

Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren in der Sozialpädiatrie für das Krankheitsbild ADHS

Skrundz M.^{1,2}, Borusiak P.², Hameister K.³, Geraedts M.¹

¹ Institut für Gesundheitssystemforschung, Universität Witten/Herdecke, Witten

² Helios Klinikum Wuppertal, Sozialpädiatrisches Zentrum, Wuppertal

³ Lebenszentrum-Königsborn, Sozialpädiatrisches Zentrum, Unna

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziele	2
	1.1 Ausgangssituation.....	2
	1.2 Projektziele.....	3
	1.3 Projektorganisation.....	3
2.	Methode der QI-Entwicklung und -Erprobung	4
	2.1 Systematische Literatur- und Leitlinienrecherche.....	4
	2.2 Entwicklung eines vorläufigen Sets von Qualitätsindikatoren.....	6
	2.3 Methodische Gütebewertung entwickelter Qualitätsindikatoren mittels QUALIFY.....	6
	2.4 Entwicklung der Piloterhebung der positiv bewerteten QI.....	8
	2.5 Piloterhebung der ausgewählten QI an neun SPZ.....	8
3.	Ergebnisse	9
4.	Ausblick	12
5.	Literatur	13
6.	Anhang	15

1. Hintergrund und Ziele

1.1 Ausgangssituation

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) zielt auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf dem Gebiet der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Seit der Veröffentlichung des Altöttinger Papiers sind eine Reihe von Qualitätspapieren erarbeitet und veröffentlicht worden, die sich einerseits mit Strukturen und Prozessen in Sozialpädiatrischen Zentren beschäftigen, andererseits aber auch den Qualitätsstandard bei verschiedenen Krankheitsbildern definieren [1, 2]. Untersuchungen, inwieweit diese Standards umgesetzt werden und ob diese tatsächlich auch zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen, fehlen bislang. Zur Überprüfung der Umsetzung dieser Struktur- und Prozessvorgaben, der Qualitätsstandards sowie einer Evaluation des Ergebnisses im Sinne einer tatsächlichen Qualitätsüberprüfung existierte in der Sozialpädiatrie bislang auch noch keine einheitliche Methodik.

Aus diesem Grunde wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, welches bei einem definierten Krankheitsbild - Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) - solche Qualitätsindikatoren entwickeln sollte. Die ADHS hat in den letzten Jahren zunehmende Beachtung sowohl in der Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Laienpresse erfahren. Die Prävalenz für ADHS Erkrankungen in Deutschland beträgt bis zu 5 % unter Kindern und Jugendlichen [3]. Fachlich ist in Deutschland ein multimodales Vorgehen als Standard anerkannt, wobei primär v.a. kindzentrierte verhaltenstherapeutische Ansätze, familien- und umfeldzentrierte Maßnahmen und spezielle Konzentrationstrainings zum Einsatz kommen sollen und je nach Situation auch eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien indiziert sein kann. Fachlich wichtig ist auch eine Differenzierung von anderen Störungsbildern, die eine prinzipiell gleichartige Symptomatik hervorrufen können, wie beispielsweise emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters. Auch wenn Leitlinien und Qualitätspapiere existieren, sind sowohl der diagnostische Prozess als auch die Behandlungsempfehlungen und deren Umsetzung in hohem Maß individualspezifisch. Neben den Indexpatienten muss das familiäre und soziale Umfeld einbezogen werden. Neben der Versorgung durch niedergelassene Kinderärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, stellt das Krankheitsbild ADHS ein typisches Arbeitsfeld in SPZ dar. Es gab einzelne Versuche, die Qualität der Behandlung von Kindern mit ADHS anhand von Indikatoren messbar zu gestalten, wobei eine Umsetzung bislang nicht gelungen ist und definitive Arbeiten dazu fehlen.

Hierfür werden exakt definierte Messgrößen im Sinne von Qualitätsindikatoren (QI) benötigt. Die Entwicklung von QI selber umfasst eingangs eine Bestandsaufnahme bereits vorhandener Indikatoren in einschlägigen nationalen und internationalen Qualitätsindikator-Datenbanken ebenso wie die Identifikation themenrelevanter Leitlinien hoher Güte (nach Möglichkeit S3) und die gezielte Suche nach Primär- (Originalartikel) und Sekundärliteratur (Übersichtsarbeiten) zur Fragestellung. Ausgehend von verfügbaren Indikatoren und solchen, die auf der Basis der Literatur zur jeweils besten Praxis formuliert werden, erfolgt im Zuge des weiteren Entwicklungsprozesses eine Bewertung der methodischen Güte der Indikatorenvorschläge anhand festgelegter Kriterien und ihre Konsentierung unter Einbeziehung von Experten [4]. Zum Einbezug von Experten und zur formalen Konsensfindung sind verschiedene Techniken einsetzbar. Mit dem Güteprüfungsinstrument QUALIFY liegt ein durchgängig operationalisiertes Instrument zur methodischen Bewertung von Qualitätsindikatoren vor, das 20 Gütekriterien in den drei Kategorien Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität umfasst [5]. QUALIFY liefert eine eindeutige Definition und Operationalisierung für jedes Gütekriterium sowie eine durchgängig standardisierte Beschreibung des gesamten Bewertungsprozesses. Es kann als gegenwärtig beste verfügbare Praxis der Indikatorenbewertung angesehen werden.

1.2 Projektziele

Das Projekt hatte zum Ziel, Qualitätsindikatoren für das Krankheitsbild ADHS in der Sozialpädiatrie mit Hilfe evidenzbasierter Methoden zu entwickeln und pilotierend zu implementieren. Geplante Projektergebnisse waren demnach 1) ein Set methodisch geprüfter und in der Routine erprobter Qualitätsindikatoren, mit denen die Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS oder mit Verdacht auf ADHS in spezialisierten Institutionen, den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), bewertet werden kann, zu entwickeln sowie 2) die erste praktische Erprobung dieses Sets mittels einer Piloterhebung. Ein weiteres erhofftes Projektergebnis bestand darin, den Nutzen der im Projekt erprobten Methodik für die potentielle Entwicklung von Qualitätsindikatoren in anderen Versorgungsbereichen der Sozialpädiatrie zu beschreiben.

