgung.

Auch für die unterschiedlichen Leistungsträger der Gesundheitsversorgung sind Daten zur Berichterstattung verfügbar. Allerdings folgen diese den Trägern entsprechend unterschiedlichen Kriterien und Indikatoren.²¹ Die Daten, die für eine Psychiatrieberichterstattung relevant sind, sind auch hier nicht gebündelt verfügbar.

Eine Besonderheit stellte die »Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung« von 1998²² dar, die sich auf den klinischen Versorgungsbereich bezieht. Hier wurden Daten zum ersten Mal auch unter Fragestellungen von Behandlungsqualität sowie entwicklungsbezogen erhoben.

Sie beziehen sich auf:

- Behandlungsplätze und Zugänge
- Patientenstruktur
- Personalstellen und Berufsgruppen
- Einrichtungsgröße
- Versorgungsverpflichtung
- Versorgungsgebiete
- Zusätzliche Einrichtungen der Kliniken
- Infrastruktur des Versorgungsgebietes

Auch die Berichterstattung hinsichtlich des Bereichs Drogen, Alkohol und Tabak kann als vergleichsweise gut bezeichnet werden. Auf der Grundlage des »Deutschen Kerndatensatzes Sucht« ist es möglich sowohl über »gesundheitsrelevante Verhaltensweisen« als auch über Einrichtungen, Inanspruchnahme von Leistungen

21 Eine Übersicht über die Vielzahl von Daten und Datenquellen findet sich in: RÖSSLER/SALIZÉ 1996

22 AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998

etc. dezidierte Informationen zu erhalten. Grundlage ist hier der europäisch abgestimmte »Kerndatensatz«, der als Standard ermöglicht, dass die erforderlichen Daten in den Einrichtungen erhoben bzw. dokumentiert werden. Dieser Datensatz ist im EDV-gestützten Dokumentationssystemen, wie »EBIS«, »HORIZONT« oder »Moonlight« integriert. Eine Dokumentation der dort vorhandenen Items wird in den Bundesländern und Regionen mit unterschiedlicher Konsequenz abgefordert.

Ein vergleichbarer Datensatz steht für eine integrierte Psychiatrieberichterstattung noch aus.

Rössler und Salize haben in ihrem Leitfaden für Regionalerhebungen eine Indikatorenliste für die regionale Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung vorgelegt. Er ist wie folgt strukturiert:

- Beschreibung des Versorgungsgebietes, Rahmenbedingungen
- Gesundheitliche Lage der Bevölkerung
- Daten und Indizes zur psychiatrisch-medizinischen Versorgung, insbesondere mit Blick auf die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen
- Daten und Indizes zur Krisen und Notfallversorgung
- Daten und Indizes zur Rehabilitativen Versorgung
- Daten zur Selbst- und Bürgerhilfe
- Daten und Indizes zu den Kosten der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen
- Daten zu besonderen, regional bedeutsamen Versorgungselementen.²³

Allerdings werden hier strukturbezogene Daten (z. B. Versorgungsverpflichtung, Vernetzungsaspekte und Qualitätsindikatoren) noch nicht berücksichtigt.

Ohne eine von einem psychiatrischen Fachgremium (aus Psychiatriekoordinator, Leistungserbringer, Leistungsträgern und Nutzern) vorgenommene Bewertung der Daten, verbunden mit einer regionalen Zielplanung für die Weiterentwicklung der Versorgung, bleibt Gesundheitsberichtserstattung unproduktiv (s. o. Kap. 3.2 und 3.3).

Auch für diese strukturbezogenen Daten werden Dokumentationsinstrumente benötigt, die eine Darstellung der regionalen Entwicklung auch im Vergleich zu anderen Regionen ermöglichen (s. u. ReZiPsych, Kap. 9, 4, 5)

Eine integrierte Psychiatrieberichterstattung, die entwicklungsbezogen die relevanten Versorgungsbereiche einbezieht, findet in Deutschland in den letzten Jahren ansatzweise, wenn auch in unregelmäßiger Folge, auf Länderebene und – selten – auf kommunaler Ebene statt.

Dabei wird eine integrierte Berichterstattung angestrebt, die Daten aus verschiedenen Versorgungsbereichen in ihren Zusammenhängen darzustellen versucht und auch auf Fragen der Versorgungsqualität eingeht.

23 RÖSSLER/SALIZE 1996: 255 ff.

Leider fehlt eine verbindliche Grundlage, d. h. ein Indikatoren- bzw. Datensatz, die eine kommunal oder länderübergreifend vergleichbare Psychiatrieberichterstattung ermöglicht.

9.3 Psychiatrieberichterstattung und Einbeziehung der Nutzer

In den letzten Jahren bekommt zunehmend die Perspektive der Nutzer sozial-psychiatrischer Einrichtungen Gewicht. Dies bezieht sich zum einen auf die Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen und zum anderen auf die Erhebung von Lebensqualität. Nutzerzufriedenheit und Lebensqualität werden auch in der Wissenschaft zunehmend als Indikatoren der Outcomequalität, also der Wirkung von psychiatrischen Leistungen gesehen,²⁴ wobei die gewonnenen Daten vorsichtig zu bewerten sind.²⁵

Wichtig hierbei ist, dass entsprechende Erhebungen nur dann sinnvoll sind, wenn sie in eine Strategie des Qualitätsmanagements eingebettet werden und wenn ihre Ergebnisse in reale Veränderungsprozesse einmünden. Aus diesem Grunde sollte eine Psychiatrieberichterstattung auch (aggregierte) Daten bzw. Ergebnisse von Befragungen bzw. Untersuchungen zur Zufriedenheit und Entwicklung der Lebensqualität enthalten.

Zur Erhebung von Nutzerzufriedenheit bzw. Patientenzufriedenheit sind in der Zwischenzeit zahlreiche Instrumente entwickelt worden. Im Bereich der medizinisch/beruflichen Rehabilitation gehören entsprechende Befragungen mittlerweile zum Standardrepertoire der Rentenversicherungsträger. Auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind Entwicklungen zu verzeichnen. Aus Psychiatrieerfahrenen-Sicht ist von einer europäischen Arbeitsgruppe ein »Nutzerbewertungsfragebogen Psychosozialer und Psychiatrischer Einrichtungen« entwickelt worden.²⁶

Andere Instrumente, insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen des Qualitätsmanagements, beziehen sich z. T. nicht nur auf einzelne Einrichtungen, sondern auch auf Versorgungssysteme.²⁷

Hinsichtlich der Frage der Entwicklung von Lebensqualität hat sich im europäischen Maßstab das »Lancashire quality of life profile« als leitend herausge-

24 Vgl. ALBRECHT et al. 1999; GROMANN 1999; HOFFMANN et al. 1997; KAISER et al. 1996, 1997; OLIVER et al. 1997; PRIEBE et al. 1996 a, 1996 b; ROPERS 1996; SIEBRASSE 1996; VOGEL 1996

25 AUST 1994; SIEBRASSE 1996

26 CREPE et al. o. J.; VOGEL 1996

27 Vgl. statt anderer: GROMANN 1999; MORY et al. 2001; SIEGRIST et al. 2002, SALIZE et al. 1998

stellt.²⁸ In einer deutschen Adaption (inklusive Veränderungen) hat das »Berliner Lebensqualitätsprofil« eine große Verbreitung gefunden.²⁹

Eine vereinfachende praktikable Version dieser Bögen findet sich im IBRP (Bögen I1 und I2). Abschließende Aussagen über die Eignung der einzelnen Instrumente zur Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität sind jedoch nicht Aufgaben dieses Projektes. Über die anzuwendenden Erhebungsbögen müssen die jeweiligen Akteure in den Regionen entscheiden. Dabei sollten folgende Anforderungen berücksichtigt werden:

- Das Dokumentationssystem muss Erhebungsinstrumente zur Messung von Zufriedenheit und Lebensqualität integrieren.
- Die Instrumente sollen zwischen den Leistungserbringern im regionalen Verbund abgestimmt werden, sodass nach Möglichkeit jeweils dieselben Instrumente übergreifend genutzt werden.

Nur so lassen sich die Ergebnisse auf höheren Ebenen zusammenfassen und auswerten.

9.4 Prozessorientierte regionale Psychiatrieberaterstattung

Ein Vergleich der unterschiedlichen Dokumentationskonzepte und -systeme zeigt, dass – trotz aller Unterschiedlichkeit – eine Vielzahl von zu erhebenden Items übereinstimmen. Mit Blick auf das im Rahmen dieses Projektes zu entwickelnde integrierte Dokumentationssystem sollen die für eine Psychiatrieberaterstattung notwendigen Daten und Informationen danach systematisiert werden, wo sie generiert werden können. Aus diesem Grunde wird folgende Systematik vorgeschlagen, die gleichzeitig die grundlegenden Anforderungen an eine Psychiatrieberaterstattung im Bezug zum Dokumentationssystem formulieren. Die Psychiatrieberaterstattung muss enthalten:

- Daten zur Versorgungsregion
- klientenbezogene Daten
- angebotsbezogenen Daten
- (inkl. Daten zur Vernetzung)
- Daten aus Nutzerbefragungen
- Daten zur regionalen Qualität und Zielplanung des psychiatrischen Hilfesystems.

28 OLIVER et al. 1996, 1997

29 Berliner Lebensqualitätsprofil, 2. korrigierte Version Juni 1996; HOFFMANN et al. 1997; KAISER et al. 1996, 1997; PRIEBE et al. 1996 a, 1996 b

9.4.1 Daten zur Versorgungsregion

Für eine Gesundheitsberichterstattung ist es sinnvoll, auch Informationen über die Versorgungsregion selbst zu verwenden. Epidemiologische Daten oder Daten über Angebots- und Leistungsstruktur eines Versorgungsgebietes können mit Bezug zu regionalen Daten, wie z. B. Einwohnerzahl, Fläche, Sozialstruktur u. a. einer vertiefenden und vergleichenden Analyse unterzogen werden. Darüber hinaus lassen sich hier Erkenntnisse über mögliche Versorgungsbedarfe, z. B. durch die Verwendung von »Jarman-Indikatoren«, gewinnen.

Versorgungsgebiet	Name/Art der Gebietskörperschaft
Bundesland	Name
Fläche	km ²
Einwohner	absolute Zahl
Sozialstruktur	z. B. städtisch, ländlich, Altersstruktur, Ausländeranteil, Arbeitslosigkeit, Haushaltsgrößen, Problemgebiete (Jarman-Indikatoren oder ESDS).
Besonderheiten	Charakterisierung der Region

9.4.2 Klientenbezogene Daten

Es gibt eine Vielzahl klientenbezogener Daten, die – in anonymisierter und aggregierter Form – für die Berichterstattung von Interesse sind. Notwendig ist, dass es dafür einen »generellen« Datensatz gibt, der – im Sinne eines »Kerndatensatzes« Daten beinhaltet, die standardmäßig ausgewertet werden müssen und einen »optionalen« Datensatz, der speziellen Fragestellungen und Auswertungen vorbehalten bleibt. In jedem Fall ist eine strenge Anonymisierung durch Verschlüsselung (Pseudonymisierung) zu gewährleisten.

Von Interesse sind:

- **Verwaltungsbezogene Daten**

Diese Daten dienen dazu, z. B. Angaben über die rechtliche Situation der versorgten Klienten zu machen. In Verbindung mit Leistungs- und Verlaufsdaten dienen sie vor allem dazu, Erkenntnisse über die Finanzierungsstrukturen von Maßnahmen, Einrichtungen und Verbänden zu generieren. Dies gilt insbesondere für diejenigen Komplexleistungen, bei denen mehr als eine Einrichtung/Träger an der Leistungserstellung und -finanzierung beteiligt ist.

- **Epidemiologische und Soziodemografische Daten**

Sie dienen u. a. dazu, Aussagen über die Prävalenz und Inzidenz sowie Verteilung von psychischen Störungen sowie die soziale Integration psychisch kranker Menschen zu treffen. Sie haben auch in Verbindung mit anderen Daten eine Bedeutung zur Qualitätssicherung. Hierzu gehören z. B. die Inanspruchnahme durch definierte Zielgruppen, Über- und Unterversorgung,

Fehlbelegungen oder »regionen-externe« Belegungen und Verweise. An dieser Stelle wird deutlich, dass es für die Psychiatrieberaterstattung extrem wichtig ist, vergleichbare Daten von Klienten zu erhalten, die außerhalb der versorgungsverpflichteten Region Hilfen erhalten und über Klienten die außerhalb der Versorgungsregion ihren Wohnsitz haben und in der Region Hilfen erhalten. Dieses Problem verweist noch einmal auf die Bedeutung eines übergreifenden Standards zur Beraterstattung sowie auf regionenübergreifende Sammlung und Differenzierung der Daten.

- Leistungsdaten
Diese Daten können z. B. Aufschluss darüber geben, wie die vorhandenen Ressourcen ziel- und zielgruppenspezifisch verwendet werden und können so Aufschluss über das Leistungsgeschehen in Einrichtungen und Verbänden, Bedarfslagen und Versorgungslücken etc. geben.
- Verlaufsdaten
Sie haben eine wichtige Funktion für ein Qualitätsmanagement. Dies gilt sowohl für die Prozess- als auch die Ergebnisqualität. Es können z. B. über die Dauer von Behandlungsprozessen, die hierbei beteiligten Leistungserbringer Erkenntnisse gewonnen werden. Darüber hinaus können dokumentierte Ergebnisse von Veränderungen in der Symptomatik, (sozialer) Kompetenzbereiche und Eingliederung sowie Dokumentationen über z. B. Suizide, Zwangsmaßnahmen etc. als indirekte Indikatoren für die Ergebnisqualität betrachtet werden.

Sämtliche Daten können durch Aggregation der klientenbezogenen Daten aus dem IPDS-K gewonnen werden. Der möglichst EDV-gestützte Aufbau eines IPDS-K ist deshalb wichtige Voraussetzung für regionale Gesundheitsberaterstattung.

