

BERICHT ZUR FORSCHUNGS- UND ENTWICKLUNGSVEREINBARUNG

QUALITÄTSMBEWERTUNG DER SOZIALPÄDIATRISCHEN VERSORGUNG

Projektnehmer

Institut für Gesundheitssystemforschung
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten

Projektgeber

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ)
DGSPJ Geschäftsstelle
Chausseestraße 128/129
10115 Berlin

Auftrag

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) hat im November 2011 einen Forschungs- und Entwicklungsvertrag mit der Universität Witten/Herdecke abgeschlossen, der darauf zielte, eine Basis für eine systematische Qualitätsbewertung der sozialpädiatrischen Versorgung zu legen.

Dazu sollten innerhalb eines halben Jahres vier Leistungen erbracht werden:

- (1) Literaturanalyse zu Ergebnisparametern der Effektivität von sozialpädiatrischen Zentren (SPZ),
- (2) Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der im Bereich der Qualitätssicherung verabschiedeten Beiträge der DGSPJ,
- (3) Sichtung und Analyse vorhandener Sekundärdaten zur Versorgung durch SPZ,
- (4) Methodische Beratung bei der Forschungsantragstellung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den vier Leistungsbereichen berichtet.

(1) Literaturanalyse zu Ergebnisparametern der Effektivität von sozialpädiatrischen Zentren

Die systematische Literaturanalyse in den Datenbanken PubMed, Cochrane Library, MedPilot, Elsevier Scirus, Springer, Thieme-connect, Dt. Ärzteblatt, Zeitschriftendatenbank ZDB und google wurde als erste Aufgabe bereits zum 29.02.2012 beendet und in einem Bericht der DGSPJ zur Verfügung gestellt (s. Anlage 1). Als wesentliches Ergebnis der Suche nach publizierten Parametern, mit denen sozialpädiatrische Leistungen in SPZ hinsichtlich der Qualität ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bewertet werden können, ist festzuhalten, dass letztlich nur eine minimale Ausbeute von 10 Artikeln generiert werden konnte, die solche Parameter berichten. Hierbei handelt es sich einerseits um Strukturparameter, die vor allem das Personal fokussieren, Prozessparameter zum Beispiel zur Diagnosemitteilung und Ergebnisparameter zur Veränderung von Gesundheitsergebnissen oder zur Zufriedenheit mit der Versorgung. Die Parameter sind jedoch zum größten Teil nicht in Form von Qualitätsindikatoren operationalisiert. Damit offenbarte die Literaturanalyse ein großes Defizit für die Qualitätsbewertung von sozialpädiatrischer Leistungen, so dass Qualitätsindikatoren zur Bewertung insbesondere von SPZ von der DGSPJ selber entwickelt werden müssen. Die bereits vorab mit der DGSPJ besprochene Aufgabe einer Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der vorhandenen Altöttinger „Qualitätspapiere“ der Fachgesellschaft ist also dringend nötig.

(2) Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der im Bereich der Qualitätssicherung verabschiedeten Beiträge der DGSPJ

Gemäß dem Forschungs- und Entwicklungsvertrag zwischen der DGSPJ und der UW/H und den im Verlauf des Vertrages geführten Festlegungen bzw. Eingrenzungen der Fragestellung

auf das Krankheitsbild ADS/ADHS, wurden aufbauend auf dem Altöttinger Qualitätspapier 2009 beispielhafte Qualitätsindikatoren zur Messung der Qualität der Versorgung bei Kindern mit ADS/ADHS abgeleitet.

Das methodische Vorgehen entspricht einer einfachen Umformulierung der im Fließtext des Altöttinger Qualitätspapiers angeführten Empfehlungen in messbare Größen, indem exakt bestimmbare Zähler- und Nennerpopulationen definiert werden und zudem das Thema, und ein Kurzname benannt sowie eine Zuordnung der Indikatoren zu einer der Qualitätsdimensionen (Struktur, Prozess, Ergebnis - differenziert in output und outcome) bzw. Kenntlichmachung als epidemiologische Maßzahl vorgenommen wird.

Das Ergebnis der Indikatorformulierung ist als Anlage 2 beigelegt. In den Tabellen finden sich zusätzlich zu den Qualitätsindikatoren noch jeweils zusammenfassende Kommentare, die Gruppen von Indikatoren zu verschiedenen Themenbereichen erläutern. Zudem sind graue Schattierungen dort hinterlegt, wo das Altöttinger Qualitätspapier eine genaue Definition der Zähler- oder Nennerpopulation zunächst unmöglich machte und von der DGSPJ im Konsens eine Festlegung erfolgen sollte.

In Ergänzung zu den beispielhaften Qualitätsindikatoren für das o. g. Krankheitsbild folgt eine zweite beispielhafte Liste von Qualitätsindikatoren, die sich auf das Qualitätspapier zum Thema „Struktur der SPZ“ bezieht. Dieses Thema macht aufgrund der sehr allgemeinen Formulierungen eine eindeutige Definition von Qualitätsindikatoren schwierig – die Zahl der grau hinterlegten Textteile veranschaulicht dies eindrucksvoll.