1.3 Projektorganisation

Für das Projekt wurde eine Rotationsassistentenstelle an der Universität Witten/Herdecke beantragt. Das Projekt wurde gemeinsam am SPZ Wuppertal (PD Dr. med. Peter Borusiak) und am Institut für Gesundheitssystemforschung (Prof. Dr. med. Max Geraedts)

durchgeführt. Hauptverantwortlich für die Durchführung des Projekts war Dipl. Psych. Marta Skrundz, Inhaberin der Rotationsassistentenstelle. Extern beteiligt waren: Dr. med. Karin Hameister als Leiterin der Arbeitsgruppe „Qualitätsindikatoren“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren. Ferner waren in der Arbeitsgruppe Dr. med. Johannes Buckard (Düsseldorf), Dr. med. Sabine Cagnoli (Wuppertal), Dr. med. Helmut Hollmann (Bonn), Dipl. Psych. Manfred Mickley (Berlin), Dr. med. Michaela Müller (Landhut), Dipl. Psych. Armin Wegener (Düsseldorf). Teilnehmende Zentren bei der Pilotphase waren das SPZ Berlin Friedrichshain, KNZ Bonn, SPZ am EVK Düsseldorf, KNZ Düsseldorf, SPZ Esslingen, SPZ Landshut, SPZ Stuttgart, SPZ Unna und SPZ Wuppertal.

2. Methode der QI-Entwicklung und –Erprobung

2.1 Systematische Literatur- und Leitlinienrecherche

Auf Basis der S3-Leitlinie „Hyperkinetische Störungen“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und anderer evidenzbasierter internationaler Leitlinien wurden mögliche QI formuliert. In einem weiteren Schritt wurden mit Hilfe einer ausführlichen Literaturrecherche mögliche QI aus internationalen Studien identifiziert. Bereits im Vorfeld im Januar/Februar 2012 war mit Unterstützung der DGSPJ und der Wagener-Stiftung eine Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, The Cochrane Library, Springer, Thieme Connect, Med-Pilot, Dt. Ärzteblatt und ZDB durchgeführt worden. Diese hatte aufgrund unzureichender Definitionen der formulierten Qualitätsparameter keine verwendbaren Publikationen für die Neuformulierung von QI erbracht. Im Zeitraum August/September 2012 wurde diese Literaturrecherche nochmals wiederholt, um eventuell neu hinzugekommene relevante Veröffentlichungen nach Januar 2012 berücksichtigen zu können. In der wiederholten Recherche wurden lediglich die Treffer ab 2012 nach möglichen QI gesichtet. Weiterhin wurde eine zusätzliche Suche in der Datenbank Pubmed durchgeführt. Diese Suche ergab 251 Treffer, von denen nach Sichtung der Titel und Abstracts 15 Artikel als relevant eingestuft wurden. In 7 der 15 Artikel konnten konkrete Informationen für die Formulierung von QI identifiziert werden. Allerdings war der Gewinn an neuen QI-Vorschlägen redundant, da die Mehrzahl der generierbaren QI bereits auf Basis bisheriger Recherchen in der vorläufigen QI-Liste vertreten war. Folgende internationale Leitlinien wurden hinsichtlich geeigneter Qualitätsmerkmale für die Diagnose und Behandlung von ADHS gesichtet.

Leitlinien-Titel	Autoren/Herausgeber	Land, Jahr
ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents	The American Academy of Pediatrics; Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management	USA, 2011 [6]
Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults	National Collaborating Centre for Mental Health	UK, 2009 [7]
European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade.	European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)	Europe, 2004 [8]
Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline	European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)	Europe, 2006 [9]
Canadian ADHD Practice Guidelines	Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA)	Canada, 2011 [10]
Hyperkinetische Störungen (F90)	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Germany, 2007 [11]
Hyperkinetische Störungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V (DGSPJ)	Germany, 2006 [1]

Weiterhin wurden QI zu ADHS-Diagnostik und –Behandlung aus folgenden US-amerikanischen Datenbanken gefiltert und in die vorläufige QI-Liste aufgenommen, sofern sie auf das deutsche Versorgungsumfeld, im Speziellen auf die Versorgungsstrukturen in SPZ, übertragbar waren:

- NQMC (National Quality Measures Clearinghouse)
- CQAIMH (Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health)
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)
- NCQA (National Committee for Quality Assurance)
- NQF (National Quality Forum)

2.2 Entwicklung eines vorläufigen Sets von Qualitätsindikatoren

Das „Qualitätspapier Hyperkinetische Störungen“ beinhaltet Empfehlungen zum Vorgehen bei der Diagnostik und Behandlung von ADHS und anderen hyperkinetischen Störungsbildern in SPZ [1]. Diese Empfehlungen wurden eins zu eins in QI übersetzt und im Anschluss auf Eindeutigkeit und Genauigkeit der Definitionen und Redundanz hin geprüft. Zusammen mit den bis dahin zusammengestellten QI aus der Recherchearbeit (s. 2.1) beinhaltete das vorläufige QI-Register 95 QI. Dieses Register wurde aufgrund der häufigen inhaltlichen Überlappungen und teilweise fehlenden Definitionen vorab gescreent. Es konnten in diesem Schritt 20 redundante QI ausgeschlossen werden. Das somit zur Verfügung stehende QI-Register beinhaltete 75 QI.

2.3 Methodische Gütebewertung entwickelter Qualitätsindikatoren mittels QUALIFY

Die Weiterentwicklung des QI-Sets erfolgte im Rahmen einer Gütebewertung der vorläufigen QI durch eine Expertenrunde nach modifizierter RAND/UCLA-Methode in zwei Runden [12]. Nach QUALIFY definierte Gütekriterien wurden für jeden einzelnen QI von acht Experten eingeschätzt. Nach den methodischen Vorgaben des Instruments wurden folgende Gütekriterien zur Bewertung genutzt:

Kategorie

<u>Relevanz:</u>	Bedeutung des mit dem Qualitätsindikator erfassten Qualitätsmerkmals für das Versorgungssystem Nutzen Berücksichtigung potenzieller Risiken/Nebenwirkungen
<u>Wissenschaftlichkeit:</u>	Klarheit der Definitionen (inhaltliche) Validität
<u>Praktikabilität:</u>	Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten und interessierte Öffentlichkeit Verständlichkeit für Ärzte und Pflegende Beeinflussbarkeit der Indikatorausprägung Datenverfügbarkeit Erhebungsaufwand Implementationsbarrieren berücksichtigt Die Richtigkeit der Daten kann überprüft werden Die Vollständigkeit der Daten kann überprüft werden Die Vollzähligkeit der Daten kann überprüft werden

Das Bewertungskomitee bestand aus acht Mitgliedern aus verschiedenen Regionen in Deutschland, die alle durch langjährige praktische Tätigkeit in SPZ die notwendige fachliche Expertise aufwiesen, sowohl auf medizinischer, psychologischer und psychotherapeutischer, als auch struktur- und praxisrelevanter Ebene. Die Auswertung der Bewertungen erfolgte nach einem vorab festgelegten Algorithmus, der der RAND/UCLA-Methodologie zur Güteprüfung von Qualitätsindikatoren entspricht [12].