9.4.3 Angebotsbezogenen Daten

Für eine Psychiatrieberaterstattung sind auch Daten und Informationen von Belang, die sich nicht mit Bezug auf Patienten generieren lassen. Hierzu gehören z. B. Informationen über das Leistungsspektrum, die Ausstattung und Struktur von Einrichtungen bzw. regionaler Hilfeangebote sowie über die zur Verfügung stehenden Ressourcen in personeller, sächlicher und finanzieller Hinsicht geben können. Diese Daten ergeben aggregiert Aufschluss über die regionale Ausstattung mit Hilfeangeboten und Ressourcen und leisten damit auch einen Beitrag zur Bewertung der Strukturqualität von Einrichtungen und Hilfesystemen. Darüber hinaus können diese Daten in Verbindung mit klientenbezogenen Daten ergänzende Erkenntnisse über die Versorgungssituation und den Entwicklungsbedarf in einer Region ermöglichen.

Für das Dokumentationsprojekt ist hieraus die Folgerung zu ziehen, dass – analog zur elektronische Patientenakte – ein »Modul« enthalten sein muss,

das bestimmte Angaben über die an der regionalen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Dienste enthält (Elektronische Einrichtungsakte). Hierzu gehören Angaben:

- zur Einrichtung und Versorgungsauftrag,
- über die personellen, sächlichen und finanziellen Ressourcen,
- über die angebotenen Leistungen und Maßnahmen inkl. der Leistungsträger,
- Angaben zur Qualität und des Qualitätsmanagements,
- Angaben zur Kooperation und Vernetzung.

Die angebotsbezogenen Daten werden zunächst auf der Ebene der einzelnen in der Region vorfindbaren Leistungserbringer generiert und sollten auf Verbundebene (oder höheren Ebenen) aggregiert werden können.

Darüber hinaus müssen die angebotsbezogenen Daten mit den klientenbezogenen Daten verknüpft werden können, um so für einen Berichtszeitraum Aussagen über das Leistungs- und Versorgungsgeschehen hinsichtlich einzelner Einrichtungen, Funktionsbereichen etc. des Verbundes generieren zu können.

Für den Bereich der komplementären Versorgung hat eine sächsische Arbeitsgruppe einen komplementären Bado entwickelt, die einen wesentlichen Teil der erforderlichen Daten umfasst.

Wir schlagen die folgende Datenstruktur für angebotsbezogene Daten vor:

Daten zur Einrichtung und Versorgungsauftrag

1. Name der Einrichtung	
2. Anschrift	Adresse inkl. Kreis
3. Träger/Verband	
4. Einwohnerzahl am Sitz der Einrichtung	
5. Die Einrichtung gehört zum GPV?	ja/nein Formaler Beitritt/Vertrag
6. Versorgungsauftrag	Pflichtversorgung, Art der Regelung, definierte Region, Einzugsgebiet, Gemeindekennziffern.

Ressourcen

7. Budget der Einrichtung	Differenziert nach Leistungsträger, Zuwendungsgeber Gegliedert nach: • Grundpauschale, Maßnahmepauschale, Investitionsbetrag • Basispflegsatz/Abteilungspflegsatz etc.
8. Entgeltsatz pro Tag/Zeiteinheit	soweit zutreffend
9. Entgeltsatz pro Leistung	Leistungskatalog
10. Betten-/Platzzahl, ggf. Stundenbudget	Differenziert nach Wohnformen: • Stationär (Großgruppe) • Wohngemeinschaft • eigene Wohnung Klient
11. Vereinbarter Personalschlüssel	einheitlich oder differenziert
12. Durchschnittliche Auslastung	
13. Gibt es Warteliste?	
14. Personalstruktur gemäß Stellenplan	Differenziert nach Berufsgruppen und VzSt, Honorarkräfte

15. MA außerhalb des Stellenplanes	
16. Ausstattung der Einrichtung	(Ein-/Mehrbettzimmer, Funktionsräume etc.)
Leistungen	
17. Zielgruppen	Darstellung der zu versorgenden Zielgruppe z. B. Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Kinder und Jugendpsychiatrie, Sucht, Forensik
18. Leistungs-/Maßnahmespektrum der Einrichtung	Darstellung der Leistungen/Maßnahmen entsprechend der rechtlichen Grundlagen (Katalog entwickeln). z. B. <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Krankenhausversorgung • ambulante Eingliederungshilfe • medizinische Rehabilitation • ÖGD • ambulante häusliche Krankenpflege • Soziotherapie
19. Angebote	Darstellung/Katalog der Angebote differenziert nach z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsbereichen, Behandlungsbereichen gemäß Psych-PV • Einzelfallhilfen/Gruppenangeboten
20. Öffnungszeiten	
21. Sprechstunde/Abendsprechstunde	
22. Beteiligung an Krisendienst/Wochendienst	
Qualität	
23. MA mit Qualifikationen/Fort- und Weiterbildungen	z. B. Psychotherapeut, Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung Soziotherapeut
24. Regelmäßige Durchführung von Problem- beschreibung/Eingangsdiagnostik	ja/nein
25. Regelmäßige Durchführung von Anamnese	ja/nein
26. Regelmäßige Erstellung von Hilfeplan	ja/nein
27. Regelmäßige Verlaufsdocumentation	ja/nein
28. Regelmäßige Abschlussdocumentation	ja/nein
29. Regelmäßige Therapieevaluation/Katamnese	ja/nein
30. Gibt es ein Qualitätsmanagement	ja/nein Welches?
31. Teilnahme am QS-Programm der Sozialversicherungen	
32. Durchführung von Qualitätszirkel	ja/nein
33. Durchführung von regelmäßigen Fallbesprechungen	einrichtungsintern
34. Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen	ja/nein
35. Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen	ja/nein
36. Gibt es eine Konzeption der Einrichtung	ja/nein Von wann im GPV abgestimmt
37. Verbindliches Bezugspersonensystem	ja/nein
38. Regelmäßige Supervision	ja/nein
39. Nutzerbefragung	ja/nein
40. Sonstige Maßnahmen des QM	
41. Qualitätsbeauftragter	ja/nein
42. Teilnahme an Hilfeplankonferenzen des GPV	ja/nein

Koordination/Vernetzung

43. Gibt es schriftliche Absprachen bzgl. einer Arbeitsteilung

(Kooperationsverträge)	ja/nein	Einrichtungsliste	Einrichtung im selben Kreis
------------------------	---------	-------------------	-----------------------------

44. Gibt es schriftliche Absprachen bzgl. einer Hilfeplanung und Therapie

(Kooperationsverträge)	ja/ nein	Einrichtungsliste	Einrichtung im selben Kreis
------------------------	----------	-------------------	-----------------------------

45. Beteiligung an Gremien im Kreis?

	ja/ nein	welche	
--	----------	--------	--

46. Beteiligung an überregionalen Gremien

	ja/ nein	welche	
--	----------	--------	--

9.4.4 Daten aus Nutzerbefragungen

Einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung, gerade hinsichtlich der Ergebnisqualität, leisten Erhebungen bzw. Befragungen von Klienten oder Angehörigen hinsichtlich der Zufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen bzw. des Hilfesystems in der Region. Darüber hinaus stellen auch die Veränderungen subjektiv erfahrener Lebensqualität von Klienten direkte Indikatoren zur Messung der Outcomequalität psychiatrischer Leistungen dar.³⁰

Der Bogen I1 zur Klientenzufriedenheit des IBRP verwendet folgende Items:³¹

- Zufriedenheit mit den geleisteten Hilfen in den Bereichen: Behandlung, Wohnen, Tätigkeit/Arbeit und Freizeit/Kontakte
- Zufriedenheit mit dem Interesse und Respekt durch MitarbeiterInnen in den Bereichen: Behandlung, Wohnen, Tätigkeit/Arbeit und Freizeit/Kontakte
- Ausreichende Informationen über Hilfemöglichkeiten
- Einschätzung über das Eingehen auf die persönliche Situation in den Bereichen: Behandlung, Wohnen, Tätigkeit/Arbeit und Freizeit/Kontakte
- Zufriedenheit mit dem Ergebnis der geleisteten Hilfen in den Bereichen: Behandlung, Wohnen, Tätigkeit/Arbeit und Freizeit/Kontakte
- Zufriedenheit mit der Einbeziehung des sozialen Umfeld
- Empfehlenswerte Einrichtungen in den Bereichen: Behandlung, Wohnen, Tätigkeit/Arbeit und Freizeit/Kontakte.

Der Bogen I2 zur Lebensqualität des IBRP verwendet Fragen zu folgenden Bereichen.³²

- Allgemeines Lebensgefühl
- Zufriedenheit mit Arbeit/Ausbildung/Beschäftigung
- Zufriedenheit mit Freizeitgestaltung

30 Siehe Kap. 4.4.2.2

31 KAUDER/AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997

32 Ebenda

- Zufriedenheit mit Finanzen
- Zufriedenheit mit Wohnung
- Zufriedenheit mit Gesetz und Sicherheit
- Familie
- Gesundheit

9.4.5 Daten zur regionalen Qualität und Zielplanung des psychiatrischen Hilfesystems

Für die Psychiatrieberichterstattung sind Daten und Informationen von Interesse, die sich nicht aus der Aggregation von klienten- oder einrichtungsbezogenen Daten ergeben. So lassen sich zwar z. B. die an einem GPV beteiligten Einrichtungen, die Leistungsangebote eines GPV sowie dessen Budget aus einrichtungsbezogenen und klientenbezogenen Daten aggregieren, nicht jedoch die Fragen, ob ein GPV formal geregelt ist oder ob es einen Psychiatriekoordinator gibt. Derartige Fragen sind jedoch für die Berichterstattung von Interesse, da sie Indikatoren für den Entwicklungsstand des psychiatrischen Hilfesystems darstellen.

Auch hier ist die Folgerung, dass es im Dokumentationssystem ein »Modul« geben muss, das auf der Ebene eines regionalen Hilfesystems (GPV) Informationen und Daten enthält, die an anderer Stelle des Dokumentationssystems nicht zu generieren sind.

Von der Arbeitsgruppe »Personenzentrierter Ansatz« der AKTION PSYCHISCH KRANKE wurde für das Implementations- und das Dokumentationsprojekt der »Bogen zur regionalen Selbsteinschätzung und Zielplanung in der Psychiatrie« (ReZiPsych) erarbeitet. Mithilfe dieses Bogens soll vom Psychiatriekoordinator in Abstimmung mit dem regionalen Psychiatriegremium die Psychiatrieplanung strukturiert werden. Der ReZiPsych beinhaltet Items aus folgenden Bereichen:

- **Auf der Arbeitsebene hinsichtlich der individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplanung**
 - Die Beteiligung an der Erstellung des Hilfeplanes
 - Die Benennung von Zielen, zielorientierte Hilfeplanung
 - Personenzentrierte Leistungserbringung
 - Kontinuität der koordinierenden Bezugsperson
 - Kontinuität der wesentlichen Therapeuten
- **Auf der Organisationsebene hinsichtlich**
 - Integrierter Leistungserbringung im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen unter Einbeziehung von ...
 - Koordination
 - Personenzentrierte Organisation der Hilfen
- **Auf der Ebene der zur Verfügung stehenden Ressourcen in Sachen der Nutzung sozialrechtlicher Ansprüche**
 - Leistungsangebote im Versorgungsgebiet
 - Spezialisierte Leistungen für psychisch kranke Menschen
 - Weitere Angebote

- **Auf der Ebene der Ressourcen hinsichtlich der Organisation der Finanzierung**
 - Finanzierung nach dem BSHG
 - Finanzierung durch Sozialversicherungsträger
- **Auf der Ebene der Verbundgestaltung**
 - Regionale Versorgungsverpflichtung
 - Rechtliche Verbundgestaltung
 - Einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement
 - Gremien und Funktionen
 - Gremium zur Verwendung von Ressourcen im Einzelfall
 - Budgettransparenz hinsichtlich folgender Bereiche
 - Regionale Gesundheitsberichterstattung

Diese Items werden mit Freitext-Feldern zur Planung und Steuerung im regionalen psychiatrischen Hilfesystem verknüpft:

- Aktuell zu bearbeitende Themen (verknüpft mit den Items zur Selbsteinschätzung)
- Ziele
- Vorgehen

9.4.5.1 Erprobung des ReZiPsych

Der vom regionalen Psychiatriegremium (z. B. Beirat) erarbeitete ReZiPsych wird regelmäßig (z. B. jährlich) fortgeschrieben. Das beinhaltet auch die Überprüfung der zwischenzeitlichen Entwicklung insbesondere des Grads der Zielerreichung in der Entwicklungsplanung sowie die Neuformulierung der Zielerreichung und der geplanten Maßnahmen.

Der ReZiPsych wurde während der Projektlaufzeit in 15 Modellregionen systematisch angewandt, in der AG PZA überarbeitet und als bearbeitbares Formular ins Internet gestellt.³³

9.4.6 Daten der Leistungsträger

Die Daten der einzelnen Leistungsträger über Art, Anzahl und Kosten der von ihnen finanzierten Maßnahmen für die verschiedenen Zielgruppen wurden bisher nur im Ausnahmefall auf regionaler Basis zusammengeführt. Dem stehen einerseits datenschutzrechtliche Probleme entgegen, sowohl bei der Zuordnung zu den einzelnen Leistungsempfängern als auch zu den einzelnen Leistungserbringern. Andererseits haben Vorstellungen zur regionalen Ressourcensteuerung, etwa über ein

33 www.IBRP-online.de/rezipsych

leistungsträgerbezogenes regionales Psychriatriebudget, bisher nur wenig Interesse gefunden, außer bei einigen Sozialhilfeträgern. Ein regionales leistungsbezogenes Psychriatriebudget ist aber Voraussetzung für zielgruppenbezogene Umsteuerungen von einer Leistungsart auf eine andere und auch für Ausgleichsbemühungen zwischen den Leistungsträgern, z. B. bei Mischfinanzierungen.

Auch hier ist der Gesetzgeber gefordert, durch rechtliche Vorgaben endlich für Transparenz in der Finanzierung zielgruppenbezogener Leistungsprofile zu sorgen.