Das weitere Vorgehen stellt sich unseres Erachtens so dar, dass die aufgeführten Vorschläge für Qualitätsindikatoren in einem Fachgruppenprozess auf der Basis einer methodischen Gütebewertung im Hinblick auf ihre Verwendung für die Sozialpädiatrie geprüft werden müssten. Dabei sollte ein umfassendes, jedoch gleichzeitig möglichst sparsames Set von Qualitätsindikatoren ausgewählt werden, für das in einem nächsten Schritt eine passende Dokumentationsform entwickelt wird. Daran schließt sich eine Pilotphase an, während der die Praxistauglichkeit einer auf diesen Qualitätsindikatoren beruhenden Qualitätsbewertung der sozialpädiatrischen Versorgung erprobt und anschließend bewertet wird.

(3) Sichtung und Analyse vorhandener Sekundärdaten zur Versorgung durch SPZ

Die Frage, ob es aus administrativen Quellen oder aber aus repräsentativen Studien Daten gibt, anhand derer die Versorgung durch SPZ und evtl. deren Variabilität beschrieben werden können, wurde durch eine Suche in verfügbaren Gesundheitsdatenquellen (www.gbe-bund.de) sowie durch Anfragen bei den beiden größten gesetzlichen Krankenversicherungen (AOK-Bundesverband bzw. WIdO und BARMER-GEK) bearbeitet.

Über die DRG-Statistik bekommt man nur einen Einblick in die vollstationär unter der DRG „9.403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie“

abgerechneten Fälle. Die aktuellste Statistik für das Jahr 2010 weist folgende Fallzahlen auf (s. Tab.).

Tabelle: Fallzahlen der DRG „9.403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie“ im Jahr 2010 (Quelle: DRG-Statistik; vollstationäre Fälle)

	Summe	<1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	>25
insges.	6503	183	1324	2611	1724	566	51	26
männl.	4021	101	834	1807	1013	224	31	11
weibl.	2482	82	490	804	729	342	20	15

Die Tabelle verdeutlicht die männliche Dominanz mit einem Geschlechterverhältnis von rund 40% / 60% weiblicher- / männlicher Patienten. Über ambulant erbrachte Leistungen liegen bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes keine Daten vor.

Weitere zumindest zum Teil aussagekräftige Statistiken liegen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006 des Robert Koch-Instituts vor. Diesem Survey, der in insgesamt 167 repräsentativ ausgewählten Städten und Gemeinden der Bundesrepublik Deutschland an etwa 18.000 Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren durchgeführt wurde, können Prävalenzdaten entnommen werden, die u. a. ADHS umfassen. Eine Beschreibung des Versorgungsgeschehens durch SPZ gelingt jedoch mit diesen Daten nicht. Interessant könnte dennoch die Analyse der bis 2012 laufenden ersten Folgerhebung „KiGGS Welle 1“ werden, wobei in Form eines telefonischen Surveys ein Follow-up der in der Basiserhebung Befragten vorgenommen wurde. Diese Daten werden voraussichtlich ab 2013/2014 vorliegen.

In Bezug auf die Datenlage bei den gesetzlichen Krankenversicherungen muss festgestellt werden, dass deren Daten bisher nicht systematisch aufbereitet vorliegen. Verwiesen wurde auf unsere Anfrage hin auf die seit Beginn des Jahres 2012 gültige gesetzliche Regelung¹, die für SPZ ab dem 1.7.2012 die elektronische Übermittlung der Abrechnungsdaten vorschreibt, anhand derer die Leistungsanspruchnahme und deren evtl. Variabilität analysiert werden könnte. Bisher sei die Datenlage unzureichend.

Diese Tatsache wird jedoch sehr kritisch gesehen. Im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen in der Sozialpädiatrie besteht laut GKV noch immer eine sehr große Intransparenz, so dass es bei Vertragsverhandlungen mit den SPZ hinsichtlich der Frage des Leistungsumfangs immer wieder zu Unstimmigkeiten käme. Vor allem sei unklar, welche

¹ 1. Fortschreibung gemäß § 7 Abs. 4 der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V

Leistungen vom einzelnen SPZ zu erbringen und in der Vergütungspauschale einzukalkulieren seien. Auch sei der Themenkomplex veranlasster Leistungen (Arzneimittel, Heilmittel) immer wieder ein Diskussionspunkt in den Vertragsverhandlungen und in der Abrechnung. Ein weiterer Problembereich besteht nach Aussagen der GKV bei der Abgrenzung bzw. Integration der Interdisziplinären Frühförderstellen, deren (Teil-)Finanzierung durch die GKV in § 30 SGB IX geregelt wurde, was eine Datenzusammenführung extrem erschwert.

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass Sekundärdaten zum Versorgungsgeschehen in SPZ bisher weder umfassend noch zumindest repräsentativ vorliegen.

(4) Methodische Beratung bei der Forschungsantragstellung

Gemeinsam mit Herrn PD Dr. P. Borusiak, SPZ Wuppertal, wurde ein Forschungsantrag zum Thema „Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren in der Sozialpädiatrie für das Krankheitsbild ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom)“ verfasst, der im März 2012 bei der Forschungskommission der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke eingereicht wurde. Der Antrag wurde inzwischen positiv beschieden. Mit Hilfe der Projektförderung wird über ein Jahr eine halbe wissenschaftliche Mitarbeiterstelle finanziert sowie Sachmittel zur Durchführung von Konsensusveranstaltungen bereit gestellt (insgesamt knapp 40.000 €).

Die für das Projekt vorgesehene Mitarbeiterin rotiert aus dem SPZ Wuppertal in das Institut des Projektnehmers und wird hier die Theorie und Praxis der Qualitätsbewertung der gesundheitlichen Versorgung erlernen. Darüber hinaus ist geplant, in der Rotationszeit eine weitere Projektförderung für die DGSPJ zu generieren.