Die Expertenurteile ergaben nach zwei durchgeführten Bewertungsrunden ein endgültiges QI-Set von 39 Indikatoren, die in der folgenden Piloterhebung erprobt wurden. Die vollständige Liste der QI ist im Anhang enthalten (Tabelle 1).

Die QI wurden in insgesamt sieben Gruppen zusammengefasst, die die unterschiedlichen Bereiche abdecken:

- **Versorgung Erstbehandler** (was ist bereits vor der Vorstellung im SPZ erfolgt)
- **Diagnostik** (welche diagnostischen Verfahren wurden im SPZ eingesetzt)
- **Therapien/Interventionen/Empfehlungen** (was wurde nach Abschluss der Diagnostik empfohlen bzw. durchgeführt)
- **Therapieevaluation/Wiedervorstellungen** (wie wurden die Therapieziele evaluiert)
- **Medikamentöse Therapie**
- **Prozessabläufe** (u.a. wie erfolgte die Vernetzung)
- **Diagnose/Outcome**

2.4 Entwicklung der Piloterhebung der positiv bewerteten QI

Im Zeitraum November bis Dezember 2012 wurde das QI-Set von 39 Indikatoren in einer Datenmaske in Form erhebbarer Variablen zusammengefasst, um genaue Definitionen und Datenquellen ergänzt und in einem Praxistest am Sozialpädiatrischen Zentrum des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin des Helios Klinikum Wuppertal erprobt. Etwa 15 Sozialpädiatrische Zentren hatten bereits im Verlauf der vorhergehenden QI-Bewertungsrunden ihr Interesse an der Piloterhebung bekundet und wurden zum Zweck der Koordination kontaktiert. Voraussetzungen für die Piloterhebung vor Ort wurden mitgeteilt. Bis einschließlich 15. Januar 2013 erklärten sich acht der kontaktierten Einrichtungen bereit an der Erhebung teilzunehmen. Im Verlauf der Piloterhebung meldet sich noch ein weiteres SPZ. Insgesamt wurden die Daten also an neun Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet erhoben.

2.5 Piloterhebung der ausgewählten QI an neun Sozialpädiatrischen Zentren

Bis Ende Mai 2013 wurden an insgesamt neun SPZ in Deutschland 180 Datensätze erhoben, d.h. 20 Datensätze pro Einrichtung. Die Erhebung erfolgte durch einen persönlichen Besuch der Rotationsstellenassistentin vor Ort. Hierzu wurde eine vorab nach festgelegten Kriterien per Zufall zusammengestellte Aktenauswahl herangezogen. 10 dieser Datensätze waren Fälle, bei denen Kinder mit der Verdachtsdiagnose eines ADHS im SPZ vorgestellt wurden und den Diagnostikprozess durchliefen - unabhängig vom Ausgang der Diagnostik. Die anderen 10 Fälle beinhalteten Patienten, bei denen nach der Diagnostik im

SPZ eine gesicherte ADHS-Diagnose dokumentiert war. Die benötigten Daten erschlossen sich hauptsächlich aus den Handakten. Zusätzlich wurde in acht der neun Einrichtungen auch der Zugang zum elektronischen Datenverwaltungssystem ermöglicht, sofern dies zur Vervollständigung der Datensätze notwendig war.

Im Verlauf der Erhebung wurden individuelle Situationsfaktoren und Aspekte notiert, die nach subjektivem Eindruck einen Einfluss auf die Qualität der Datenerhebung bzw. auf die Machbarkeit der QI haben könnten. Im Zeitraum Juni bis Ende Juli 2013 erfolgte die Bereinigung und Auswertung der Rohdaten. Alle 39 QI wurden sowohl über alle Einrichtungen hinweg, als auch einrichtungsspezifisch als Verhältnismaße gemäß ihrer jeweiligen Definition berechnet.

3. Ergebnisse

Das Ziel, ein QI-Set zur Qualitätsbeurteilung der Diagnostik und Behandlung des Störungsbildes ADHS in SPZ zu entwickeln wurde erreicht. Die im Entwicklungsprozess endgültig positiv bewerteten 39 QI sind mit genauen Definitionen und Beschreibungen im Anhang (Tabelle 1) dargestellt. Die nachfolgende praktische Erprobung dieses QI-Sets in einer Piloterhebung konnte ebenfalls durchgeführt und abgeschlossen werden. Die Berechnungen ergaben für jeden der 39 QI ein Verhältnismaß über alle neun Einrichtungen hinweg und für jede Einrichtung individuell, gemäß den QI-Definitionen. Das Ziel, die Erhebbarkeit und das Vorhandensein der zur QI-Berechnung benötigten Daten zu beurteilen, kann somit ebenfalls positiv beurteilt werden. Die 39 QI wurden der Übersichtlichkeit halber in sieben inhaltliche Kategorien gruppiert. Im Anhang (Diagramm 1) sind die Ergebnisse für alle 39 QI über alle neuen Einrichtungen hinweg abgebildet und im Folgenden eine exemplarische Auswahl der Ergebnisse individuell für jede Einrichtung in anonymisierter Form (Diagramme 2 bis 5). Für das jeweilige n der zugrundeliegenden Fallzahlen für einzelne QI-Berechnungen ergab sich zwischen den einzelnen Einrichtungen eine breite Streuung. In einigen Einrichtungen konnten einzelne QI auch gar nicht bestimmt werden, wenn in der zufälligen Auswahl der Datensätze kein Fall der Definition der Nennerpopulation des jeweiligen QI entsprach. Für die QI-Werte der einzelnen Einrichtungen wurden Konfidenzintervalle nach der Formel für Konfidenzintervalle für Verhältnismaße berechnet. Für QI-Berechnungen mit relativ geringer zugrunde liegender Fallzahl ergaben sich entsprechend extrem breite Konfidenzintervalle.