9.5 Zusammenfassung – der Weg zum IPDS-R

Gesundheitsberichtserstattung und Entwicklungsplanung in der psychiatrischen Versorgung müssen zunächst auf regionaler Basis implementiert werden. Aufgrund der Zersplitterung der Zuständigkeit, der unterschiedlichen Vorgaben der Leistungsträger und der weitgehend fehlenden Rechtsvorschriften ist die Datenbasis überall mangelhaft. Die im Rahmen dieses Projekts vorgeschlagenen Datenstrukturen für

- die Beschreibung von Versorgungsregionen
 - die klientenbezogene Dokumentation (IPDS-K)
 - die angebotsbezogenen Daten
 - die Daten aus Nutzerbefragung
 - die Daten zur Regionalen Selbsteinschätzung und Zielplanung (ReZiPsych)
- bilden ein regionales integriertes Dokumentationssystem (IPDS-R), das auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen schrittweise eingeführt werden kann.

In den Modellregionen des Implementationsprojekts wurde in Teilen damit begonnen. Die Vorgaben rechtsverbindlicher Regelungen für Leistungserbringer und für Leistungsträger würde den Prozess wesentlich beschleunigen.

10 Das IPDS als Grundlage verbundorientierten Qualitätsmanagements

Auch im psychiatrischen Hilfesystem hat seit den 80er-Jahren das Qualitätsmanagement einen deutlichen Aufschwung erfahren und hat in der Folge in zahlreichen sozialrechtlichen Bereichen seinen gesetzlichen Niederschlag gefunden. Aber auch in fachlicher Hinsicht haben sich Maßnahmen zur Qualitätssicherung, -entwicklung und -management in allen Hilfesegmenten durchgesetzt.

Dokumentation hat im Rahmen des Qualitätsmanagements eine wichtige und grundlegende Funktion in direkter und indirekter Hinsicht. So wird allgemein schon das Vorhandensein (was die Benutzung einschließt) von Dokumentationssystemen als Anforderung, Indikator bzw. Kriterium insbesondere für »Prozessqualität« gesehen. Dies gilt in erster Linie für die Qualitätssicherung bzw. Qualitätskontrolle. »Die Dokumentation erhobener Befunde und erbrachter Leistungen von Behandlung und Pflege ist wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Sie hat alle für die Diagnostik, die Behandlung und Pflege sowie deren Effizienzprüfung erforderlichen Daten der Person und ihrer Vorgeschichte zu erfassen und sollte Aussagen zur Prognose sowie zur Weiterbehandlung und Maßnahmeplanung enthalten, falls dies zur Sicherung der sozialen Integration des Patienten bzw. der Patientin erforderlich ist. Die Dokumentation soll die aktuelle Behandlung weitgehend unterstützen und zu ihrer inhaltlichen Ausrichtung beitragen (planungs- und zielorientierte Dokumentation), zum anderen soll sie ermöglichen, den Behandlungs- und Leistungsverlauf für andere Personen und für eine spätere Beurteilung nachvollziehbar zu machen [...].«¹

Dokumentationssysteme haben eine gestaltende Funktion insbesondere für die Gestaltung von Behandlungsprozessen.² Dokumentation bzw. Dokumentationssysteme sind darüber hinaus auch als wesentliche Voraussetzung bzw. Grundlage zu sehen für Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung. Zwar ist die Dokumentation der unterschiedlichsten Daten und Informationen zunächst als eine Qualitätsbeschreibung zu sehen, »der Übergang von Qualitätsbeschreibung zur Qualitätssicherung (und Qualitätsentwicklung, d. Verf.) geschieht durch die Analyse dokumentierter Daten, dem Ziehen von Schlussfolgerungen daraus und ihrer Umsetzung in der Versorgungspraxis. Dies sind Vorgänge, die nach der Dokumentation des Ist-Zustandes in Gang gesetzt werden müssen.«³

1 AKTION PSYCHISCH KRANKE 1996: 64

2 Siehe hierzu Kap. 2

3 SALIZE et al 1998: 7.

Kallert und Becker sprechen in diesem Zusammenhang von »qualitätssichernden Potenzen«, die in (standardisierter) Dokumentation begründet, allerdings noch nicht hinreichend ausgeschöpft sind.⁴

Die Funktionen bzw. die Potenzen von Dokumentation für ein Qualitätsmanagement sind vielfältig und können an dieser Stelle nur angedeutet werden. Grundsätzlich lässt sich die Notwendigkeit von Dokumentation – neben rechtlichen Erwägungen – auch auf einer ethisch begründeten Ebene professioneller Handlungsnormen begründen.⁵

Darüber hinaus ist Dokumentation:

- die Basis von weiteren Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements (z. B. Qualitätszirkel, Fallkonferenzen) wie auch des externen Qualitätsmanagements (z. B. Audits, Peer-Review-Verfahren, Kontrollen).
- notwendig zur Überprüfung und Entwicklung von (Behandlungs-)Prozessen und ihrer Ergebnisse bzw. Wirkungen. Dies gilt sowohl in psychiatrisch-fachlicher als auch in wirtschaftlicher Hinsicht.
- erforderlich für die Entwicklung von Hilfestrategien, nicht zuletzt im Sinne einer Entwicklung Evidenz-basierter Leitlinien.⁶
- von versorgungsstrukturellem Nutzen. Erst auf der Grundlage dokumentierter Informationen bzw. Daten lassen sich Systeme effektiv steuern oder auch eine »Evidenz-basierte« Gesundheitspolitik gestalten.

Systeme und Maßnahmen des Qualitätsmanagements (und damit auch Dokumentation und Dokumentationssysteme) stoßen dort an ihre Grenzen, wo sie einrichtungs- bzw. institutionszentriert angelegt sind. Mit dem »Paradigmenwechsel« von einer institutionszentrierten- zu einer personenzentrierten Sichtweise geraten (regionale) arbeitsteilig vernetzte Hilfesysteme in den Vordergrund. Dies bedeutet: Gegenstand eines Qualitätsmanagements kann nicht mehr (nur) eine bestimmte Einrichtung oder ein Versorgungsbereich sein, sondern eben ein regionales Hilfesystem in seiner Gesamtheit. Auch für das Qualitätsmanagement gilt es, einen Paradigmenwechsel zu vollziehen und die bisher herrschende Fragmentierung zu überwinden. Ziel von Qualitätsentwicklung muss es sein, die psychiatrische Versorgung insgesamt, d. h. auf allen Ebenen des (regionalen) Hilfesystems zu verbessern.

Nur ein Dokumentationssystem, das auf Vernetzung angelegt ist, kann seine qualitätsverbessernde Funktion für das Hilfesystem erfüllen.

Bezieht man die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf die Ebene regionaler Hilfesysteme, so sind insbesondere folgende Funktionen von Bedeutung.

4 KALLERT/BECKER 2001 a: 104

5 DIES.: 2001 a: 94 ff.

6 GAEBEL 1995 a; KRISCHKER et al. 1998

Strukturqualität

Auf der Ebene des Hilfesystems erscheinen im Rahmen einer personenzentrierten Perspektive die institutionszentrierten Qualitätsindikatoren, wie z. B. räumliche und sächliche Ausstattung, personelle Ausstattung, Qualifikationen, Leistungsangebote etc. in einem anderen Licht. Auf der Systemebene wird nicht (nur) gefragt, ob diese Ressourcen in Einrichtungen (Institutionen) vorhanden sind, sondern die Perspektive verändert sich auf die Fragestellung: Welche Ressourcen sind in regionalen Hilfesystemen wo vorhanden und können wie genutzt werden? Die Frage der Abhängigkeit der Ressourcennutzung muss aufgrund des Flexibilitätsgebotes nicht davon abhängig gemacht werden von der Frage, wo Ressourcen vorhanden sind.

Auch treten unter einer personenzentrierten Perspektive andere Fragen hinzu, die die Strukturqualität regionaler Hilfesysteme betreffen, wie z. B.:

- Kann eine regionale Versorgungsverpflichtung wahrgenommen werden? Wenn ja, in welchem Ausmaß?
- Sind die unterschiedlichen notwendigen Funktionsbereiche und Hilfsfunktionen hinreichend im Sinne des regionalen Bedarfs ausgeprägt?
- Wie sind die Kooperationsstrukturen innerhalb des Hilfesystems ausgeprägt und (vertraglich) abgesichert?
- Hat das Hilfesystems die erforderliche Flexibilität, um auf individuelle Hilfebedarfe reagieren zu können?
- Welche finanziellen Ressourcen (unterschiedlicher) Leistungsträger stehen zur Verfügung? Sind sie ausreichend? Werden sie wirksam eingesetzt?

Ein IPDS kann hinsichtlich der Beschreibung von »Strukturqualität« eine wichtige Grundlage darstellen, wenn die erforderlichen Informationen/Daten in einer standardisierten Form vorhanden sind.

Prozessqualität

Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Anlauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung einer Hilfeleistung. Innerhalb eines Hilfesystems verlaufen – insbesondere im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen und/oder auch im Zeitverlauf – Hilfeprozesse jedoch arbeitsteilig. Die Dokumentation, d. h. ein vernetztes Dokumentations-systems hat in diesem Zusammenhang eine strategische Funktion, die sich in unterschiedlichen Bereichen zeigt. Die spezifische Gestaltung des IPDS-K wird in seiner gestaltenden Funktion Hilfestellungen dazu leisten, dass während eines – auch längerfristigen – Behandlungsprozesses eine umfassende Perspektive sowie eine Kontinuität des Behandlungsprozesses gewahrt bleibt.

Es regt bestimmte Fragestellungen und Reflexionsprozesse an und sorgt dafür, dass Denkprozesse, Handlungsabläufe und Kooperationsprozesse strukturiert werden. Denn: Erst auf der Grundlage eines einrichtungübergreifend dokumentierten Behandlungsplanes mit definierten Zielen und Aufträgen sind die beteiligten Leistungserbringer überhaupt in der Lage, ihre jeweiligen Behandlungsaufträge zu spezifizieren und innerhalb eines abgestimmten und dokumentierten »Zielkorridors« zu erbringen.

Dasselbe gilt für die Dokumentation und Evaluation des Verlaufs eines Hilfeprozesses. Eine gegenseitige Übermittlung dokumentierter Informationen im Rahmen eines IPDS muss als Grundlage angesehen werden, damit arbeitsteilig erbrachte Hilfen in ihrer Gesamtheit überhaupt angemessen in ihrem Verlauf beobachtet (Monitoring) und bewertet (Evaluation) werden können.

Damit können mithilfe eines IPDS z. B. Schwachstellen und Reibungsverluste in der Zusammenarbeit ermittelt und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung ergriffen werden.

Mithilfe eines IPDS können Reibungsverluste an Schnittstellen, die z. B. bei einem Übergang eines Patienten von unterschiedlichen Hilfeformen oder Funktionen entstehen können, vermieden werden. Hier können die »logistischen« Funktionen eines IPDS in der Form genutzt werden, das z. B. erforderliche Informationen über einen Patienten (z. B. anamnestiche Daten, Behandlungsplan) bei einem Leistungserbringer vor seiner physischen Anwesenheit schon vorhanden sind und entsprechende Vorbereitungen getroffen werden können. Hierdurch wird die Prozessqualität direkt erhöht, u. a. dadurch, dass z. T. lästige »Aufnahmerituale« in Einrichtungen reduziert werden können.

Die Einführung eines IPDS in einer Region kann schon für sich als Indikator für die Verbesserung der Prozessqualität gewertet werden, denn es ist ein Ausdruck einer veränderten Arbeitshaltung regionaler Akteure, die ihre jeweiligen (institutionsbezogenen) Behandlungsprozesse klientenbezogen aufeinander beziehen und abstimmen und sich gegenseitig über Behandlungsverläufe etc. informieren wollen.

Ergebnisqualität

Geht man davon aus, dass die Ergebnisqualität psychiatrischer Leistungen sich darauf bezieht, in welchem Ausmaß die mit der Behandlung verbundenen Zielsetzungen erreicht wurden, dann bekommt auch diese Dimension auf der Systemebene eine veränderte Perspektive. Aus der Systemperspektive stellt sich nicht mehr (nur) die Frage, inwieweit einzelne Maßnahmen bzw. Leistungen »erfolgreich« (oder auch nicht) gewesen sind, sondern inwieweit sich – auch hinsichtlich unterschiedlicher Zielgruppen – ein dem individuellen Hilfebedarf

entsprechender »Mix« unterschiedlicher Leistungen bzw. Maßnahmen als erfolgreich herausstellt. Hierauf sind auch Untersuchungen zur Zufriedenheit und/oder Lebensqualität abzustellen. Dies bedeutet jedoch, dass für die Beurteilung von Ergebnisqualität insbesondere längerfristiger und/oder komplexer Behandlungsprozesse eine einrichtungsübergreifende Dokumentation unerlässlich ist, da nur auf dieser Grundlage die erforderlichen Informationen zusammen getragen werden können.

Gerade im Sinne von »Ergebnisqualität« ist es mithilfe eines IPDS möglich, nicht nur kurzfristige, sondern auch langfristige Behandlungsergebnisse bzw. Wirkungen komplexer Hilfeleistungen zu ermitteln. Damit besteht längerfristig auch die Möglichkeit, evidenz-basierte Leitlinien für die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen oder bestimmter Zielgruppen zu erstellen, die sich – berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend – auf sämtliche Hilfebereiche beziehen.

Stellt man die drei genannten Qualitätsdimensionen in Beziehung, so ergeben sich auch Möglichkeiten, die in der Steuerung regionaler Hilfesysteme liegen und damit im politischen Bereich. Eine »evidenz-basierte« Gesundheits- bzw. Psychiatriepolitik, die einen fachlich fundierten Einfluss auf die Strukturierung von Hilfesystemen nehmen will sowie auf die dort stattfindenden Prozesse und die Ergebnisse von Hilfeleistungen im Sinne einer Qualitätsentwicklung optimieren will, kann dies nur auf der Grundlage eines gesicherten konzeptionell geordneten und sorgfältig ausgewerteten Datenmaterials tun.