Der erfolgreiche Antrag ist dem Bericht als Anlage 3 beigefügt.

Anlage 1

Literaturanalyse zu Ergebnisparametern der Effektivität von sozialpädiatrischen Zentren

Literaturrecherche zur Qualitätsbewertung sozialpädiatrischer Versorgung im Auftrag der DGSPJ

Hintergrund:

Zur Unterstützung des Aufbaus einer Versorgungsforschung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung auf dem Gebiet der Sozialpädiatrie und Jugendmedizin insbesondere durch sozialpädiatrische Zentren (SPZ) in Deutschland hat die DGSPJ das Institut für Gesundheitssystemforschung (IGFo) der Universität Witten/Herdecke (UW/H) beauftragt, die Basis für eine systematische Qualitätsbewertung der sozialpädiatrischen Versorgung zu recherchieren.

Methode:

a) Reformulierung der Fragestellung:

Nachdem eine orientierende Literatursuche zu „Ergebnisparametern der Effektivität von SPZ“ kaum Treffer erbrachte, wurde die Fragestellung der Literaturanalyse ausgedehnt auf Parameter bzw. Qualitätsindikatoren, mit denen sozialpädiatrische Leistungen v.a. in SPZ hinsichtlich der Qualität ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bewertet werden können. Dabei erfolgte eine Einschränkung auf Parameter, die sich auf die Institution SPZ beziehen. Ausgeschlossen wurden also Parameter, anhand derer die Qualität der Versorgung derjenigen Krankheitsbilder beurteilt wird, die typischerweise in SPZ versorgt werden (z. B. ADHS, CP).

b) Datenbanken:

Aufgrund der geringen Ausbeute der orientierenden Literatursuche und der speziell auf den deutschen Sprachraum begrenzten Verortung von SPZ wurden internationale Datenbanken um solche aus Deutschland und um eine grobe Internetsuche ergänzt. Dabei wurden folgende Datenbanken durchsucht: PubMed, The Cochrane Library, MedPilot, Elsevier Scirus, Springer, Thieme-connect, Dt. Ärzteblatt, Zeitschriftendatenbank ZDB und google.

c) Suchbegriffe und Suchalgorithmen:

Auf der Basis der orientierenden Literatursuche wurden zunächst die Suchbegriffe recherchiert, um die nationale und internationale Literatur im Hinblick auf Artikel zu analysieren, die Parameter bzw. Qualitätsindikatoren berichten, mit denen SPZ hinsichtlich der Qualität ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bewertet werden können.

c-1) Suchbegriffe, die die Institution SPZ umschreiben können:

c-1-1) (((("social pediatric center") OR "social pediatric center") OR "social paediatric centre") OR "social pediatric centre")) OR (((("social pediatric centers") OR "social pediatric centers") OR "social paediatric centres") OR "social pediatric centres")

Anmerkung: SPZ aus dem deutschen Sprachgebrauch werden bei Publikationen häufig mit "social p(a)ediatric center/re" übersetzt – daher macht die Suche Sinn, obwohl eher nur von Deutschen verwendet. Im englischen Sprachgebrauch wird hierunter aber zumeist die Versorgung durch Kinderärzte verstanden, die sich in versorgungsschwachen sozialen Brennpunkten niederlassen bzw. um die medizinische Versorgung der Kinder kümmern (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11730118>).

c-1-2) (((("Community Health Centers"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh])) AND (("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Infant"[Mesh]) OR "Child, Preschool"[Mesh]))

c-2) Suchbegriff zur Versorgung von Kindern mit besonderem Versorgungsbedarf:

((("Child, Exceptional"[Mesh])) NOT gifted)) AND (("Health"[Mesh]) OR "Health Services"[Mesh])

c-3) Suchbegriffe, die den Aspekt Qualität abdecken:

Hier wurden ausschließlich MeSH-Begriffe verwendet, und zwar in folgender Kombination:

((("Quality of Health Care"[Mesh]) OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh])

Anmerkung: Bei der Verschlagwortung durch die Mitarbeiter der National Library of Medicine in den USA werden diese Begriffe sehr global verwendet, wenn es um irgendwelche Qualitätsaspekte gehen könnte – so wird zum Beispiel allgemein die Qualität einer diagnostischen Maßnahme oder Therapie erfasst. Im Zusammenhang mit der Suche nach Parametern, die die Qualität der Versorgung durch Institutionen beschreiben soll, muss zumeist eine Einschränkung – zumindest auf den Mesh "Quality Indicators, Health Care" vorgenommen werden (s. Algorithmus unten)

c-4) Suchalgorithmus unter Verwendung dieser Suchbegriffe

Zusammengefasst ergab sich folgender Suchalgorithmus:

((c-1-1 OR c-1-2 OR c-2) AND c-3)

Aufgeschlüsselt sah der Algorithmus wie folgt aus:

((((((((((("social pediatric center") OR "social pediatric center") OR "social paediatric centre") OR "social paediatric centre")) OR (((("social pediatric centers") OR "social pediatric centers") OR "social paediatric centres") OR "social paediatric centres")))) OR (((("Community Health Centers"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh])) AND ((("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Infant"[Mesh]) OR "Child, Preschool"[Mesh])))) OR (((("Child, Exceptional"[Mesh])) NOT gifted)) AND ((("Health"[Mesh]) OR "Health Services"[Mesh])))) AND (((("Quality of Health Care"[Mesh]) OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]))