Auf Basis der Ergebnisse erfolgte die weitere Güteeinschätzung der QI hinsichtlich notwendiger Voraussetzungen für die Implementierung in die Praxis und des hierzu nötigen Aufwandes. Die Vorgehensweise zur Erarbeitung des QI-Sets konnte als geeignete Methodik auch für die QI-Entwicklung für andere Störungsbilder beurteilt werden, da im Endergebnis

keiner der entwickelten QI grundsätzlich nicht erhebbar war. Die subjektiven Erfahrungen während der Datenerhebung sprechen jedoch dafür, bei erneutem Vorgehen möglichst eine größere Datenmenge zu erheben, da die unterschiedlichen Fallzahlen der Einrichtungen zur Berechnung einzelner QI teilweise sehr weit streuten, was eine Vergleichbarkeit der Machbarkeit zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen im Nachhinein erschwert und die Aussagekraft mindert.

Fokus der Untersuchung war die Überprüfung der Machbarkeit und Umsetzung der einzelnen Qualitätsindikatoren. Da sich doch die einzelnen Vorgaben der verschiedenen Leitlinien und Qualitätspapiere unterscheiden, haben wir uns bei der Darstellung der Ergebnisse auf einzelne Bereiche, die als repräsentativ gelten können beschränkt. Als ein Beispiel kann der Qualitätsindikator „Symptomorientierte Anamnese“ dienen (QI Nr. 7, Diagramm 2), wobei alle Leitlinien übereinstimmend das Auftreten der Verhaltensauffälligkeiten in mehreren Bereichen (zu Hause, Schule, Freizeit) fordern [1, 6, 7, 8]. In der Zählerpopulation unseres QI standen alle Patienten, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels einem (teil)strukturierten Interview in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche dokumentiert wurde, im Nenner alle Patienten die mit Verdacht auf ADHS vorgestellt wurden. Das Ergebnis der Pilotuntersuchung ist sehr heterogen, wobei dies verschiedene Ursachen haben kann. Einerseits ist es denkbar, dass die Vorgehensweise in den verschiedenen Institutionen tatsächlich differiert. Folgt man den Vorgaben der Leitlinien und der Argumentation, dass die Erhebung der Symptomatik in den verschiedenen Lebensbereichen für die Versorgung der Patienten tatsächlich eine Bedeutung hat, so würde dies auf tatsächlich vorhandene Qualitätsunterschiede hinweisen, und der Parameter ein gutes Benchmarking erlauben. Unklar bleibt allerdings, ob die Erhebung der Angaben aus den drei Bereichen vielleicht erfolgt ist, jedoch nur nicht dokumentiert wurde, es sich also eher um einen Qualitätsunterschied in der Dokumentation und nicht der Behandlung handelt. Hierbei gilt allerdings der Grundsatz bei Überprüfungen, dass was nicht dokumentiert wurde auch nicht gemacht wurde.

Ein weiteres Beispiel ist der QI „Mehrdimensionaler Intelligenztest“ (QI Nr. 8, Diagramm 3). Hierbei wurde der Anteil der Kinder erfasst, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren durchgeführt und dokumentiert wurde. Als Bezugsgröße dienten wiederum alle Patienten im Schulalter, die mit Verdacht auf ADHS vorgestellt werden. Auch wenn in den internationalen Leitlinien nicht obligat ein solches Testverfahren empfohlen wird, sondern lediglich eine Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit ohne Spezifizierung, so legen die Deutschen Leitlinien und v.a. das Qualitätspapier eine solche Überprüfung bei der Vorstellung an einem SPZ als tertiary referral center nahe [1]. Der hohe

Zielerreichungsgrad von 94% spiegelt zwar die flächendeckend gute und sorgfältige Arbeit der beteiligten Institutionen wieder, lässt aber Zweifel an der Sinnhaftigkeit dieses Parameters für eine kontinuierliche Qualitätsüberprüfung aufkommen, da diese Parameter ohnehin bei der Mehrzahl der Patienten erfüllt wird und somit eine Differenzierung zwischen den einzelnen Institutionen nicht möglich ist. Eine zentrale Anforderung an valide QI ist u.a. die statistische Unterscheidungsfähigkeit. D.h. die berechneten Werte eines QI über verschiedene Einrichtungen hinweg müssen sich hinreichend voneinander unterscheiden, um eine Aussage über tatsächliche Unterschiede in der Behandlungsqualität der Einrichtungen zu dem gemessenen Aspekt zu erlauben.

Nicht alle Vorgaben der Leitlinien unterliegen auch dem Einfluss des behandelnden Arztes. Als Beispiel hierfür mögen die QI zum Thema Verhaltenstherapie (QI Nr. 12 und 13, Diagramme 4 und 5) dienen. Die meisten internationalen Leitlinien fordern entweder direkt eine verhaltenstherapeutisch fundierte Einzel- oder Gruppentherapie unter Einbeziehung des Kindes, der Eltern und dem sozialen Umfeld [7, 11] oder legen eine solche Intervention zumindest nahe [6]. In unserer Untersuchung wurden mehrere Qualitätsindikatoren zu diesem Themenkomplex erfasst, die einerseits auf die Empfehlungen der Behandler fokussieren, dann aber auch die Umsetzung und Effektivität im Verlauf betrachten. Der dokumentierte Empfehlungsgrad für eine direkte verhaltenstherapeutische Intervention bei den Patienten selber liegt mit 86 % in einem recht guten Bereich, wobei sich bei den Empfehlungen für die Eltern bzw. das soziale Umfeld mit 40% noch deutliche Verbesserungsmöglichkeiten ergeben. Auch hier muss offen bleiben, ob es sich „nur“ um ein Dokumentationsproblem handelt oder ob tatsächlich keine Empfehlungen ausgesprochen wurden. Bei der Betrachtung der Effektivität im Verlauf ergibt sich ein schwierig zu interpretierendes Bild. Nur bei 39% aller Patienten kam es drei Monate nach Beginn einer medikamentösen Therapie mit Stimulanzien, bzw. 6-12 Monate nach Beginn einer psychologisch-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahme zu einer Symptomreduktion oder Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus, wobei das Ergebnis über die verschiedenen teilnehmenden Institutionen sehr heterogen war. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Zahl der erneut zur Verlaufskontrolle vorgestellten Patienten sehr gering war. Im vorgegebenen Zeitraum erfolgte lediglich bei 71 von initial eingeschlossenen 180 Patienten eine Wiedervorstellung. Ein Bias ist nun in mehrere Richtungen denkbar. Entweder erfolgte keine Wiedervorstellung, da sich die Empfehlungen und die Behandlung als so erfolgreich erwiesen haben, dass der niedergelassene Kinderarzt, ggf. in Absprache mit den Eltern, eine Wiedervorstellung für nicht notwendig erachtete. Andererseits könnten sich aber auch der diagnostische Prozess und die therapeutischen Empfehlungen für die Patienten und Eltern als so unpassend erweisen haben, dass sie keine