11 Entwicklung seit Erarbeitung des IPDS

Komplementärer und ambulanter Bereich auf der Anbieterseite

In diesem Bereich ergeben sich langsame Weiterentwicklungen, die jedoch im Schwerpunkt abrechnungszentriert bleiben. Entwicklungen im Bereich der Therapieplanung sind eher lokal bezogen und nur wenig in ein gesamt strukturelles Gebilde eingebunden. Da Abrechnungssysteme inhaltlichen Entwicklungen oft nur folgen oder gänzlich unabhängig davon entstanden sind, bilden die Systeme nur partiell die Arbeitsstruktur der Handelnden ab. Bei Beobachtungen im Nahbereich werden die bestehenden Systeme schon als Weiterentwicklung wahrgenommen, wobei das Risiko entsteht, dass Instrumente, die ursprünglich der Abrechnung mit dem jeweiligen Kostenträger oder einer Psychiatrieplanung dienten, plötzlich gleichsam wie evidenzbasierte Leitlinien in der Betreuung wahrgenommen und umgesetzt wurden. Dies führt dazu, dass das Erfassungsinstrument die Prozesse und Ergebnisse der Behandlung mehr bestimmt haben als Behandlungsleitlinien, -korridore usw.

Ausgehend von der »Initialzündung« durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat die FHS Fulda, den IBRP zum Herunterladen für das digitale Dokumentieren mit einem Lehrprogramm ins Netz gestellt.¹ In mehreren Regionen gibt es Initiativen in Richtung auf eine EDV-gestützte trägerübergreifende Dokumentation, zumindest zunächst für die Leistungen der Eingliederungshilfe. Eine Koordination oder gar eine Synchronisierung mit dem Krankenhausbereich ist aktuell nirgends verwirklicht.

Klinikbereich auf der Anbieterseite

Gerade in den letzten Jahren ist ein Kondensationsprozess bei den EDV-Großanbietern aufgetreten. Dies betraf insbesondere marktführende Anbieter wie MICOM und GWI. Parallel dazu kam es in den Nicht-Psychiatriebereichen zu einer Entwicklung, die von der Einführung und Umsetzung der DRGs bestimmt sind. Die Entwicklungen haben somit über den Abrechnungs- und Kodierungsbereich

1 www.ibrp-online.de

kaum Ressourcen für die Weiterentwicklung psychiatrischer Fragestellungen freigehalten. Daneben haben insbesondere auch Kliniken mit einem zusätzlichen DRG-Bereich ihre finanziellen Ressourcen dort eingesetzt, um diese risikobehafteten Bereiche abzusichern. Dabei wurden auch Softwarepakete mit integriert, die bei der internen Leistungserfassung Verbesserung erbrachten.

Dies ging erst einmal zu Ungunsten der psychiatrischen Infrastruktur sowie der dafür verfügbaren Ressourcen.

Im Rahmen dieser Entwicklungen beklagten viele mittelständische Anbieter, dass sie sich auf das »Abenteuer« prozessorientierte Dokumentation im Bereich Psychiatrie nur dann einlassen wollen, wenn rechtliche Außenfaktoren einen Druck zugunsten der Dokumentationsstrukturen aufbauen und diese Strukturen allgemein verbindlich bestehen. Dabei wird auf die Auswirkungen der DRG-Lösung verwiesen.

Entwicklungen sind somit weiterhin auf Einzelinitiativen in wenigen Kliniken beschränkt. Dabei gibt es interessante Ansätze, die aber außerhalb des IPDS anzusiedeln sind. Die Folgen sind Partialabbilder ohne spätere Integrierbarkeit. Dabei werden dann insbesondere Schnittstellen, Anpassbarkeit (Customizing) und Dokumentationsanforderungen (Verfügbarkeit, Vollständigkeit, Rechtssicherheit) oder der Prozessablauf vernachlässigt. Umgekehrt verdeutlicht es sich, dass gerade die Fragen inhaltlicher Qualitätssicherung, die aktuell über Hülsenware wie formularisierte Querschnitterfassungen kaum hinausreichen (nach dem Motto »reden wir mal darüber«), standardisierter Datenerfassungen bedürfen, die in das Behandlungsprozedere unmerklich integriert sind und im Hintergrund die benötigten Daten in geforderter Qualität zur Verfügung stellen. Hier besteht mit der Veröffentlichung dieser Untersuchung die Hoffnung auf Neubelebung der Umsetzungsdynamik. Gerade in einem Public-Private-Partnership-Modell könnte eine einheitliche, die Versorgungsstrukturen übergreifende Dokumentation aktiviert werden. Vorteile würden hier darin bestehen, dass die Firmenunabhängigkeit eine Homogenität der Software für die Anwender mit sich bringt. Dabei ist angesichts der zögerlichen und oft mehr als halbherzigen Umsetzung von Dokumentationsstrukturen im stationären Bereich durch bestehende EDV-Anbieter auch die Chance beinhaltet, dass gemeinsame Schnittstellen und Datendefinitionen die Anknüpfung der Dokumentationssoftware an bestehende Abrechnungssoftwaresysteme ermöglichen.

Ein standardisiertes flächendeckendes Dokumentationssystem ist nicht nur für die Hilfeplanung im Einzelfall und für die Entwicklungsplanung der regionalen Versorgung letztlich unverzichtbar. Es ist auch für Versorgungsforschung unabdingbar. Leider haben sich die Universitäten hier bisher sehr zurückgehalten. Dies ist möglicherweise zum einen dadurch begründet, dass integrierte berufs- und bei Bedarf einrichtungsübergreifende Komplexleistungsprogramme von den Universitätskliniken wenig angeboten und noch weniger beforscht werden

und dass die Pharmafirmen hierfür als Drittmittelgeber nicht in Frage kommen, zum anderen, dass die dafür interdisziplinäre erforderliche Zusammenarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund und z. B. auch mit den Informatikinstitutionen noch nicht allgemeiner Standard ist.

Ein standardisiertes flächendeckendes Dokumentationssystem zu entwickeln und in mehreren Regionen zu erproben, ist eine dringliche Aufgabe und eine wissenschaftliche Herausforderung. Eine Realisierung erscheint für die absehbare Zeit nur dann möglich, wenn Forschungsmittel auftragsgebunden zur Verfügung gestellt werden. Angesichts der überschaubaren Kosten eines derartigen Forschungsprojekts und den erheblichen Auswirkungen für eine wirksame Steuerung der Ressourcen im Einzelfall wie in der Versorgungsregion sowie letztlich für die Versorgungsforschung als Grundlage für die Gesetzgebung erscheint das Bundesgesundheitsministerium hier der am ehesten interessierbare und zugleich geeignete Drittmittelgeber.

ICF und IBRP – die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bei der personenzentrierten Hilfeplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

Das Grundkonzept der ICF (einer Weiterentwicklung der ICIDH) entspricht durchaus dem personenzentrierten Ansatz. Ausgangspunkt ist der Zusammenhang von »Körperfunktionen«, Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation) untereinander und mit den persönlichen und den sozialen Kontextbedingungen. Der Aufbau des Kategoriensystems für den Bereich der mentalen Funktionen ist in mancher Hinsicht kritikwürdig. Die ICF ist zudem kein Instrument für die Hilfeplanung, allenfalls ein Instrument, das – ähnlich wie der Übersichtsbogen des IBRP – Hilfestellungen für die Problemanalyse geben kann. Zu diesem Zweck soll nach einer Vereinbarung der Träger der Rehabilitation die ICF für die Dokumentation und Klassifikation aller Rehabilitationsverfahren genutzt werden.

Aus diesem Grunde haben nach Vorarbeiten von Gromann die Autoren dieses Berichts (Kruckenberg, Reumschüssel-Wienert und Grampp) eine »Übersetzung« der Kategorien der Übersicht über Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen des IBRP in Kategorien der ICF vorgenommen, was unschwer möglich war. Eine kritische Darstellung dieser Arbeit findet sich im Anhang.²

2 KRUCKENBERG, P., REUMSCHÜSSEL-WIENERT, Ch. und GRAMPP, P.: ICF und IBRP – die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bei der personenzentrierten Hilfeplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Ausblick

Aktuell ergeben sich, da die Vereinnahmung im Rahmen eines sich hektisch verändernden DRG-Bereiches nachlassen, Chancen, die psychiatrische Dokumentation wieder anzugehen. Besieht man sich die Heterogenität der Verwaltungssysteme im EDV-Bereich, so sind aber Einzelanbieterlösungen eher kritisch zu bewerten, da sie wieder nur zu firmenideologisch unterlegten Kleinlösungen führen, die nicht wirklich gleiche Strukturen garantieren.

Daher sollte die Überlegung dahin gehen, eine Arbeitsgruppe aus Klinikern und EDV-Fachleuten ohne vorrangig merkantile Interessen dabei zu unterstützen, dass diese in den nächsten Jahren ein schlankes, nicht überfrachtetes, flexibles und doch klar aufgebautes EDV-Instrument erarbeiten, das sich an bestehenden Standards orientiert. Hierbei wären Aufträge an eine Forschungseinrichtung, die zeitgleich Lehrinrichtung ist, zu bevorzugen. Der vorliegende Bericht kann im Hinblick auf die Prozessgestaltung und auch auf die schrittweise Machbarkeit einer derartigen Arbeitsgruppe gute Hilfestellungen leisten. Die Projektgruppe empfiehlt dem Bundesgesundheitsministerium, die Möglichkeit der Finanzierung eines entsprechenden Implementationsprojekts zu prüfen.

mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) – 2006, zur Publikation eingereicht.

Anhang 1

Abb. 16: IBRP, Bogen 3a: Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen – Anpassung auf Kategorien der Internationalen Klassifikation von Funktionen, Behinderung und Gesundheit

IBRP-Version 5.0 (www.IBRP-online.de)	IBRP mit ICF-Kategorien
Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Teilhabe	Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
+ besondere Fähigkeiten	+ Stärke
+ 0 keine Beeinträchtigung	0 keine Beeinträchtigung
1 leichte Ausprägung	1 leichte Beeinträchtigung
2 mäßige ausgeprägte Beeinträchtigung	2 ausgeprägte Beeinträchtigung
3 erhebliche ausgeprägte Beeinträchtigung	3 stark ausgeprägte Beeinträchtigung
4 voll ausgeprägte Beeinträchtigung	
5 nicht spezifiziert	
6 nicht anwendbar	
I. Besondere Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen/Gefährdungen der Teilhabe durch die psychische Erkrankung	I. Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung und Fähigkeiten zu deren Bewältigung (nach ICF)
a) Antrieb, Depressivität, Selbstwertgefühl	a) Antrieb, Motivation (inkl. Depression ICF b 1300, b 1301)
b) Körpererleben	b) Emotionalität (Affekt; inkl. Angst: ICF b 152)
c) Angstsyndrome, Zwänge	c) Denken (formal und inhaltlich, ICF b 160)
d) Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahn)	d) Wahrnehmung (Erkennung und Interpretation: ICF b 156)
e) Abhängigkeit (Suchtverhalten)	e) Gedächtnis/Orientierung (ICF b 144/b 114)
f) emotionale Instabilität	f) Intelligenz (inkl. Sprache und Rechnen, ICF b 117/b 167/b 172)
g) Gedächtnis/Orientierung	g) Einsicht, Urteil, Planung (höhere kognit. Funktionen: ICF b 164)
h) Auffassung/Intelligenz	h) Körpererleben (inkl. Selbst- und Zeitwahrnehmung: ICF b 180)
i) Sinnorientierung des Lebens	i) Schlafen (b 134)
k) bei körperlicher Erkrankung/Behinderung	k) Impulskontrolle (Drang nach Suchtmitteln: ICF b 1303)
l) selbstgefährdendes Verhalten	l) Impulskontrolle (selbstgefährdendes Verhalten: ICF b 1341)
m) störendes/fremdgefährdendes Verhalten	m) Impulskontrolle (fremdgefährdendes Verhalten: ICF b 1341)
	o) psychische Stabilität (ICF b 126.3)
	p) körperliche Erkrankung (ICF ...)
	q) (ICF b ...)

IBRP-Version 5.0 (www.IBRP-online.de)	IBRP mit ICF-Kategorien
<p>II. Besondere Fähigkeiten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen</p>	<p>II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen</p>
<p>a) im engeren Wohn-/Lebensbereich b) in Partnerschaft/Ehe c) in sonstigen familiären Beziehungen d) im Außenbereich e) im Bereich Ausbildung/Arbeit</p>	<p>a) Beziehungskompetenz (ICF d 710, d 720) b) Familienbeziehungen (ICF d 760) c) intime Partner-/Ehebeziehungen (ICF d 770) d) Beziehungen im Bereich Arbeit (Vorgesetzte, Kollegen, Untergebene: ICF d 740) e) informelle soziale Beziehungen (ICF d 7500)</p>
<p>III. Besondere Fähigkeiten o. Beeinträchtigungen der Teilhabe in den Lebensfeldern</p>	<p>III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstsorge/Wohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstsorge/Wohnen
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit/arbetsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit/arbetsähnliche Tätigkeiten/Ausbildung
<ul style="list-style-type: none"> • Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
<p>a) Ernährung</p>	<p>a) essen, trinken, sich ernähren (ICF d 550/d 560/d 630)</p>
<p>b) Körperpflege/Kleidung</p>	<p>b) sich waschen, seine Körperteile pflegen, sich kleiden und Haushaltsgegenstände pflegen (ICF d 510/d 520/d 540/d 650)</p>
<p>c) Umgang mit Geld</p>	<p>c) mit Geld und Kontoführung umgehen können, einkaufen (ICF d 860/d 865/d 630)</p>
<p>d) Wohnraumreinigung und -gestaltung</p>	<p>d) Hausarbeiten erledigen (ICF d 640)</p>
<p>e) Mobilität</p>	<p>e) Mobilität (ICF d 470)</p>
<p>f) körperliche Aktivitäten</p>	<p>f) auf seine Gesundheit achten (ICF d 570)</p>
<p>g) sprachliche Ausdrucksfähigkeit</p>	<p>g) sich auf eine Erwerbstätigkeit vorbereiten (ICF d 840)</p>
<p>h) Tag-Nacht-Rhythmus</p>	<p>h) eine Arbeit erhalten, behalten und beenden, in bezahlter Tätigkeit (ICF d 845, d 850)</p>
<p>i) Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen</p>	<p>i) eine Arbeit erhalten, behalten und beenden, in unbezahlter Tätigkeit (ICF d 845, d 855)</p>
<p>k) Inanspruchnahme medizinischer/sozialer Hilfen</p>	<p>k) Schulbildung/Berufsausbildung (ICF d 825, d 830, d 839)</p>
<p>l) Aufnahme einer Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung</p>	<p>l) am Gemeinschaftsleben teilnehmen (ICF d 9100)</p>
<p>m) Erfüllung der Arbeits-/Ausbildungsanforderungen</p>	<p>m) Erholung und Freizeit (ICF d 9200)</p>
<p>n) Gestaltung frei verfügbarer Zeit</p>	<p>n) Religion und Spiritualität (ICF d 9300)</p>
<p>o) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben</p>	<p>o) Inanspruchnahme von Diensten der sozialen Sicherheit (ICF e 570)</p>
	<p>p) Inanspruchnahme von Diensten des Gesundheitswesens (ICF e 580)</p>

Anhang 2

ICF und IBRP – die Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bei der personenzentrierten Hilfeplanung für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

Peter Kruckenberg, Christian Reumschüssel-Wienert und Peter Grampp

Das Konzept der ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit – ICF – hat in der theoretischen Grundlegung von Klassifikation den Wandel von einer schädigungszentrierten zu einer funktionsorientierten Konzeption von Gesundheit und Behinderung vollzogen.