Zwischenergebnis zu dieser Suche in PubMed:

Limits: Title/Abstract 88857 Treffer

Limits: Title/Abstract, Meta-Analysis, Review 7651 Treffer

Trotz Begrenzung auf die Recherche von Artikeln, die die o. g. Begriffe im Titel oder Abstract führen und als Review oder Meta-Analyse eingeordnet wurden, war die Ausbeute zu groß, um sinnvoll weiter suchen zu können. Deshalb erfolgte eine Beschränkung auf den Aspekt der Qualitätsbewertung wie im Folgenden ausgeführt.

c-5) Suchalgorithmus unter Beschränkung auf den Aspekte der Qualitätsbewertung durch Qualitätsindikatoren

((c-1-1 OR c-1-2 OR c-2) "Quality Indicators, Health Care"[Mesh])

Aufgeschlüsselt sah der Algorithmus wie folgt aus:

((((((((((("social pediatric center") OR "social pediatric center") OR "social paediatric centre") OR "social paediatric centre")) OR (((("social pediatric centers") OR "social pediatric centers") OR "social paediatric centres") OR "social paediatric centres")) OR (((("Community Health Centers"[Mesh]) OR "Community Health Services"[Mesh])) AND ((("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Infant"[Mesh]) OR "Child, Preschool"[Mesh]))) OR (((("Child, Exceptional"[Mesh])) NOT gifted)) AND ((("Health"[Mesh]) OR "Health Services"[Mesh]))) AND ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh]))

Zwischenergebnis zu dieser Suche in PubMed:

Limits: Title/Abstract 253 Treffer

Limits: Title/Abstract, Meta-Analysis, Review 26 Treffer

c-6) Erweiterung der Suche um Aspekte der Entwicklungsstörung bzw. psychischen Erkrankungen

Der hierzu formulierte Suchalgorithmus bestand aus einer Kombination aus Suchbegriffen, die den Aspekt SPZ abdecken [1a= "social paediatric" OR "social pediatric" sowie 1b= "Community Health Centers"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh] und 1c= "center" OR "centers" OR "centre" OR "centres"] mit dem Suchbegriff 1d= "Developmental Disabilities"[Mesh] OR "Mental Disorders Diagnosed in Childhood"[Mesh] und dem Suchbegriff zur Qualitätsbewertung 2= "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] und sah wie folgt aus:

((((1a OR 1b) AND 1c) AND 1d) AND 2)

Aufgeschlüsselt sah der Algorithmus wie folgt aus:

((((((("social paediatric" OR "social pediatric")) OR ("Community Health Centers"[Mesh] OR "Community Health Services"[Mesh]))) AND (center OR centers OR centre OR centres))) AND ((("Developmental Disabilities"[Mesh]) OR "Mental Disorders Diagnosed in Childhood"[Mesh])) AND "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]

Zwischenergebnis zu dieser Suche in PubMed: 3 Treffer, die bereits in der Suche c-5) enthalten waren.

c-7) Ergänzende Suche nur nach SPZ im Speziellen in PubMed:

Dazu wurde folgende Suche formuliert "social paediatric" OR "social pediatric".

Zwischenergebnis zu dieser Suche in PubMed war Folgendes:

ohne Limits: 79 Treffer

Limits: Title/Abstract 56 Treffer

c-8) Ergänzende Suche in weiteren Datenbanken

Auf der Basis der weiterhin nur geringen Trefferzahl der zunächst auf PubMed fokussierten, methodisch korrekten Suche, wurden die oben genannten weiteren Datenbanken und auch nochmals PubMed orientierend mithilfe der Suchbegriffe [„Community Child Health (Abstract/Title) + (Service* v Center* v Centre* v Clinic v Clinics); Community child health + Evaluation; Social pediatric/paediatric center/centre; Kinder + (sekundäre Prävention v tertiäre Prävention); Sozialpädiatrische Zentren v Zentrum; Sozialpädiatrie (Filter: Medizin, Pediatrics, Medicine/Public Health, general) und Frühförderung] wie folgt durchsucht:

<u>Datenbank</u>	<u>Schlagwort</u>
PubMed	Community Child Health, Social pediatric/ paediatric center/centre, Kinder + (sekundäre or tertiäre prevention)
The Cochrane Library	Community child health + Evaluation
Springer, Thieme-connect, MedPilot, Dt. Ärzteblatt	Sozialpädiatrische Zentren/ sozialpädiatrisches Zentrum
ZDB	Sozialpädiatrie

Die Liste der jeweiligen Treffer werden im Ergebnisteil berichtet.

c-9) Ergänzende Suche in google

Weiterhin wurde über google nach dem „Schneeballprinzip“ folgendes Material gesichtet:

- Publikationslisten auf Homepages von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) / daraus weitere Literaturhinweise, z. B. Monatsschrift Kinderheilkunde,
- Literaturverzeichnisse von Dissertationen (Simon 2004, Universität Heidelberg; Claus 2009, Universität Leipzig),
- Interne Ergebnisse der Online Umfrage in SPZ mit dem Elternfragebogen (JSmoin 2005).

d) Vorgehen bei der Literaturanalyse:

Die Literatursuche fand orientierend im Dezember und dann nach Reformulierung der Fragestellung im Januar und Februar 2012 statt und wurde durch 2 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Wie üblich wurden die jeweiligen Treffer weiter eingegrenzt, indem zunächst durch Lesen der Titel, dann der Abstracts eine Vorauswahl zu lesender Volltexte getroffen wurde. Aus den Volltexten wurden wiederum diejenigen mit Nennung der Zielparameter isoliert und mögliche Parameter bzw. Qualitätsindikatoren tabellarisch gelistet, mit denen SPZ hinsichtlich der Qualität ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bewertet werden können. Aufgrund des Charakters des Auftrags wurden die Auswahl der Treffer sowie die Volltextanalysen jeweils nur von einer Mitarbeiterin durchgeführt.