erneute Vorstellung wünschten. Des Weiteren besteht für die Sozialpädiatrischen Zentren überwiegend lediglich die Möglichkeit, Empfehlungen auszusprechen, nicht jedoch deren Umsetzung auch zu gewährleisten oder gar zu überwachen. Die Differenzierung der einzelnen Gründe ist natürlich bzgl. der Outcomeerfassung eminent wichtig und muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Insgesamt kann geschlossen werden, dass die Daten zur Berechnung der QI in der Praxis vorhanden sind, jedoch aufgrund der größtenteils schriftlichen Dokumentation in den Handakten in den meisten SPZ nur aufwendig zu erheben sind. So betrug der konkrete Zeitaufwand für die Erhebung eines Datensatzes (d.h. die Daten für alle 39 QI aus einer Akte) ca. 20 bis 45 Minuten. Die weiteren Schritte hin zu einer möglichen Implementierung der QI in die Praxis sollten darauf fokussieren, die Erhebung der notwendigen Daten ökonomischer und über die verschiedenen Einrichtungen hinweg einheitlich zu gestalten. Eine flächendeckende Erhebung wird dauerhaft nur über den Weg der Auswertung ohnehin vorhandener Routinedaten realistisch umsetzbar sein. Ferner ist eine Einbeziehung von Patientenpräferenzen zu fordern.

4. Ausblick

Eine Anschlussfinanzierung für eventuelle Folgeprojekte wurde aufgrund der erfolgreichen Durchführung und der praxisrelevanten Ergebnisse bereits angestrebt. Anfang 2013 wurde ein entsprechender Antrag bei der „Aktion Mensch“ eingereicht. Eine Entscheidung steht aktuell aus. Das Folgeprojekt soll die Entwicklung von QI-Sets für andere Krankheitsbilder und die Entwicklung eines einheitlich verwendbaren, ökonomischen und computerbasierten Erhebungsinstruments – möglichst unter Verwendung bereits ohnehin dokumentierter Daten - zur vereinfachten Implementierung der entwickelten QI beinhalten.

Die Ergebnisse des Projekts wurden bereits u.a. auf der Jahrestagung der DGSPJ publiziert. Hinsichtlich der Relevanz der Projektergebnisse wurde nach Berechnung aller Ergebnisse in Absprache mit den Projektbeteiligten und in Kooperation mit dem Qualitätsarbeitskreis „Qualitätsindikatoren“ der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (BAG SPZ) eine interne qualitative Beurteilung der Ergebnisse initiiert. Diese dauert aktuell noch an. Aufbauend auf den aktuellen Ergebnissen wird das bestehende QI-Set zunächst intern im Qualitätsarbeitskreis der BAG SPZ weiterentwickelt. Rückblickend ergibt sich bei einzelnen QI der Bedarf zur nochmaligen Überarbeitung der Definitionen, um diese unmissverständlich für extern Interessierte bzw. nicht unmittelbar am Projekt beteiligte Personen zu formulieren. Übergeordnetes Ziel ist die Implementierung der QI in Form von Routinemessdaten in möglichst vielen SPZ bundesweit.

5. Literatur

1. Kretzschmar C, Hollmann H, Schmid RG, Fricke C. Qualität in der Sozialpädiatrie, Band 2. Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (2006)
2. Fricke C, Hollmann H, Schmid RG, Kretzschmar C. Qualität in der Sozialpädiatrie, Band 3. Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren (2012)
3. Schlack R., Hölling H., Kurth B.-M., Huss M. Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 2007; Vol.50 (5-6); 827-835.
4. AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Göttingen, Version 2.0 vom 30. Juni 2010.
5. Reiter A, Fischer B., Kötting J., Geraedts M., Jäckel WH., Döbler K. QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung. 2008;101:683–8.
6. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, Ganiats TG, Kaplanek B, Meyer B, Perrin J, Pierce K, Reiff M, Stein MT, Visser S. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2011 Nov;128(5):1007-22. doi: 10.1542/peds.2011-2654.
7. Atkinson M, Hollis C. NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010 Feb;95(1):24-7. doi: 10.1136/adc.2009.175943
8. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, Rothenberger A, Sonuga-Barke E, Steinhausen HC, Zuddas A. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004; 13 Suppl 1: I7-30.
9. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, Zuddas A, Asherson P, Buitelaar J, Danckaerts M, Döpfner M, Faraone SV, Rothenberger A, Sergeant J, Steinhausen HC, Sonuga-Barke EJ, Taylor E. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006 Dec;15(8):476-95. Epub 2006 May 5.
10. CADDRA Guidelines. URL: <http://www.caddra.ca/practice-guidelines/download>
11. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ed. Hyperkinetische Störungen (F90). In: *Leitlinien zur Diagnostik und*

Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarbeitete Auflage. Cologne: Deutscher Ärzte Verlag; 2007

12. Brook RH. The RAND/UCLA Appropriateness Method. In: McCormick KA, Moore SR, Siegel RA, editors. Clinical Practice Guidelines Development: Methodology Perspectives, AHCPR no. 95-0009, Rockville, Md., Public Health Service, 1994, pp. 59-70.

5. ANHANG

Tabelle 1 – Liste positiv bewerteter QI

QI-Nr.	Titel	Zähler	Nenner	Typ
Kategorie: Versorgung Erstbehandler				
1	Testdiagnostik Erstbehandler	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen durch den Erstbehandler eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgt ist und bei der störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorliegt.	Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
2	Versorgungsumfeld-Elterntaining	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen im Vorfeld der EV im SPZ ein ADHS-spezifisches Elterntaining (in Beratungsstellen, der kinderärztlichen Praxis oder bei qualifizierten Therapeuten) stattgefunden hat.	Alle Patienten mit bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose unter einem Lebensalter von 10 Jahren, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
3	medikamentöse Therapie Erstvorstellung	Alle Patienten der Nennerpopulation, die zum Zeitpunkt der störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ mit Stimulanzien behandelt werden.	Alle Patienten mit klinischer ADHS-Symptomatik, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
Kategorie: Diagnostik				
4	Abklärung Sinnesfunktionen	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine fachlich adäquate Beurteilung des Hörens und Sehens durch das SPZ veranlasst wurde und erfolgt ist, oder bereits existierende, diesbezügliche Fremdbefunde durch Aussage des Patienten/dessen Eltern in der Akte dokumentiert sind, die nicht länger als 1 Jahr vor der störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ erstellt wurden.	Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess

5	Basisdiagnostik SPZ	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese, biografische Anamnese und körperlich-neurologische Untersuchung im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
6	Entwicklungsdiagnostik Vorschulalter	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine ausführliche multidisziplinäre, d.h. den motorischen, sprachlichen, sozioemotionalen Bereich umfassende, und mehrdimensionale kognitive Diagnostik im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten im Vorschulalter, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
7	Symptomorientierte Anamnese	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels einem (teil)strukturierten Interview in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche im SPZ ergänzt und dies dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
8	mehrdimensionaler Intelligenztest	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten im Schulalter, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
9	Fragebogen-diagnostik	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine spezifische Fragebogendiagnostik anhand normierter Verfahren, in Bezug auf mindestens zwei unterschiedliche Lebenskontexte im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
10	Verhaltensbeobachtung	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Verhaltensbeobachtung in einer alltäglichen Umgebung, in den durch die Anamnese erhobenen Konfliktbereichen, durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess
11	vertiefende Diagnostik	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine, über die Basisdiagnostik hinausgehende, vertiefende Diagnostik (z.B. aus einem der Bereiche spezifische Testverfahren, apparative Testverfahren, sozioemotionale klinische Diagnostik, neuropsychologische Diagnostik) im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten, die mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Prozess

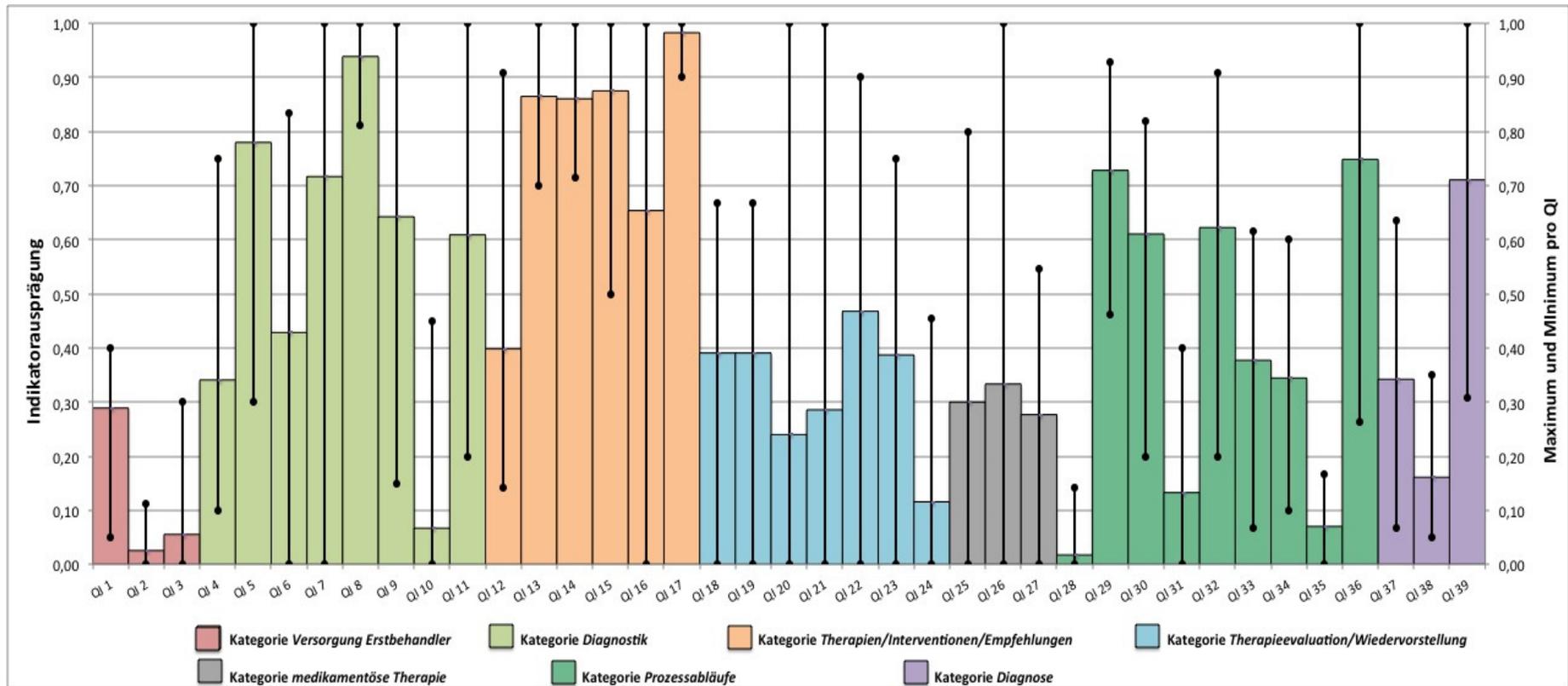
Kategorie: Therapien/Interventionen/Empfehlungen				
12	Verhaltenstherapie Eltern	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern (Einzel- sowie Gruppentrainings) im SPZ selbst, oder unter Benennung regionaler Anlaufstellen, empfohlen und die Empfehlung dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
13	Verhaltenstherapie Patient	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention (einzeln, sowie in Gruppen) im SPZ oder an externer Anlaufstelle empfohlen und dies dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
14	multimodale Therapie	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen ergänzend eine störungsspezifische verhaltenstherapeutische Maßnahme oder ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot (eltern- oder kindzentriert) empfohlen wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik, bei denen eine medikamentöse Therapie eingeleitet wurde.	Prozess
15	Erstdiagnose Kinder unter 6 Jahren	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen die Empfehlung zu einer nicht-medikamentösen Intervention (störungsspezifische verhaltenstherapeutische Maßnahme oder ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot - eltern- oder kindzentriert) gegeben und dokumentiert wurde.	Alle Patienten unter 6 Jahren, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
16	Störungen des Sozialverhaltens	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen wurden und dokumentiert sind.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose und Störung des Sozialverhaltens (F90.1) im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
17	Therapieempfehlung	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die im Arztbrief an den Erstbehandler, Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden.	Alle Patienten, mit gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Struktur