Ausgangspunkt ist der Begriff der Funktionsfähigkeit:¹

»Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation – Teilhabe – an allen Lebensbereichen).

Der Behinderungsbegriff der ICF dient als Oberbegriff für jegliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit eines Menschen.«

Wesentlich ist die Grundlegung eines biopsychosozialen Modells, das auf dem Verständnis von den Wechselbeziehungen zwischen Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten im täglichen Leben und Teilhabe an den Lebensbereichen

1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit (ICF), Stand Oktober 2005, Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, S. 9

abzielt. Es wird davon ausgegangen, dass diese Wechselbeziehungen abhängig sind von persönlichen und von sozialen und materiellen Kontextfaktoren.

Beurteilt wird die Funktionsfähigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen: Lernen und Wissensanwendung, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Die Beurteilung soll eine quantifizierende Abschätzung ergeben, im Sinne von *Leistung* – unter den gegebenen Lebensbedingungen – und *Leistungsfähigkeit* – unter »Standard- oder Testbedingungen«. Die Umfeldfaktoren – Produkte und Technologien, natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, Unterstützung und Beziehungen, Einstellungen, Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze – sollen durch Ermittlung ihres positiven oder negativen Einflusses auf die Funktionsfähigkeit gewichtet werden.

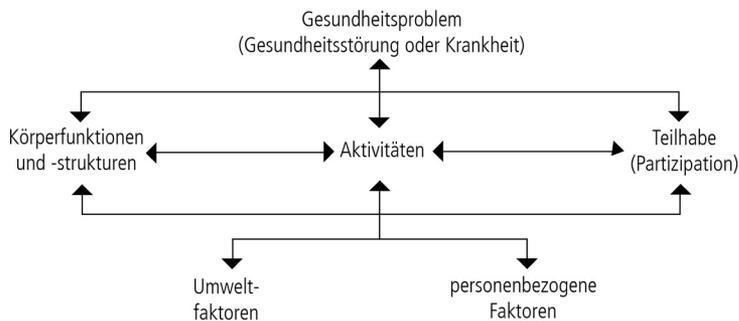


Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den ICF-Komponenten²

Personenbezogenen Kontextfaktoren werden (noch) nicht klassifiziert. »Zu ihnen gehören Geschlecht, ethnische Herkunft, Alter, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Bewältigungsstile und andere derartige Faktoren.«

Jeder einzelne Klient wird durch ein baumartig gegliedertes Klassifikationssystem abgebildet, in dem Einschätzungen zur Funktionsfähigkeit in Teilbereichen unter den gegebenen und unter möglichen, nicht beschriebenen Bedingungen eingetragen werden. »Es ist jedoch wichtig, Daten über diese Konstrukte unabhängig voneinander zu erheben und anschließend Zusammenhänge und kausale Verknüpfungen zwischen ihnen zu untersuchen.«³ Diese Untersuchung und Dokumentation erfolgt nicht im Rahmen der ICF.

2 ebd., S. 23 3 a. a. O. S. 24

3 a. a. O. S. 24

Darin liegt ein wesentliches Problem – besonders bei psychischen Erkrankungen und Behinderungen.

Die Ziele der ICF liegen eher auf einer pragmatischen und einer kommunikativen Ebene:

Es wird eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung funktionaler Gesundheit zur Verfügung gestellt, um so die Kommunikation zwischen Fachleuten der Rehabilitation sowie im Gesundheits- und Sozialwesen und den Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeit zu verbessern. Ein wesentlicher Vorteil in dieser funktionalen Sprache liegt darin, dass einer »moralisierenden« Beschreibung z. B. von Beeinträchtigungen der Teilhabe eine Absage erteilt wird. »Wichtig ist, Kriterien und Erfahrungen für die Unterscheidung zwischen *Nichtwollen* (z. B. *Faulheit*) und – *krankheitsbedingt* – *Nichtkönnen* zu erhalten.« (KUNZE 1994, 249).⁴

Die ICF stellt ein einheitliches und systematisch aufgebautes Verschlüsselungssystem zur Verfügung, das Berichte und Datenvergleiche auf den unterschiedlichsten Ebenen sowie im Zeitverlauf ermöglicht.

Die Bedeutung der ICF lässt sich mit SCHUNTERMANN (2003, 56)⁵ wie folgt skizzieren:

- Mit dem funktionalen Behinderungs- bzw. Gesundheitsbegriff sowie dem Ziel der Teilhabe an unterschiedlichsten Lebensbereichen fußen alle modernen Begriffe der Rehabilitation auf der ICF. Die ICF ist damit nutzbar für die Feststellung des Reha-Bedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung, des Monitoring und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen.
- Sie dient gleichermaßen für den Abbau von Barrieren in der Gesellschaft und Umwelt, die Teilhabemöglichkeiten erschweren und dem Ausbau von Förderfaktoren, die Teilhabe wiederherstellen oder unterstützen.

Die Grenzen des ICF beschreibt SCHUNTERMANN (ebd.) wie folgt:

- Die ICF ist keine Klassifikation funktionaler Diagnosen, sondern mit ihr können funktionale Befunde und Symptome angegeben werden.
- Sie ist kein Assessmentinstrument. Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden. Dies ist auch erforderlich.

Im Hinblick auf die Anwendung bei seelischen Erkrankungen und Behinderungen hat die ICF deutliche Grenzen und Unzulänglichkeiten.

4 KUNZE, Heiner: Schizophrenien und affektive Störungen. In: BUNDESARBEITGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hg.): Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2005, 3. Aufl., S. 245–257.

5 SCHUNTERMANN, Michael: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Die Deutsche Rentenversicherung 1–2/2003, S. 52–59.

Durch die »baumartige« getrennte Verschlüsselung von Beeinträchtigungen, z. T. mit Ergänzung durch grob strukturierte kontextuelle Bedingungsfaktoren ohne Darstellung des inhaltlichen Zusammenhangs besteht die Gefahr einer »bruchstückhaften funktionalen Momentaufnahme«, die der Genese psychischer Erkrankung bzw. der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Klienten und seiner zirkulären Einbindung in die Lebensverhältnisse nicht gerecht wird. Für den Bereich der Schizophrenien legt beispielsweise das von Ciompi et al. entwickelte »Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell« eine prozessorientierte systemische Sichtweise nahe, die die Entwicklung der Krankheit – mithin auch der Beeinträchtigungen – konzeptionell in einen lebensgeschichtlichen Zusammenhang stellt.

Die ICF wurde von einem Modell spezifischer körperlicher Bedingungen und Einflussfaktoren abgeleitet. Dies wird auch deutlich an der z. T. merkwürdigen Gliederung und Beschreibung der »mentalen Funktionen«, die in »globale« (b110–b139) und »spezifische« (b140–b189) Funktionen gegliedert werden. Die Bemühungen, möglichst umgangssprachlich verständliche Beschreibungen zu verwenden, sind deutlich erkennbar. Im Detail wird jedoch dahinter ein überholtes biologisches Verständnis seelischer Störungen offenbar. So bei der Definition der »globalen Funktionen die von Temperament und Persönlichkeit«, die wie folgt beschrieben werden: »Allgemeine mentale Funktionen, die *das anlagebedingte Naturell* einer Person betreffen, individuell auf die Situation zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von einer anderen unterscheiden. Inkl. Funktionen, die Extraversion, Introversion, Umgänglichkeit, Gewissenhaftigkeit, psychische und emotionale Stabilität, Offenheit gegenüber Erfahrungen, Optimismus, Neugier, Vertrauen und Zuverlässigkeit betreffen.«⁶

Funktionsfähigkeit auf diesem theoretischen Hintergrund quantifizierend zu bewerten, muss man sehr kritisch sehen.

*Vor allem aber ergibt sich aus einem von einem auf die ICF-Kriterien geschulten Mitarbeiter für einen bestimmten psychisch kranken oder behinderten Menschen erarbeiteter Set von Beurteilungen kein zusammenhängendes Verständnis von den Fähigkeiten, Probleme, Ziele, Bedürfnisse, Entwicklungsmöglichkeiten und Hilfebedarfe dieser Person. Die Beurteilung ist also für die Hilfeplanung nur sehr begrenzt brauchbar – tendenziell oft sogar irreführend.*⁷

In der ICF fehlen zudem entwicklungspsychologische und psychodynamische Aspekte in der Beurteilung der Patienten, was sich insbesondere in Beurteilung neurotischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen bemerkbar macht. Die ICF

6 a. a. O. S. 53 Hervorhebung durch die Autoren dieses Beitrags.

7 Das gilt auch für das sogenannte »Metzler-Modell«, das – unabhängig von der individuellen Hilfeplanung – in einigen Ländern für die Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen bei der Eingliederungshilfe benutzt wird.

beinhaltet nicht wirklich ein Ressourcenmodell, sondern zeigt nur die Differenz zwischen idealtypischer Situation und Realität hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation auf.

Erst in dem Zusammenhang von Lebensgeschichte, aktueller Situation und Problemlagen sowie von individuellen Zielen und Motiven sowie von vorfindbaren (Entwicklungs-)Möglichkeiten und Gelegenheiten lassen sich Beeinträchtigungen und Ressourcen abschätzen und konkrete Hilfen, d. h. auch Rehabilitationsmaßnahmen überhaupt planbar machen. Die Feststellung von funktionalen Beeinträchtigungen allein macht von sich aus noch keinen Rehabilitationsbedarf aus. Dies wird z. B. deutlich bei Menschen, die Stimmen hören. Es ist schon zweifelhaft, ob dies immer als »Störung der Körperfunktion« beurteilt werden darf. Der Zusammenhang der Halluzinationen mit Aktivitäten und Partizipation kann unbedeutend oder sehr gravierend sein und ist oft nicht bestimmbar. Noch weniger lässt sich aus einer eventuellen Klassifizierung der Halluzinationen als »Körperlicher Funktionsstörung«, auch aus – im Vergleich zur Durchschnittsperson – möglicherweise eingeschränkten Aktivitäten und Teilhabe allein ein Hilfebedarf bzw. ein Rehabilitationserfordernis ableiten.

Im Rahmen einer personenzentrierten Behandlungsplanung mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) lassen sich die genannten Schief lagen und Grenzen der ICF jedoch auffangen. Dies liegt insbesondere daran, dass der IBRP – im Gegensatz zur ICF – ein Instrument ist, das sowohl ein Assessment vor einem lebensgeschichtlich bedeutsamen und alltagsweltlichen Hintergrund beinhaltet als auch konkrete zielgerichtete Rehabilitationsplanung unter Einbeziehung der Motive und Wünsche sowie spezifischer Schädigungen und Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe des Individuums ermöglicht. Hierbei ist die funktionale Herangehensweise ein wichtiges Überschneidungsfeld mit der ICF.

Die Nutzung der ICF für den IBRP

Im Rahmen des durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE entwickelten personenzentrierten Ansatzes⁸ ist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) das zentrale Instrument zur Ermittlung eines auf die Person zugeschnittenen Hilfebedarfs und der Rehabilitationsplanung. Hierbei ergeben sich Überschneidungen zur ICF, die im Folgenden kurz umrissen werden sollen. Hierbei wird auf die Prozessschritte bei der Erarbeitung des IBRP rekuriert. Sie bestehen in:

-
- 8 Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Baden-Baden. Nomos-Verlagsgesellschaft 1999.
KAUDER, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn. Psychiatrie-Verlag 2004, 4. Auflage.