Ergebnisse:

Aus den Suchalgorithmen c-5 und c-7 ergaben sich 253 respektive 79 Treffer, die alle gesichtet wurden. Aus c-5 berichteten letztlich nur zwei Artikel über die Zielparameter der Literaturrecherche, aus c-7 ergaben sich keine weiteren Qualitätsindikatoren für sozialpädiatrische Leistungen in den SPZ (siehe Tabelle 1). Die Rechercheergebnisse zu c-8, der Suche in weiteren Datenbanken sind in Tabelle 1 aufgeschlüsselt. c-9, die google-Suche, erbrachte keine weiteren Treffer, das heißt keine bereits als Indikatoren formulierten Parameter zur Bewertung der SPZ-Qualität.

Tabelle 1: Treffer der Literaturrecherche / Verwertbarkeit der Artikel zur Qualitätsbewertung sozialpädiatrischer Zentren

Schlagwort	Datenbank	Treffer
s. Algorithmus c-5	PubMed	253 Treffer, 2 verwertbar
s. Algorithmus c-7	PubMed	79 Treffer, keiner verwertbar
Community Child Health	PubMed	64 Treffer, 3 verwertbar
Social pediatric/ paediatric center/centre	PubMed	23 mit limit german (ohne limit german language 2.383)
Kinder + (sekundäre v tertiäre Prevention)	PubMed	2 Treffer, 1 verwertbar
Community child health + Evaluation	Cochrane Library	3 Treffer, 1 verwertbar
Sozialpädiatrische Zentren/ sozialpädiatrisches Zentrum	Springer Thieme-connect MedPilot Ärzteblatt	72 Treffer, 4 verwertbar 35 Treffer, keiner verwertbar 180 Treffer, 3 verwertbar 63 Treffer, 2 verwertbar
Sozialpädiatrie	ZDB	21 Treffer, keiner verwertbar

Letztlich erbrachte die Literaturrecherche 10 Artikel, die über Parameter berichten, die für eine Qualitätsbewertung von SPZ herangezogen werden könnten. Tabelle 2 listet orientierend die in den jeweiligen Artikeln berichteten methodischen Vorgehensweisen und Zielparameter. Die Literaturangaben zu den Artikeln befinden sich im Abschnitt „Literatur“ (s. u.).

Tabelle 2: Ergebnisse der Literaturrecherche zu Qualitätskriterien

Nr.	Methode	Qualitätskriterien
1	Literaturrecherche zur Erreichbarkeit von gesundheitlichen Dienstleistungen für Kinder	Struktur: Wartezeiten, Benutzerfreundlichkeit, Angebotsdichte, Anreise (in km)
2	Epidemiologische, nationale Studie (USA), Monitoring der bedürftigen Kinder aus 40.723 Familien (Fragebogen)	Struktur: Medical Home (Hausarzt) (QI 2), Aadaquate Krankenversicherung (QI 3) Prozess: Partizipation und Zufriedenheit (QI 1), Screening und Verlaufskontrolle (QI 4), effektive Transitionsplanung (QI 6) Outcome: Benutzerfreundlichkeit (QI 5)
3	Querschnittsuntersuchung mit 71 Eltern (Fragebogen)	Outcome: objektive Veränderungen im Behandlungsverlauf (Kinder, Eltern), subjektive Behandlungszufriedenheit
4	Epidemiologische Studie mit 170 Kindern (Akten von 1999), Querschnittsuntersuchung mit 82 Eltern (Interviews)	Prozess: Abklärung der Erwartungen, Elterngespräch, Diagnosemitteilung Outcome: Erfüllung der Erwartungen, Zufriedenheit mit der Frühförderung
5	Epidemiologische Studie mit 34 Community Child Health Centres	Struktur: Personal (mindestens 3 Pädiater, Schwestern, paramedizinisches und administratives Personal)
6	Epidemiologische Studie mit Strukturdaten von 49 SPZ, Querschnittsuntersuchung (Fragebogen) mit 22 Kinderärzten	Struktur: Personal, Einzugsgebiet, Erreichbarkeit, Räumlichkeiten, Behandlungen/Quartal Prozess: Wartezeiten, Kommunikation und Information, (Über-)Diagnostik
7	Epidemiologische Studie mit Census-Daten (Nottingham), Erhebung von Störungen & Diagnosen	Struktur: Wartezeiten, Anreise und Behandlungskosten
8	Querschnittsuntersuchung (Interviews) mit 106 Eltern zur Therapiebewertung	Prozess: Diagnosemitteilung Cerebralparese Outcome: selbstberichtete Depression der Eltern
9	Epidemiologische Studie zu 242 multidisziplinären Teams in local services	Struktur: Professionen im Team, Teamleitung Prozess: Häufigkeit Team-Meetings, Fallbesprechungen
10	Querschnittsuntersuchung (Fragebogen) mit 92 Eltern zur Therapiebewertung	Outcome: positives Behandlungsurteil bei niedriger subjektiver Belastung, kurzfristigen Therapiezielvorgaben und Therapiemitarbeit

Die Ergebnisse der SPZ-Elternbefragung (JSmoin 2005) mit Problemhäufigkeiten in den Bereichen Information und Kommunikation korrespondiert mit den Ergebnissen von [4] Claus 2009 und [6] Simon 2004, die ebensolche Probleme bzgl. Diagnoseverständlichkeit und Einschätzung der Schwere der Erkrankung festgestellt haben.