Kategorie: Therapieevaluation/Wiedervorstellungen				
18	Symptomreduktion	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen 3 Monate nach Beginn einer medikamentösen Therapie mit Stimulanzien, bzw. 6-12 Monate nach Beginn einer psychologisch-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahme (inkl. elternzentrierte Therapien/Trainings), eine Symptomreduktion aufgetreten und dokumentiert ist.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und Empfehlung einer medikamentösen, psychologisch-verhaltenstherapeutisch orientierten oder multimodalen Therapie.	Outcome
19	psychosoziales Funktionsniveau	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen 3 Monate nach Beginn einer medikamentösen Therapie, bzw. 6-12 Monate nach Beginn einer psychologisch-verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahme (inkl. elternzentrierte Therapien/Trainings), eine Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus aufgetreten und dokumentiert ist.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und Einleitung einer medikamentösen, psychologisch-verhaltenstherapeutisch orientierten oder multimodalen Therapie.	Outcome
20	Therapieevaluation SPZ	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen nach Beendigung der Intervention eine Therapieevaluation (Patient/Familie und Therapeut) durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik, die eine störungsspezifische, strukturierte, verhaltenstherapeutische Intervention im SPZ beginnen und beenden.	Prozess
21	Therapieverlaufsbericht SPZ	Alle Patienten der Nennerpopulation für die spätestens alle 6-12 Monate ein Arztbrief über den Therapieverlauf und die weitere Behandlungsplanung erstellt und an den Erstbehandler versendet wurde.	Alle Patienten mit gesicherter ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und im Anschluss begonnener nicht-medikamentöser therapeutischer Maßnahme im SPZ.	Prozess
22	Therapieziel Integration	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen 6-12 Monate nach Therapiebeginn eine Verbesserung der Integration in das soziale Umfeld dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und im Anschluss begonnener störungsspezifischer Therapie(n).	Outcome
23	Therapieziel Reduktion Problemverhalten	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen nach 6-12 Monaten eine Reduktion expansiven Problemverhaltens dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und im Anschluss begonnener störungsspezifischer Therapie(n).	Outcome
24	Wiedervorstellung SPZ II	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen innerhalb von 6-12 Monaten eine Wiedervorstellung mit Verlaufsuntersuchung stattfand, bei der vereinbarte Therapieziele systematisch, mithilfe standardisierter Methoden, evaluiert wurden.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess

Kategorie: medikamentöse Therapie				
25	medikamentöse Therapie SPZ	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen die medikamentöse Therapie mit Stimulanzien im SPZ leitlinienkonform durchgeführt wurde.	Alle Patienten, mit gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und eingeleiteter medikamentöser Therapie mit Stimulanzien im SPZ.	Prozess
26	medikamentöse Therapie - Evaluation	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen es 3 bis 6 Monate nach Behandlungsbeginn, zu einer standardisiert dokumentierten Symptomreduktion kam.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik, bei denen eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien eingeleitet und eine Wiedervorstellung in 3 bis 6 Monaten empfohlen wurde.	Outcome
27	medikamentöse Therapie SPZ II	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die eine medikamentöse Therapie mit Stimulanzien empfohlen wurde und im SPZ erfolgt ist.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Struktur/ Prozess
Kategorie: Prozessabläufe				
28	Behandlungsplan I	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen vorliegt und dokumentiert ist.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
29	Beratung/Psychoedukation SPZ	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Beratung/Psychoedukation der Eltern/primären Bezugspersonen zum ADHS und Einfluss evtl. Komorbidität durchgeführt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
30	Hilfsmaßnahmen	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden.	Alle Patienten, mit gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
31	Beratung Bezugssystem	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt wurde und dokumentiert ist.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
32	Kommunikation Erstbehandler	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die eine Verlaufskontrolle nach 6-12 Monaten empfohlen wurde, der Termin stattgefunden hat und im Anschluss ein Arztbrief an den Primärarzt versendet wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und im Anschluss eingeleiteter therapeutischer Maßnahme.	Struktur/ Prozess

33	Jugendhilfe- maßnahmen bei ADHS-Diagnose	Alle Patienten der Nennerpopulation, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch nehmen.	Alle Patienten, mit gesicherter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Struktur
34	Jugendhilfe- maßnahmen Gesamt	Alle Patienten der Nennerpopulation, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch nehmen.	Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Struktur
35	Netzwerkarbeit	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die ein Hilfeplangespräch unter persönlicher Beteiligung des SPZ u.a. zum Zweck der Verantwortlichkeitsklärung erfolgte.	Alle Patienten, mit gesicherter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Prozess
36	Fallgespräch	Alle Patienten der Nennerpopulation, in deren Diagnostikverlauf im SPZ mindestens ein interdisziplinäres Fallgespräch in den Leistungen dokumentiert ist.	Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.	Struktur
Kategorie: Diagnose/Outcome				
37	gesicherte Diagnosen SPZ	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen die Diagnosestellung HKS/ADS/ADHS nach den im ICD-10 und/oder DSM IV festgelegten Kriterien abgeklärt und dokumentiert wurde.	Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Outcome /Prozess
38	Diagnose-Outcome II	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine HKS/ADS/ADHS-Diagnose nach Abschluss der Diagnostik ausgeschlossen wurde, jedoch eine andere Hauptdiagnose aus den Bereichen Entwicklung, neuropädiatrisch-ärztliche Befunde oder Psyche gestellt wurde.	Alle Patienten mit V.a. oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose bei störungsspezifischer Erstvorstellung im SPZ, nach Abschluss der Diagnostik.	Outcome
39	Diagnose-Outcome I	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen zusätzlich zu einer HKS/ADS/ADHS-Diagnose auch eine weitere Diagnose aus dem F-Kapitel des ICD nach Abschluss der Diagnostik gestellt wurde und dokumentiert ist.	Alle Patienten, mit gesicherter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.	Outcome

Diagramm 1

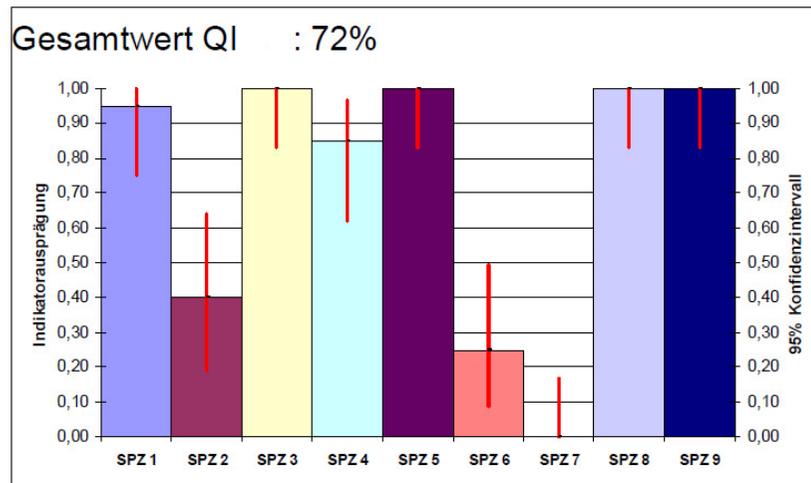


Ergebnisse für alle 39 Qualitätsindikatoren über alle neun Einrichtungen hinweg.