- (1) Ermittlung der angestrebten Lebensform (Wohnform, Arbeit und Beschäftigung, Tages- und Wochengestaltung)
- (2) Problemanalyse (Unterstützungen/Belastungen, Fähigkeiten, Störungen)
- (3) Ermittlung der Ziele der Hilfen (Besserung, Stabilisierung von Störungen/Fähigkeiten, Ausgestaltungen von Aktivitäten und Partizipation in der Lebensform)
- (4) Einschätzung des Hilfebedarfs (Selbsthilfe, Hilfen im Umfeld, allgemeine soziale und medizinische Hilfen, psychiatrische Hilfen)
- (5) Maßnahmeplanung (psychiatrisches Fachpersonal, Zuständigkeiten, koordinierende Bezugsperson)
- (6) Abstimmung der Hilfen
- (7) Monitoring und Evaluation der Hilfen

Im Hinblick auf die Beziehungen zwischen ICF und IBRP sind die ersten vier Prozessschritte bedeutsam, in der konkreten Verknüpfung von IBRP und ICF nur der zweite Schritt. Dabei ist zu beachten, dass die folgenden Aspekte zentral bei der Erarbeitung des IBRP sind:

- Der IBRP wird immer in Abstimmung mit dem Klienten erstellt. Er ist damit auch ein Hilfsmittel, um in einen Dialog mit dem Klienten einzutreten. Die Motive, Wünsche und Bedürfnisse des Klienten stehen im Vordergrund. Die Abklärung ihrer Realisierbarkeit und der dafür erforderlichen Voraussetzungen sind Teil der therapeutischen Arbeit.
- Der IBRP ist zielgerichtet. Die angestrebte Lebensform, hinsichtlich der Aktivitäten und der Teilhabe des Klienten am gesellschaftlichen (inkl. beruflichen) Leben ist vorrangiges Ziel.
- Die Erarbeitung des IBRP ist ein *personenzentrierter zirkulärer Prozess*, der Wechselwirkungen berücksichtigt und vorschnelle Annahmen von Kausalzusammenhängen ebenso vermeidet wie oft fehlleitende Festlegungen auf unverbundene institutionszentrierte Maßnahmen. So ist die gemeinsame Zielbestimmung das Ergebnis aus der zirkulären Aufarbeitung: Welche Lebensform soll unter kritischer Würdigung von Ressourcen und Beeinträchtigungen (Problemen) mit den dafür erreichbaren Hilfen konkret angestrebt werden?
- Der IBRP geht strikt von der Ressourcenorientierung aus und geht über Einschätzung von funktionellen Einschränkungen, Handicaps bzgl. der Zielsetzungen usw. hin zu dem Hilfebedarf, den Aufträgen, Aufgaben usw. Damit setzt der IBRP breiter an und umschließt einzelne Funktionen des ICF. Dies führt zu einer strukturierten Abbildung der Hilfeplanung auch in prozessualer Hinsicht.

Bei der Ermittlung der angestrebten Lebensform (Wohnform, Arbeit und Beschäftigung, Tages- und Wochengestaltung) und daraus folgend der Ziele und der erforderlichen Hilfen wird der IBRP genutzt mit dem Ziel »Ausgrenzungen und Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen (einschließlich

des beruflichen) Leben abzuwenden und durch die Hilfen zur selbstständigen Lebensführung bzw. (Re-)Integration in ein selbstbestimmtes Wohnumfeld und zu der angestrebten – unter den Gegebenheiten des ersten und zweiten Arbeitsmarkts bestmöglichen – Integration in Arbeit und Beschäftigung beizutragen. Die Aktivierung des Selbsthilfepotenzials sowie des Potenzials des sozialen Umfeldes (Kontextbedingungen) stehen hier an erster Stelle.

Die Problemanalyse erfolgt hinsichtlich der *Ressourcen und Beeinträchtigungen bezogen auf die angestrebte Lebensform in ihrem lebensweltlichen und dynamischen Zusammenhang*. Bei der Problemanalyse gibt es Beziehungen zur ICF, so bei

- der Ermittlung von psychischen Beeinträchtigungen (»Funktionen«), die in den verschiedenen Lebensbereichen relevant sind
- bei der Ermittlung von zu erwartenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten in den Lebensbereichen, die zumeinen mit psychischen Probleme (z. B. Motivationsbildung und -erhaltung, psychische Belastbarkeit, Problemlösungsfähigkeit und Entscheidungsfindung, Kommunikationsschwierigkeiten im privaten und öffentlichen Bereich) zusammenhängen können, zum anderen mit anderen persönlichen Faktoren oder mit Faktoren im sozialen Umfeld
- bei der Ermittlung von Beeinträchtigungen der Teilhabe, wie z. B. an der sozialen Integration im privaten Umfeld (persönliche Beziehungen, Wohnen), dem Arbeits- und Berufsleben und dem gesellschaftlichen Leben (Sport, Kultur u. a. gemeinschaftliche Kommunikationsformen).

Allerdings sollen gemäß ICF die Beeinträchtigungen erhoben werden entweder in Bezug auf die real gegebene Lebenssituation oder auf eine idealtypische »Testsituation«. Für die partielle Verknüpfung von ICF und IBRP im Übersichtsbogen des IBRP (s. Anhang 1) gehen wir davon aus, dass anstelle der »Testsituation« die Ressourcen und Einschränkungen des Klienten bezogen auf die Zielsituation grob abgebildet werden. Diese stellen ein Hilfsmittel für die Problemanalyse dar, in dem sie die Übersichtlichkeit erleichtern. Diese »Ressourcen- und Problemübersicht« bildet zusammen mit den Informationen aus der Anamnese, den Informationen über die Rahmenbedingungen und die dynamischen Zusammenhänge der Lebenssituation und der zusammenfassenden Analyse der Problematik und dem Hilfekonzept die Grundlage für die Hilfeplanung (inkl. Hilfebedarfsfeststellung).

Im IBRP ist die tabellarische Übersicht über Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen wie folgt gegliedert:

I. Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychische Erkrankung und Fähigkeiten zu deren Bewältigung

Hier werden beispielhaft eine Reihe von Items im Sinne von »psychopathologisch« bedeutsamen Faktoren bzw. Funktionen aufgenommen und einem »alltagsweltlichem Assessment« im Sinne einer Übereinkunft mit dem Klienten

zugänglich gemacht, die auch in der ICF unter Störungen im Kapitel 1: Mentale Funktionen vermerkt sind.

II. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen

Unter dieser Ziffer werden beispielhaft Items aufgenommen, die in der ICF im Rahmen von Aktivitäten und Teilhabe (dort im Kapitel 7): Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen vermerkt sind.⁹

III. Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern Selbstsorge/Wohnen – Arbeit/arbeitsähnliche Tätigkeit/Ausbildung – Tagesgestaltung/Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Unter dieser Ziffer werden beispielhaft Items aufgenommen, die in der ICF im Rahmen von Aktivitäten und Teilhabe im Kapitel 5: Selbstversorgung, Kapitel 6: Häusliches Leben, Kapitel 8: Bedeutsame Lebensbereiche, insbesondere d860 Elementare Transaktionen, Kapitel 9: Gemeinschafts-soziales und staatsbürgerliches Leben, insbesondere d920, Erholung und Freizeit, d930 Religion und Spiritualität vermerkt sind.

Die Abbildung in Anlage 1 zeigt, dass eine Zuordnung der Kategorien in der IBRP-Tabelle zu Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen mit geringen Anpassungen gelingt.

Ein Vergleich mit dem ICF-Manual zeigt, dass längst nicht alle Kategorien der ICF in der Tabelle auftauchen. Dies wird aber von den ICF-Autoren nicht als Nachteil gesehen. Sie empfehlen sogar, für bestimmte Zielgruppen eine regelmäßig zu berücksichtigende Auswahl zu nutzen und nur bei speziellen Problemlagen weiter Items im Manual herauszusuchen.

Der »Mehrwert«, der sich aus der Anpassung für den IBRP ergibt, ist gering, schon aufgrund der geschilderten inhaltlichen Problematik in einigen ICF-Kategorien. Er besteht im Wesentlichen darin, dass durch die Anpassung die gemeinsame konzeptionelle Grundorientierung deutlich wird und dass – nach der Entscheidung der Rehabilitationsträger, die ICF flächendeckend anzuwenden – dies im Rahmen einer integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung mit dem IBRP jetzt problemlos möglich ist.

Durch dieses rekursive Verfahren ist gewährleistet, dass eine funktionale Betrachtung im Sinne der ICF in Einklang gebracht werden kann mit einer sozialpsychiatrisch-fachlichen Sichtweise. Diese kann die Grenzen des ICF durch ihre Verbindung mit der Lebensgeschichte des Individuums und durch ihren prozesshaften Charakter überwinden.

9 a.a.O., S. 115

Zusammenfassung

Der personenzentrierte Ansatz in der Rehabilitation mit dem dazugehörigen Instrument IBRP und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gehen von dem gleichen Grundkonzept aus:

- Der Berücksichtigung des Zusammenhangs von Fähigkeiten/Störungen, Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten
- Der Berücksichtigung von persönlichen und gesellschaftlichen Kontextbedingungen.

Aus diesem Grunde war es ohne Schwierigkeiten möglich, ein Teilinstrument des IBRP – den Bogen Übersicht über Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen – in der ICF-Systematik zu fassen und damit die ICF in die personenzentrierte Hilfeplanung zu integrieren. Dieses Vorgehen zeigt zugleich mit aller Deutlichkeit, dass es für die Rehabilitationsplanung nicht genügt, von Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe additiv zu bestimmen und zu bewerten, sondern dass eine prozessorientierte, zirkuläre unter allen Beteiligten – vor allem mit dem Klienten – abgestimmte Hilfeplanung erforderlich ist.

12 Literatur

- AKTION PSYCHISCH KRANKE/DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT/SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (Hg.) Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 99. Baden Baden: Nomos, 1998
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Tagungsmaterialien der Tagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. vom 8.–10. Mai 1996 in Bonn. Bonn: Eigenverlag, 1996
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Der personenzentrierte Ansatz – individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem. 5. Erweiterte Auflage 2005 Bonn: Psychiatrie-Verlag
- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung, unveröffentlichter Abschlussbericht des Projektes
- ALBRECHT, G./INGENLEUF, H.-J./GÜNTHER, C./HANEBERG, J. Die Entwicklung der Lebenszufriedenheit im Zuge der Enthospitalisierung chronisch-psychisch kranker Langzeitpatienten. In: BADURA/SIEGRIST, 1999: 339–361
- ALEMANN, U. v./SCHATZ, H. Mensch und Technik. Grundlagen und Perspektiven sozialverträglicher Technikgestaltung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 2. Aufl. 1987
- ANDERSEN, H. H./HENKE, K.-D./GRAF v.D. SCHULENBURG, J.-M. Basiswissen Gesundheitsökonomie. Band 1: Einführende Texte. Berlin: edition sigma 1992
- ANDRESEN, B./STARK, F.-M./GROSS, J. (Hg.) Mensch Psychiatrie Umwelt. Ökologische Perspektiven für die soziale Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1992
- ANGERMEYER, M./HOLZINGER, A./MATSCHINGER, H. Lebensqualität, das bedeutet für mich ... Ergebnisse einer Umfrage bei schizophrenen Patienten. In: Psychiatrische Praxis 26 (1999): 56–60
- AUST, B. Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Discussion Paper P94-201 der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB, 1994
- BADURA, B./SIEGRIST, J. (Hg.) Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim und Basel: Juventa Verlag, 1999
- BALK, L./KLEIN, H./SCHMIDTKE, A. (Hg.) Grundlagen der Bedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung. Bocholt: Ecanos Verlag, 1998
- BARDEHLE, D. Die Datenlücke. In: Deutsches Ärzteblatt; 98: A 1107–1109 [Heft 17]
- BARDEHLE, D./STROHMEIER, K. P. Möglichkeiten der Gesundheitsberichterstattung zur Aufdeckung sozialer Ungleichheiten. In: Public Health Forum 33/2001: 9–10
- BECKER, T./HÜLSMANN, S./KNUDSEN, H. C./MARTINY, K./AMADDEO, F./HERRAN, A./KNAPP, M./SCHENE, A. H. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. In: Soc Psychiatr Epidemiol (2002) 37: 465–474
- BECKER, T./KLUGE, H./KALLERT, T. W. Standardisierte Dokumentation und Psychiatrieberichterstattung. In: KALLERT/BECKER 2001, S. 155–208
- BEECHAM, J./JOHNSON, S./the EPCAT Group The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 2000; 102 (Suppl. 405): 33–46
- BENNETT, D. H. Einige Bemerkungen zur Rehabilitation psychisch und geistig Behinderter in Großbritannien. In: BMJFG, 1975
- BERGER, W./WELSCHHOLD, M. Basisdokumentation für psychiatrische Ambulanzen (AmBADO). Psycho-soziale Arbeitshilfen 19. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
- BERNSTEIN, K. PICNIC – Professionals and Citizens Network for Integrated Care. www.ethel.org/publications, 1998
- BLEICHER, K. Das Konzept integriertes Management. Frankfurt am Main: Campus, 1991
- BÖKER, F. M./JESCHKE, F./BRIEGER, P. Psychiatrische Versorgung in Sachsen Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem »European Services Mapping Schedule« ESMS. In: Psychiatrische Praxis 2001; 28: 393–401