Fazit:

Die Literaturanalyse zu Parametern, mit denen sozialpädiatrische Leistungen in SPZ hinsichtlich der Qualität ihrer Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bewertet werden können, ergab nur eine minimale Ausbeute von 10 Artikeln, die solche Parameter berichten. Hierbei handelt es sich einerseits um Strukturparameter, die vor allem das Personal fokussieren,

Prozessparameter zum Beispiel zur Diagnosemitteilung und Ergebnisparameter zur Veränderung von Gesundheitsergebnissen oder zur Zufriedenheit mit der Versorgung.

Die Parameter sind jedoch zum größten Teil nicht in Form von Qualitätsindikatoren operationalisiert. Damit offenbart die Literaturanalyse ein großes Defizit für die Qualitätsbewertung sozialpädiatrischer Leistungen allgemein: Qualitätsindikatoren zur Bewertung werden wohl von der DGSPJ selber entwickelt werden müssen. Die bereits vorab mit der DGSPJ besprochene Aufgabe einer Entwicklung von Qualitätsindikatoren für SPZ auf der Basis der vorhandenen Altöttinger „Qualitätspapiere“ der Fachgesellschaft ist dringend nötig.

Literatur:

- [1] Kuhlthau KA (2011). Measures of availability of health care services for children. *Acad Pediatr.* 2011 May-Jun;11(3 Suppl):S42-8.
- [2] Strickland BB, van Dyck PC, Kogan MD, Lauver C, Blumberg SJ, Bethell CD, Newacheck PW (2011). Assessing and ensuring a comprehensive system of services for children with special health care needs: a public health approach. *Am J Public Health.* 2011 Feb;101(2):224-31.
- [3] Hasmann R, Schaadt AK, Hampel O, Karpinski N, Holl RW, Petermann F (2012). Rehabilitation behindeter Kinder und deren Eltern mit Stepping Stones Triple P. Welche Therapieeffekte haben Einfluss auf die subjektive Behandlungszufriedenheit? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160:1–7.
- [4] Claus M (2009). Elterliche Zufriedenheit mit der Frühförderung am Beispiel des sozialpädiatrischen Zentrums in Leipzig. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, 2009.
- [5] Katz M, Urkin J, Bar-David Y, Cohen AH, Warshawsky S, Barak N (2005). Child health care centres: an academic model for comprehensive child health care in the community. *Child Care Health Dev.*, Mar;31(2):217-22.
- [6] Simon C (2004). Analyse der sozialpädiatrischen Versorgung im Einzugsgebiet der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Heilbronn -- Erfassung der Struktur- und Prozessqualität der Versorgung von Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen - prospektive Bedarfsanalyse – Dissertation an der Medizinischen Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität, 2004.
- [7] Didcock E, Polnay L (2001). Pioneers, paediatricians and public health: the evolution of community child health services, Clifton, Nottingham 1983-1999. *Public Health*, Nov;115(6):412-7.
- [8] Baird G, McConachie H, Scrutton D (2000). Parents' perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. *Arch Dis Child* 2000;83:475–480.

- [9] McConachie HR, Salt A, Chadury Y, McLachlan A, Logan S (1999). How do Child Development Teams work? Findings from a UK national survey. *Child Care Health Dev.*, Mar;25(2):157-68.
- [10] Storck M, Zieger G, Kraus de Camargo O, Bode H (1998). Was ist therapeutischer Erfolg? Elterliche Therapiebewertungen in der Sozialpädiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde.* 146(12):1160-1166.

Anlage 2

Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf der Basis der im Bereich der Qualitätssicherung verabschiedeten Beiträge der DGSPJ

**Beispielhafte Qualitätsindikatoren zur Bewertung der Versorgung von
Patienten mit Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS in der Sozialpädiatrie
sowie zur Bewertung von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) im
Allgemeinen,
aufbauend auf dem Altöttinger Qualitätspapier 2009**

Lehrstuhl und Institut für Gesundheitssystemforschung
Universität Witten/Herdecke

Witten, 21.05.2012

Beispielhafte Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS

Gemäß dem Forschungs- und Entwicklungsvertrag zwischen der DGSPJ und der UW/H und den im Verlauf des Vertrages geführten Festlegungen bzw. Eingrenzungen der Fragestellung auf das o. g. Krankheitsbild, wurden aufbauend auf dem Altöttinger Qualitätspapier 2009 beispielhafte Qualitätsindikatoren zur Messung der Qualität der Versorgung bei Kindern mit ADS/ADHS abgeleitet.

Das methodische Vorgehen entspricht einer einfachen Umformulierung der im Fließtext des Altöttinger Qualitätspapiers angeführten Empfehlungen in messbare Größen, indem exakt bestimmbare Zähler- und Nennerpopulationen definiert werden und zudem das Thema, und ein Kurzname benannt sowie eine Zuordnung der Indikatoren zu einer der Qualitätsdimensionen (Struktur, Prozess, Ergebnis - differenziert in output und outcome) bzw. Kenntlichmachung als epidemiologische Maßzahl vorgenommen wird.