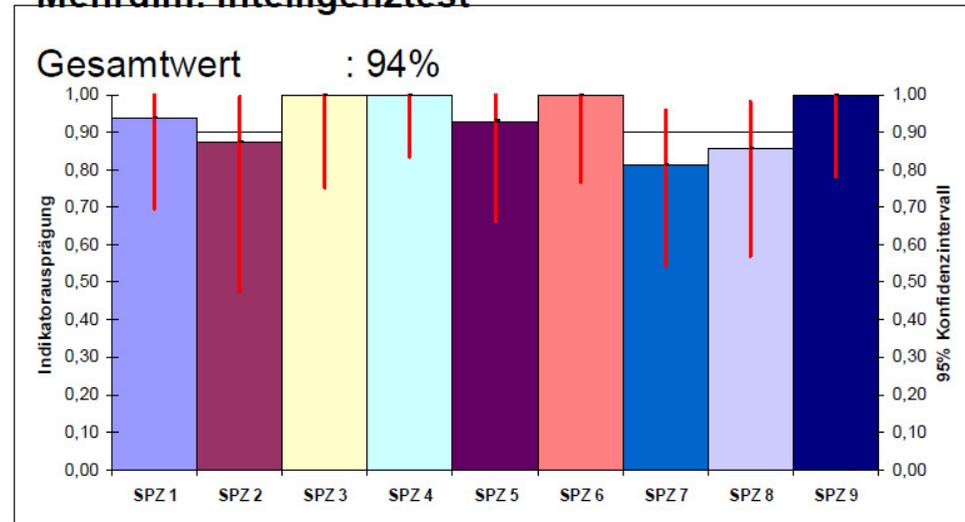
Dargestellt sind die Qualitätsindikatorausprägungen als Verhältnismaße und das jeweilige Minimum und Maximum in der Erhebung für jeden Qualitätsindikator. Die Daten sind nach inhaltlichen Kategorien gruppiert.

Diagramme 2 und 3

Symptomorientierte Anamnese



Mehrdim. Intelligenztest



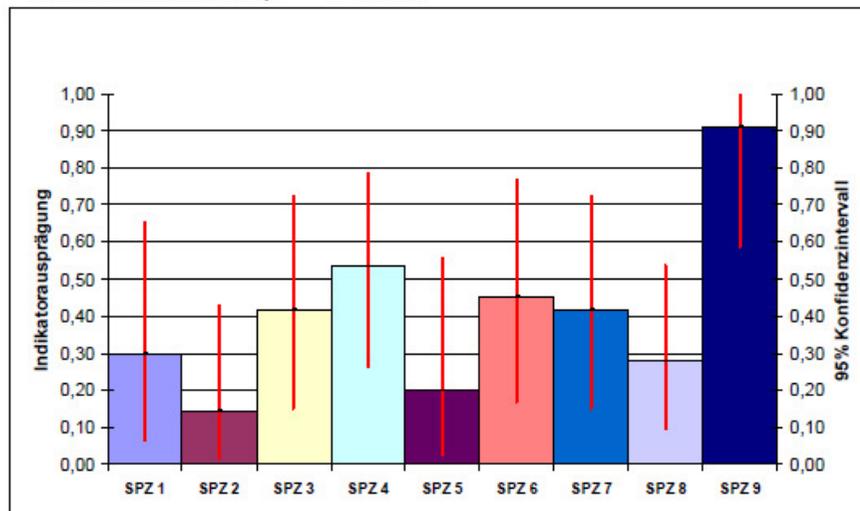
Ergebnisse ausgewählter QI im Vergleich der neun Einrichtungen (hier QI 7 und 8)

Dargestellt sind die Qualitätsindikatorausprägungen als Verhältnismaße und das jeweilige Minimum und Maximum in der Erhebung für jeden Qualitätsindikator.

Diagramme 4 und 5

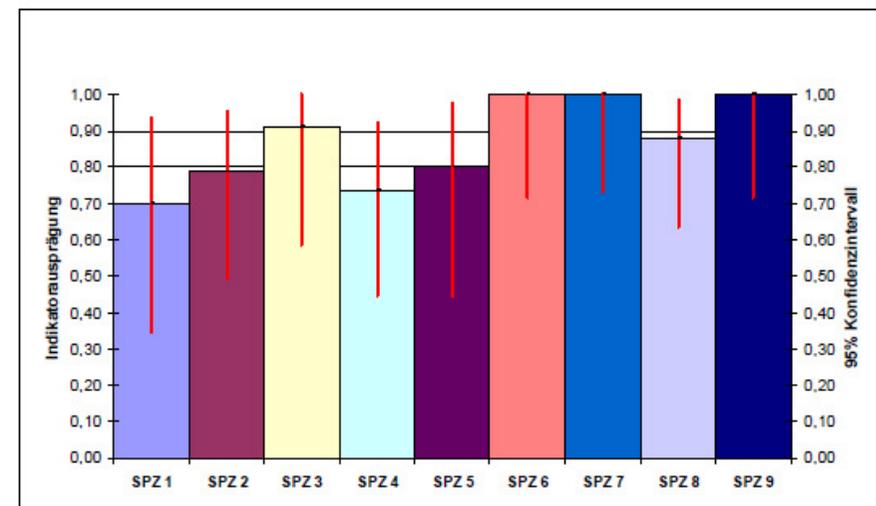
Verhaltenstherapie Eltern

Gesamtwert QI : 40%



Verhaltenstherapie Patient

Gesamtwert QI : 86%



Ergebnisse ausgewählter QI im Vergleich der neun Einrichtungen (hier QI 12 und 13)

Dargestellt sind die Qualitätsindikatorausprägungen als Verhältnismaße und das jeweilige Minimum und Maximum in der Erhebung für jeden Qualitätsindikator.