- BÖLTER, W. Telematik im Kontext neuer Versorgungsstrukturen nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V). In: KLUSEN/MEUSCH 2002: 59–78
- BRENNER, G. Wer soll Strukturen und Abläufe der Telekommunikation im deutschen Gesundheitswesen organisieren? In: GVG 2001: 25–32
- BRÜLLE, H./REIS, C./REISS, H.-C. Neue Steuerungsmodelle in der Sozialen Arbeit. Ansätze zu einer adressaten- und mitarbeiterorientierten Reform der öffentlichen Sozialverwaltung. In: REIS/SCHULZE-BÖING 1998: 55–79
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe/con_sens (Hamburg) Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 1999 und 2000. Münster: Eigenverlag, 1999
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hg.) Wohnformen für Behinderte und sachliche Zuständigkeit nach dem Bundessozialhilfegesetz. Münster: Eigenverlag, 3. Aufl., 1997
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Diskussionsentwurf Gemeinsame Empfehlungen »Qualitätssicherung«. Stand: 19.11.2002 Frankfurt am Main 19.11.2002
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Gesamtplan nach § 46 Bundessozialhilfegesetz. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 18. November 1999 in Hamburg. Bundesempfehlung 1999
- Bundesempfehlung gemäß § 93 d Abs. 3 BSHG für Landesrahmenverträge nach § 93 d Abs. 2 BSHG vom 15. Februar 1999 In: NDV Heft 11/1999: 377–384
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) Telematik für das Gesundheitswesen. Aktivitäten im Geschäftsbereich des BMG – Auszug. Bonn, 7. April 1999 www.afgis.de/pdf/AktivitaetenBMG.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) Telematik – Anwendungen im Gesundheitswesen: Nutzungsfelder, Verbesserungspotentiale und Handlungsempfehlungen. Schlussbericht der Arbeitsgruppe 7, Forum Info 2000. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 105. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998
- Bundesminister für Jugend , Familie, Frauen und Gesundheit (Hg.) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn: Eigenverlag, 1988
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.) Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundestagsdrucksache 7/4201, 1975
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.) Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Ausgabe 1995/1996. Berlin: Eigenverlag, 1996
- CORDING, C./SPENGLER, A./STIEGLITZ, R.-D./GEISELHART, H./JOHN, U./NETZOLD, D. W./SCHÖNELL, H. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. In: Spektrum 1/1995: 3–41
- CREFELD, W./KUNZE, H./JAGODA, B./AKTION PSYCHISCH KRANKE Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung. Tagungsberichte Bd. 22. Köln: Rheinland-Verlag, 1996
- CREPE, P./GLANVILLE, B./HORNE, E. v./JENSEN, K./VENDESBERG, P. Nutzer Bewertungs Fragebogen Psychosozialer und Psychiatrischer Einrichtungen. Übersetzt von Ruth Vogel. Manuskript o. J.
- DÄBRITZ, S. Anspruch und Wirklichkeit von Pflegedokumentation in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Bericht über ein Fachtagung des Deutschen Vereins. In: NDV 1/2003: 17–20
- DE JONG, A. ICMHC: International classification of mental health care; a tool for describing services providing mental health care. Groningen: WHO Collaborating Centre, Dep. Of Social Psychiatry. University of Groningen, 1996
- DE JONG, A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). In: Acta Psychiatrica Scandinavia 2000; 102 (Suppl. 405): 8–13
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hg.) ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Entwurf zu Korrekturzwecken, Stand 24.09.2002 www.dimdi.de
- DIETZEL, G. T. W. Gesundheitstelematik, Telemedizin & eHealth. Deutsche und Europäische Initiativen. In: JÄCKEL 2000: 14–19
- DIETZEL, G. T. W. eHealth und Telematik – Stand und Perspektiven in Deutschland und Europa. In: KLUSEN/MEUSCH 2002: 45–54
- DILLING, H. Das psychiatrische Anamnesemosaik. In: Nervenarzt 57/1986: 374–377
- DILLING, H./BALK, F./BOSCH, G./CHRISTIANSEN, U./ECKMANN, F./KAISER, K. H./KUNZE, H./SEELHEIM, H./SPANGENBERG, H. Die psychiatrische Basisdokumentation. In: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 11/1982: 147

- DOARÉ, H. European Health Telematics Association (ETHEL). In: GVG 2001: 51–52
- DORENBURG, U. Instrumente zur Qualitätssicherung in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 38 (1999) I–VIII
- DÖRNER, K./PLOG, U. *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996
- DÖRR, M. EDV – Unterstützung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: *Public Health Forum* 27/2000: 15
- ECKMANN, F./HELMCHEN, H./SCHULTE, P. W./SEELHEIM, H./ZANDER, H. Die psychiatrische Basisdokumentation. Übersicht über Dokumentationssysteme in In- und Ausland und Vorschlag der DGNP zur Vereinheitlichung der Merkmalskataloge. In: *Nervenarzt* 44/1973: 561–568
- empirica-Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung/WRC – Work and Research Centre Study on the Use of Advances Telecommunications Services by Health Care Establishments and Possible Implications for Telecommunications Regular Policy of the European Union – SATS – Final Report. Bonn/Dublin, 2000 www.ethel.org/publications
- FÄHNRIICH, E. Erfahrungen mit der Basisdokumentation im klinischen Bereich. In: *Psycho* 7/8/2000: 381–385
- FARIN, E./JÄCKEL, W.H. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: *Die BKK* 8/2001: 33–39
- FLOYD, C. STEPS-Softwaretechnik für Evolutionäre, Partizipative Systementwicklung. Berlin: TU-Berlin, 1989
- GAEBEL, W./FALKAI, P. (Hg.) *Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Wien/New York: Springer, 1998
- GAEBEL, W./SCHWARZ, M. Elemente der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: LAIREITER/VOGEL 1998: 377–401
- GAEBEL, W. (Hg.) *Qualitätssicherung im Psychiatrischen Krankenhaus*. Wien/New York: Springer-Verlag, 1995
- Gemeinsame Empfehlungen Soziotherapie Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie in der Fassung vom 29. November 2001.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe 1996 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 07.03.1996.
- Gemeinsame Rahmenempfehlung 1999 Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.) *Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zur 2. Plenumveranstaltung*. Berlin: Quintessens Verlags-GmbH, 2001 www.atg.de
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.) *Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen. Erwartungen der Partner im Gesundheitswesen an eine moderne Infrastruktur*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2000
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (Hg.) *eHealth 2002 – Telematik im Gesundheitswesen. Dokumentation zum nationalen und internationalen Kongress 05.–07. 03.2002 im Maritim Hotel Bonn*. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH, 2002
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung/Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen. *Managementpapier »Sicherheitsinfrastruktur«*. Köln, 2001 www.atg.gvg-koeln.de/main/berichte.htm
- Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (Hg.) *Psychiatriebericht Dortmund*. Dortmund: Eigenverlag, 2000
- GLAESKE, G. Daten Sammeln! Ein Chip für mehr Arzneisicherheit. In: *Dr. Med. Mabuse* 11/12/2001: 15–17
- GLOVER, G.R./SINCLAIR-SMITH, H. Computerised information systems in English mental health care providers in 1998. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2000) 35: 518–522
- GLOVER, G.R. A comprehensive clinical Database for mental health care in England. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epideiol* (2000) 35, S. 523–529
- GOETZ, CF-J. Integrierte Gesundheitsnetze: Beschreibung der notwendigen Systemkomponenten. In: *BMG* 1998 a: 19–32
- GRAMPP, P. *Vernetzung und Dokumentation in der Psychiatrie*. Nicht veröffentlichtes Manuskript, 2002
- GRIGUTSCH, V. Telematik in der Praxis I: Entwicklungen auf Bundesebene. In: GVG 2002: 67–69
- GROMANN, P. *Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001

- GROMANN, P. Ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem im Urteil der Patienten und Klienten. In: *Psychosoziale Umschau* 2/1999: 4–6.
- HAAS, P. Patientenorientierte Versorgungsabläufe und ihre Vernetzung. In: *BMG* 1998 a: 119–167
- HEALTH PLANS Concerteted Action (Hg.) *Healthcare Telematics Models, Plans, Guidelines and Recommendations*. D 3.1 June 1998 www.ethel.org/publications
- HERRMANN-WOITAS, E./SPEICHER, J./SCHWEIZER, J. Personenzentrierung im psychiatrischen Wohnverbund: Was nützt der IBRP. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 3/2000
- HEUFT, G./SENF, W. (Hg.) *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 1998
- HILDEBRAND, E./SELZ, R. Wandel betrieblicher Sozialverfassung durch systemische Kontrolle? Die Einführung computergestützter Produktionsplanungs- und -steuerungssysteme im bundesdeutschen Maschinenbau. Berlin: edition sigma, 1989
- HOFFMANN, K./PRIEBE, S./IDERMANN, M./KAISER, W. Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. In: *Psychiatrische Praxis* 24 (1997): 221–226
- IGES Psychiatrische Versorgung in Hessen – Entwicklung bis 2007. Gutachten im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, Wiesbaden. Schriftenreihe Strukturforchung im Gesundheitswesen, Band 29. Berlin: IGES-Eigenverlag, 2002
- JÄCKEL, A./SCHOLLMAYER, A./DUDECK, J. Einführung in die Chancen und Voraussetzungen von Telematikanwendungen im Gesundheitswesen. www.telemedizin-journal.de, 2000
- JÄCKEL, A. (Hg.) *Telemedizinführer Deutschland*. Ausgabe 2001 Ober-Mörlen: Medizin Forum AG, 2000
- JÄCKEL, A. (Hg.) *Telemedizinführer Deutschland*. Ausgabe 2002 Ober-Mörlen: Medizin Forum AG, 2001
- JOHNSON, S./KUHLMANN, R./the EPCAT Group The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102 (Suppl. 405): 14–23
- KAISER, W./PRIEBE, S./HOFFMANN, K./ISERMANN, M. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. In: *Nervenarzt* (1996) 67: 572–582
- KAISER, W./PRIEBE, S./BARR, W./HOFFMANN, K./ISERMANN, M./RÖDER-WANNER, U.-U./HUXLEY, P. Profiles of subjective quality of life in schizophrenics in- and out-patient samples. In: *Psychiatry Research* 66 (1997): 153–166
- KALLERT, T. W./BECKER, T. (Hg.) *Basisdokumentation in der Gemeindepsychiatrie. Entwicklung und Erprobung eines Versorgungsbereiches für den komplementären Versorgungsbereich*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001
- KALLERT, T. W./BECKER, T. Begründen professionelle Handlungsleitlinien die Notwendigkeit einer Basisdokumentation? In: *KALLERT/BECKER 2001*: 94–114
- KALLERT, T. W./BECKER, T./SCHÜTZWOHL, M./KLUGE, H./BACH, O. Zur Reflexion rechtlicher Problemstellungen auf den Entwicklungsprozess einer Basisdokumentation für komplementäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen. In: *KALLERT/BECKER 2001*: 68–93
- KALLERT, T. W./SCHÜTZWOHL, M./LEIßE, M./BECKER, T./KLUGE, H./KILIAN, R./ANGERMAYER, M./BACH, O. Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich. Entwicklung und Erprobung im Freistaat Sachsen. In: *Psychiatrische Praxis* 27/2000: 86–91
- KALLERT, T. W./BECKER, T./SCHÜTZWOHL, M./KLUGE, H. Rechtliche Problemstellungen einer Basisdokumentation für komplementäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen. In: *Recht & Psychiatrie*: 1/2000: 20–28
- KAMPE, D. M. Erwartungen des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen. In: *GVG* 2001: 43–50
- KARL, E.-L. Qualitätssicherung in der Rehabilitation – Das Programm der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Nachrichtenblatt LVA Baden* 6/2000: 344–347
- KAUDER, V./KUNZE, H./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) *Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht 26*. Bonn: Rheinland-Verlag, 1999
- KAUDER, V./AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997 (Hg.) *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Psychosoziale Arbeitshilfen 11*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1997
- KEBBEL, J. Case-Management als unterschiedliche Aufgabe von Betreuerinnen/Betreuern und von Therapeutinnen/Therapeuten bzw. Pflegekräften. In: *CREFELD* 1996: 163–172
- KETELSEN, R./ZECHERT, C./KLIMITZ, H./RAUWALD, C. Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. In: *Psychiatrische Praxis* 2001; 28: 69–74
- KILIAN, R./BERNERT, S./MATSCHINGER, H./MORY, C./ROIK, C./ANGERMAYER, M. C. Die standardisierte

- Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. In: *Psychiatrische Praxis* 2001; 28, Sonderheft 2: 79–83
- KIPP, J./KRISTEN, R./KUNZE, H./SCHMIED, H.-P./THIES, J. Basisdokumentation: Die stationäre Versorgung einer Region durch ein psychiatrisches Krankenhaus und eine psychiatrische Abteilung. Ergebnisse einer gemeinsamen Auswertung. In: *Der Nervenarzt* 9/1998
- KISTNER, W./OPPERMANN, G. Qualitätssicherung in der psychiatrischen Pflege. In: *GAEBEL* 1995: 132–144
- KISTNER, W. Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege. Stuttgart/Jena: Gustav Fischer, 1992
- KLUGE, H./CORDING, C./BECKER, T. Anwendungs- und Nutzungsmöglichkeiten einer standardisierten Dokumentation. In: *Psycho* 7/8/2000: 386–390
- KLUGE, H./BECKER, T./KILIAN, R./KALLERT, Th. W./SCHÜTZWOHL, M./LEIßE, M./BACH, O./ANGERMEYER, M. C. Entwicklung einer Basisdokumentation für die komplementäre psychiatrische Versorgung. In: *Gesundheitswesen* 66/1999: 323–330
- KLUSEN, N./MEUSCH, A. (Hg.) Gesundheitstelematik. Medizinischer Fortschritt durch Informationstechnologien. Beiträge zum Gesundheitsmanagement 2. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2002
- KNUDSEN, HC./THORNICROFT, G. (eds) *Mental health service evaluation*. Cambridge: University Press, 1996
- KORDY, H./HANNÖVER, W. Beobachten, Dokumentieren, Bewerten, Steuern: Qualitätsmanagement in der stationären Psychotherapie. In: LAIREITER et al. 1998 a
- KRISCHKER, S./FLEISCHMANN, H./CORDING, C. Basisdokumentation in der Psychiatrie. In: LAIREITER/VOGEL 1998: 401–420
- KRUCKENBERG, P. Entwicklungsperspektiven in der Psychiatrie. Vortragsmanuskript, 2001
- KRUCKENBERG, P. Der Mensch im Mittelpunkt. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten Hilfesystem. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 3/2000: 17–21
- KRUCKENBERG, P./KRUCKENBERG, H. Wollen wir wirklich anders? Personenzentrierte Hilfen – Glaubwürdigkeitstest für die Sozialpsychiatrie. In: *Soziale Psychiatrie* 1/1999: 4–9
- KRUCKENBERG, P./KUNZE, H./BRILL, K.-E./CROME, A./GROMANN, P./HÖLZKE, R./KRÜGER, U./STAHLKOPF, D. Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band I. Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit »Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung«. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 116. Bonn: Nomos Verlagsgesellschaft, 1999
- KRÜGER, U./REUMSCHÜSSEL-WIENERT, C. 2. Thüringer Psychiatrieplan. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaates Thüringen. Hamburg 1999, Manuskript
- KUNZE, H. De-Institutionalisierung im Kopf – vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. In: *Krankenhauspsychiatrie* 2001/12: 48–55
- KUNZE, H. Integration psychiatrischer Versorgung und die Umsetzung des § 93 BSHG. In: *Psycho* 26/2000: 369–374
- KUNZE, H. Evaluation gemeindepsychiatrischer Dienste aus der Sicht des psychiatrischen Krankenhauses. In: *GAEBEL/FALKAI* 1998: 337–345
- KUNZE, H. Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund. In: *KRUCKENBERG et al.* 1997: 17–26
- KUNZE, H./KRUCKENBERG, P. (Hg.) Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band II. Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 116 II. Bonn: Nomos Verlagsgesellschaft, 1999
- KUNZE, H./PÖRKSEN, N./AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) *Qualität in Psychiatrischen Kliniken*. Tagungsbericht. Bonn: Rheinland-Verlag, 1997
- LAIREITER, A.-R./STIEGLITZ, R.-D./BAUMANN, U. Dokumentation in der Klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie. In: *STIEGLITZ et al.* 2001: 65–79
- LAIREITER, A.-R./LETTNER, K./BAUMANN, U. *PSYCHO-DOK*. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie: Beschreibung und Funktion im Rahmen des Qualitätsmanagements von Psychotherapie. In: *LAIREITER/VOGEL* 1988 a: 209–224
- LAIREITER, A.-R./LETTNER, K./BAUMANN, U. *Psycho-Dok*. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. Manual und Glossar. Materialien DGVT; 35 Tübingen; dgvt Verlag, 1998 b
- LAIREITER, A.-R./VOGEL, H. (Hg.) *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 1998