In der folgenden Tabelle finden sich zusätzlich noch jeweils zusammenfassende Kommentare, die Gruppen von Indikatoren zu verschiedenen Themenbereichen erläutern.

Zudem sind graue Schattierungen dort hinterlegt, wo das Altöttinger Qualitätspapier eine genaue Definition der Zähler- oder Nennerpopulation zunächst unmöglich machte und von der DGSPJ im Konsens eine Festlegung erfolgen sollte.

In Ergänzung zu den beispielhaften Qualitätsindikatoren für das o. g. Krankheitsbild folgt eine zweite beispielhafte Liste von Qualitätsindikatoren, die sich auf das Qualitätspapier zum Thema „Struktur der SPZ“ bezieht. Dieses Thema macht aufgrund der sehr allgemeinen Formulierungen eine eindeutige Definition von Qualitätsindikatoren schwierig – die Zahl der grau hinterlegten Textteile veranschaulicht dies eindrucksvoll.

Das weitere Vorgehen stellt sich unseres Erachtens so dar, dass die hier aufgeführten Vorschläge für Qualitätsindikatoren in einem Fachgruppenprozess auf der Basis einer methodischen Gütebewertung im Hinblick auf ihre Verwendung für die Sozialpädiatrie geprüft werden müssten. Dabei sollte ein umfassendes, jedoch gleichzeitig möglichst sparsames Set von Qualitätsindikatoren ausgewählt werden, für das in einem nächsten Schritt eine passende Dokumentationsform entwickelt wird. Daran schließt sich eine Pilotphase an, während der die Praxistauglichkeit einer auf diesen Qualitätsindikatoren beruhenden Qualitätsbewertung der sozialpädiatrischen Versorgung erprobt und anschließend bewertet wird.