- LANG, F. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten und die ärztliche Schweigepflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Frankfurter Studien zum Datenschutz Bd. 9. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1997
- LÄNGLE, G./WELTE, W./RENNER, G./ROESGER, U./WASCHULEWSKI, H. Kooperationsleitlinien – Ein Beitrag zur Entwicklung der Prozessqualität in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. In: Gesundheitswesen 60 (1998), S. 148–153
- LAUTERBACH, K./LINDLAR, M. Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin in Deutschland. Gutachten für die Friedrich Ebert Stiftung. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung, 1999 www.fes.de
- LEGINSKI, W./CROZE, C./DRIGGERS, J./DUMPAN, S./GEERTSEN, D./KAMIS-GOULD, E./JO NAMEROW, M./PATTON, R. Data standards for mental health decision support systems. A report of the task force to revise the data content and system guidelines of the mental health statistics improvement program. <http://www.mhisp.org/documents/fn-10.htm>, 1989
- LITTEK, W./RAMMERT, W./WACHTLER, G. (Hg.) Einführung in die Arbeits- und Industriosozologie. Frankfurt am Main: Campus (2), 1983
- MALSCH, T./SELZ, R. (Hg.) Die neuen Produktionskonzepte auf dem Prüfstand. Beiträge zur Entwicklung der Industriearbeit. Berlin: edition sigma (2), 1988
- MAMBREY, P./OPPERMANN, R./TEPPER, A. Computer und Partizipation. Ergebnisse zu Gestaltungs- und Handlungspotentialen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1986
- MANGIAPANE, N. Potenziale der medizinischen Telematik und ihr Transfer in die Regelversorgung. In: KLUSEN/MEUSCH 2002: 89–100
- MICHELS, U. Rechtliche Grundprobleme der digitalen Dokumentation, Archivierung und Kommunikation. In: Telemedizin Journal 1/2000 www.telemizin-journal.de/recht.htm
- MORY, C./MATSCHINGER, H./BERNERT, S./ANGERMEYER, M. C. Die deutsche Version der Verona Service Satisfaktion Scale (VSSS-54). Ein Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit psychiatrischer Behandlung. In: Psychiatrische Praxis 2001; 28, Sonderheft 2: 91–96
- MÜHLBACHER, A. Informelle Vernetzung von Leistungsanbietern. In: Public Health Forum 27/2000: 14
- NEEDHAM, I. Pflegeplanung in der Psychiatrie. Basel: RECOM, 1998
- NEUDERTH, S./VOGEL, H./MEHRHOFF, F./WEBER-FALKENSAMMER, H. Qualitätssicherung in den Kliniken zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung der Unfallversicherung. In: Die BG Februar 2002: 72–79
- New Zealand Mental Health Information National Collection Working Papers: Business document, data dictionary and file layout specifications. www.nzhis.govt.nz/projekts/mental-html, 1999
- NHS Executive Effective care co-ordination in mental health. www.doh.gov.uk/nsf/mentalhealth.htm, 1999
- NHS Executive A first Class Service: Quality in the National Health Service. www.doh.gov.uk/newnhs/quality.htm, 1998
- OBERT, K. Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001
- OLIVER, J. P. J./HUXLEY, J. P./PRIEBE, S./KAISER, W. Measuring the quality of Life of severely mentally ill people using the Lancashire quality of life profile. In: Soc Psychiatr Epidemiol (1997) 32: 76–83
- PflegeStatV Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung – PflegeStatV) vom 24.11.1999.
- PRIEBE, S./KAISER, W./HUXLEY, P. Lebensqualität als Planungs- und Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung. In: Gesundheitswesen 58 (1996)
- PROBST, G. J. B. Organisation: Strukturen, Lenkungsinstrumente, Entwicklungsperspektiven. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie, 1993
- PROBST, G. J. B. Selbst-Organisation: Ordnungsprozesse in sozialen Systemen aus ganzheitlicher Sicht. Berlin und Hamburg: Verlag Paul Parey, 1988
- PROKOSCH, H. U. Auf dem Weg zur elektronischen Krankenakte: Das KIS-Projekt. In: Public Health Forum 27/ 2000: 12
- PRÜß, K. P./TSCHÖPPE, A. Planung und Sozialplanung. Eine Einführung in ihre Begriffe und Probleme. Weinheim/Basel: Belz, 1974
- RAMMERT, W. Das Innovationsdilemma. Technikentwicklung im Unternehmen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1988
- RAUNER, F. »Gestalten« – eine neue gesellschaftliche Praxis. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft, 1988
- REBSCHER, H. Erwartungen an die Telematikplattform im Gesundheitswesen aus der Sicht der GKV. In: GVG 2002: 37–47

- REDDERS, M. Ansprüche und Erwartungen der kooperierenden Organisationen und Länderinitiativen an das ATG. In: GVG 2001: 39–42
- REIS, C./SCHULZE-BÖING (Hg.) Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen Die Herausforderung »neuer Steuerungsmodelle«. Berlin, edition sigma, 1998
- REUMSCHÜSSEL-WIENERT, C. Ambulante wohnortnahe medizinische Rehabilitation psychisch kranker Menschen In: Sozialpsychiatrische Informationen, 3. Quartal 1995, Jg. 25: 14–19
- RICHTER-REICHELHELM, M. Kooperation in der Patientenversorgung: Vernetzung durch Gesundheitstelematik. In: GVG 2002: 37–47
- RIENHOFF, O. Potentiale der Gesundheitstelematik zur Steigerung der Qualität und der Effizienz des Gesundheitswesens. In: GVG 2002: 61–66
- Roland Berger & Partner GmbH Telematik im Gesundheitswesen – Perspektiven der Telemedizin in Deutschland. Gutachten für das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, Forschung und Technologie und Bundesministerium für Gesundheit. München, 1997 www.rolandberger.com
- ROPERS, G. Auf dem Weg zur Nutzerkontrolle ... Patienten bewerten Klinikaufenthalt in der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau. In: Soziale Psychiatrie 3/1996: 42–43
- RÖSSLER, W./SALIZE, H. J. Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 77. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996
- RUDAS, S. Qualitätsentwicklung psychiatrischer Versorgung: Psychiatrische Versorgung – Versorgungsforschung. In: Sozialpsychiatrische Schriften 1/1999
- SALIZE, H. J./BULLENKAMP, J./WOLF, I./ALSCHER, I. Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Abschlußbericht des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung und Abteilung Gemeindepsychiatrie. Mannheim, 31. Juli 1998. In: SMBaWü 1999
- SALIZE, H. J./BULLENKAMP, J./ALSCHER, I./WOLF, I. Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Ein standardisiertes Verfahren für die regionale Versorgungsdokumentation und -steuerung. In: Psychiatrische Praxis 27/2000: 92–98
- SCHLEUNING, G./WELSCHHELD, M. Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 133. Baden Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2000
- SCHMITT, K.-J. Integrierte Vernetzung – Innovationen für eine effiziente Gesundheitsversorgung. In: KLUSEN/MEUSCH 2002: 123–130
- SCHROEDER, P. (Hg.) Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen: Konzepte, Programme und Methoden des Total Quality Management. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber, 1998
- SCHUG, S. H. Internationale Strategien und Initiativen zur Gesundheitstelematik: Vorschläge für einen Telematik-Stufenplan für das deutsche Gesundheitswesen und die europäische Zusammenarbeit mit »EHTEL-like Initiatives«. In: KLUSEN/MEUSCH 2002: 243–260
- SCHULTE-SASSE, H. Neue Kommunikationsformen im Gesundheitswesen – Anforderungen aus deutscher und europäischer Sicht. Zur Eröffnung des zweiten ATG-Forum. In: GVG 2001: 11–16
- SCHUNTERMANN, M. F. Von der Defizitorientierung zur zielgerichteten Diagnostik. ICF soll gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit werden. In: Kerbe 4/2002: 7–8
- SCHWARTZ, F. W./DÖRNING, H. Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: ANDERSEN et al. 1992: 173–200
- SEKBRIITZKI, J. Kommunikationsschnittstellen im Gesundheitswesen: Nationale und Internationale Entwicklungen/Standards. In: GVG 2000: 98–101
- SIBITZ, I./OSSEGE, M./STROBL, R. PatientInnen viertierte Entlassungsbriefe bei schizophrenen Erkrankungen. In: Psychiatrische Praxis 2002; 29: 14–17
- SIEBRASSE, B. Wem von Nutzen? Nutzerkontrolle für Psychiatriebetroffene oder: Ein ungehaltener Monolog zu einem neu zu träumenden »Traum vom Frieden«. In: Soziale Psychiatrie 2/1996: 10–12
- SIEGRIST, K./SCHLEEBUSCH, P./TRENCKMANN, U. Fragen an den Kunden. Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. In: Psychiatrische Praxis 2002; 29: 201–206
- SING, R. Aufbruch in die Informationsgesellschaft: Initiative D 21. In: GVG 2002: 79–88
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Stuttgart: Eigenverlag, 1999
- Soziotherapie Richtlinien Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien). In: Bundesanzeiger Nr. 217: 23735

- SPIEßL, H./CORDING, C./KLEIN, H. E. Einweisung in die psychiatrische Klinik – Welche Informationen sind wichtig? In: *Psychiatrische Praxis* 2001; 28: 376–379
- Statistisches Bundesamt Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Pöschel, 1998
- STIEGLITZ, R.-D./BAUMANN, U./FREYBERGER, H. J. Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 2001
- THIELE, W./TROJAN, A. Lokale Gesundheitsberichterstattung. Auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? St. Augustin: Asgard-Verlag, 1990
- THORWART, J. Gemeindepsychiatrie – Zum schwierigen Verhältnis von professioneller Kooperation und beruflicher Verschwiegenheit. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 4/2001: 34–42
- THORWARTH, J. Datenschutz und Schweigepflicht. In: *Die Kerbe* 2/2000, S. 9–11
- TITTOR, W./LUX, A. Überlegungen zur Standardisierung des leistungsdiagnostischen Vorgehens in der Rehabilitationsmedizin. In: *Die Rehabilitation* 39/2000: 77–83
- TOEPLER, E./KLASS, S. Regional Gesundheits-Informationen-Datenbanken GID. In: *Public Health Forum* 27/2000: 16
- TRIEST, E. The evolution of socio-technical systems. A conceptual framework and an action research program. Ontario: Ministry of Labour, 1981
- TSCHIEDEL, R. Sozialverträgliche Technikgestaltung. Wissenschaftskritik für eine soziologische Sozialverträglichkeitsforschung zwischen Akzeptabilität, Akzeptanz und Partizipation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999
- ULRICH, H./PROBST, J. G. B. Anleitung zum ganzheitlichen Denken und Handeln. Ein Brevier für Führungskräfte. Bern und Stuttgart: Verlag Paul Haupt, 1988
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. Instrumente und Verfahren. DRV-Schriften, Band 18. Bad Homburg: WDV Wirtschaftsdienst, 2000
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussberichte – Bände I–III. Frankfurt am Main: Eigenverlag, 1991
- VOGEL, H./LAIREITER, A.-R. Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialer Versorgung – Auf der Suche nach geeigneten Werkzeugen für ein zerbrechliches Material. In: LAIREITER et al. 1998 a
- VOGEL, R. Patientenbeteiligung stärken. Ohne Nutzerbeteiligung keine Behandlungsqualität. In: *Soziale Psychiatrie* 2/1996: 4–6
- WARDA, F. Der Einsatz einer intranet-basierten Praxis-EDV in Praxisnetzen der Zukunft. www.telemedizin-journal.de, 2000
- WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J. H./FISCH, R. Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Handelns. Bern: Hans Huber (6), 2001
- WEHRAUCH, B. Telematik in der Praxis II: Entwicklungen auf Länderebene. In: *GVG* 2002: 71–78
- WENDT, G. Die ärztliche Dokumentation. Eine Beweisrechtliche Untersuchung zu ihrer Bedeutung für die Entscheidung der Sorgfaltsfrage bei der deliktischen Arzthaftung. *Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften* Bd. 2. Baden Baden; Nomos Verlags Gesellschaft, 2001
- WISCHNEWSKY, M. B. EDV-gestützte Behandlungsleitlinien für Ärzte. In: *Public Health Forum* 27/2000: 13
- ZIPPERER, M. Die Entwicklung der Telematik in Deutschland aus der Sicht des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen. In: *GVG* 2002: 37–38
- ZIPPERER, M. Selbstdarstellung des ATG: Aufgabe, Struktur, Arbeitsweise, Zusammenarbeit mit Dritten. In: *GVG* 2001: 33–37
- ZIPPERER, M. Vorstellung des Aktionsforums Telematik im Gesundheitswesen (ATG). In: *GVG* 2000: 17–21