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
1	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Aktuelle Anamnese	alle Patienten, bei denen eine aktuelle Anamnese durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
2	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Biografische Anamnese	alle Patienten, bei denen eine biografische Anamnese durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
3	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Patientenbefragung	alle Patienten [> x Jahre?], bei denen eine Patientenbefragung durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
4	Grundversorgung - Basisdiagnostik	fremdanamnestische Daten	alle Patienten, bei denen situationsübergreifende fremdanamnestische Daten (z.B. Kindergartenberichte, Schulzeugnisse) vorliegen und dokumentiert sind	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
5	Grundversorgung - Basisdiagnostik	körperliche und neurologische Untersuchung	alle Patienten, bei denen eine körperliche und neurologische Untersuchung inkl. Beurteilung des Hör- und Sehvermögens durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
6	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Verhaltensbeobachtung	alle Patienten, bei denen eine Verhaltensbeobachtung durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
7	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Einsatz altersentsprechender Befragungsinstrumente	alle Patienten, bei denen/ für die eine altersentsprechende? Befragung mittels Fragebogen (z.B. Conners Fremdrating, VBV-EL (Eltern), VBV-ER (Erzieher), CBCL, FBB – HKS, SBB – HKS, SDQ (Eltern/Patient/Lehrer), ADHD Rating Scale – IV DuPaul et al.) durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
8	Grundversorgung - Basisdiagnostik	orientierende Testdiagnostik	alle Patienten, bei denen eine [altersentsprechende?] orientierende Testdiagnostik (z.B. BUEVA, BUEGA) durchgeführt wurde und dokumentiert ist Erläuterung: Dies muss/ kann/ sollte? unter Rückgriff auf aktuelle Vorbefunde mit anerkannten Verfahren (z. B. Entwicklungs-, Intelligenztests) von anderen Institutionen bzw. von den Hausärzten erfolgen.	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
9	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Differentialdiagnosen	alle Patienten, bei denen eine Überprüfung der wesentlichen Differentialdiagnosen (tief greifende Entwicklungsstörungen (F84), affektive, insbesondere manische Störungen (F30), isolierte Angststörungen (F93), reaktive isolierte Aufmerksamkeitsstörungen (F98.8), ggf. Anpassungsstörungen (F43.2), ggf. primäre Störungen des Sozialverhaltens (F91)) durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
10	Grundversorgung - Basisdiagnostik	komorbide Störungen	alle Patienten, bei denen ggf. vorhandene komorbide Störungen (umschriebene Entwicklungsstörungen (F80-F89), zumeist geringgradige intellektuelle Beeinträchtigung, entwicklungsneurologische Beeinträchtigung, Angststörung, Tic-Störung (F95), affektive, vor allem depressive Störungen (F32), oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen (F91), psychosoziale/-emotionale Belastungssituationen im nahen Umfeld) eingeschätzt und dokumentiert wurden	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
11	Grundversorgung - weitergehende Diagnostik	MBS (mehrdimensionale Bereichsdiagnostik) oder MAS (multiaxiales System)	alle Patienten, bei denen eine Überweisung zur weitergehenden Diagnostik erfolgte [Messbarkeit der Notwendigkeit?] Erläuterung: Dies ist erforderlich, wenn entweder die Ressourcen des Kinder- und Jugendarztes, bedingt durch die Praxisstruktur, nicht ausreichen und dies durch Überweisungsmöglichkeiten in regionalen Netzen (Neuropädiater, Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten u. a.) nicht kompensiert werden kann oder wenn, insbesondere bei bedeutsamer komorbider Störung oder Problemen in der differentialdiagnostischen Abgrenzung, die individuelle Situation des Patienten den Einbezug speziellen Fachwissens und/oder institutioneller Interventionsmaßnahmen für Diagnostik und Therapie erfordert	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
Zusammenfassung QI 1-11: Absicherung Verdachtsdiagnose					
12	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Diagnosestellung	alle Patienten, bei denen die Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS entsprechend der in der ICD-10 und/oder DSM IV festgelegten Kriterien gestellt wurde	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess (Epidemiologie / output)
QI 12: gleichzeitig sektorübergreifender QI (Zusammenarbeit Niedergelassene [und deren diagnostische Qualität] / SPZ) / epidemiologische Kennziffer; output-QI					
13	Grundversorgung - Basisdiagnostik	Therapieziele	alle Patienten, für die Therapieziele definiert und dokumentiert wurden Erläuterung: Dies muss/ kann/ sollte[?] unter besonderer Beachtung der Kernsymptome und des psychosozialen Funktionsniveaus des Patienten und seiner Familie erfolgen.	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
14	Grundversorgung - Therapie	psychoedukative Maßnahmen	<p>alle Patienten, bei denen psychoedukative Maßnahmen in der kinderärztlichen Praxis, bei Beratungsstellen oder bei qualifizierten Therapeuten durchgeführt wurden und dokumentiert sind [evtl. differenzieren: <11 Jahre Elternttraining durchgeführt und dokumentiert, s. Erläuterung]</p> <p>Erläuterung: Dabei haben bis zu einem Entwicklungsalter der Patienten von etwa zehn Jahren spezielle Elterntrainings Vorrang vor kindbezogenen therapeutischen Maßnahmen.</p>	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
15	Grundversorgung - Therapie	patientenbezogene Strukturierungsmaßnahmen	<p>alle Patienten, bei denen patientenbezogene Strukturierungsmaßnahmen durch qualifiziertes Personal (s. u.) durchgeführt wurden und dokumentiert sind</p> <p>Erläuterung: Dies muss/ kann/ sollte[?] problemorientiert und unter Einbeziehung der psychosozialen Ebene stattfinden. Es kann durch einen Kinder- und Jugendarzt, Psychologen oder Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation (z. B. lerntheoretisches Hintergrundwissen) erfolgen. Funktionstherapeuten (wie zum Beispiel Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und andere) ohne medizinische und psychotherapeutische Zusatzqualifikation sind zur Durchführung dieser Therapie in der Regel nicht geeignet.</p>	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess
16	Grundversorgung - Therapie	medikamentöse Therapie	<p>alle Patienten, bei denen eine leitlinienkonforme medikamentöse Therapie durchgeführt wird und dokumentiert ist</p> <p>Erläuterung: Dies ist indiziert, wenn die psychoedukativen Maßnahmen und die patientenbezogenen Strukturierungsmaßnahmen nicht ausreichend wirken oder wenn die soziale, schulische oder innerfamiliäre Entwicklung des Patienten in erheblichem Umfang bedroht ist (primäre Intervention in Krisensituationen). Die Pharmakotherapie sollte gemäß der Leitlinien durchgeführt werden.</p>	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS	Prozess / output (Epidemiologie)
17	Grundversorgung - Therapie	Verlaufskontrollen bei psychoedukativen Maßnahmen oder patientenbezogenen Strukturierungsmaßnahmen	alle Patienten, die sich mindestens alle drei Monate zu einer Patientenuntersuchung und einem Elterngespräch bei ihrem Kinder- und Jugendarzt vorstellen	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS, die psychoedukative Maßnahmen oder patientenbezogene Strukturierungsmaßnahmen nicht bei ihrem Kinder- und Jugendarzt durchlaufen	Prozess

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
18	Grundversorgung - Therapie	Verlaufskontrollen bei medikamentöser Therapie (Einstellungsphase)	alle Patienten, die sich ein- bis zweiwöchentlich zu Gesprächs- und Kontrollterminen vorstellen	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS, die mit einer medikamentösen Therapie als Krisenintervention oder im Therapieaufbau (Einstellungsphase) behandelt werden	Prozess
19	Grundversorgung - Therapie	Verlaufskontrollen bei medikamentöser Therapie (Erhaltungsphase)	alle Patienten, die sich zwei- bis sechsmonatlich zu Gesprächsterminen und sechs- bis zwölfmonatlich zu Untersuchungsterminen vorstellen	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS und mit eingestellter medikamentöser Therapie	Prozess
20	Grundversorgung - Therapie	Verlaufskontrollen bei medikamentöser Therapie (Non-Responder)	alle Patienten, bei denen Diagnose, Compliance sowie Dosis und Art der Medikation überprüft und ggf. korrigiert wurden	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS, bei denen unter medikamentöser Therapie kein Erfolg beobachtet wird	Prozess
21	Grundversorgung - Therapie	Evaluation der Therapie (Zwischenanamnese)	alle Patienten, bei denen sechs bis neun Monate nach Therapiebeginn [?] eine situationsübergreifende Zwischenanamnese zu Eltern und Familie, Kindergarten und Schule sowie Freundeskreis durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle therapierten Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS	Prozess
22	Grundversorgung - Therapie	Evaluation der Therapie (ärztliche Untersuchung)	alle Patienten, bei denen sechs bis neun Monate nach Therapiebeginn [?] eine symptomorientierte ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle therapierten Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS	Prozess
23	Grundversorgung - Therapie	Evaluation der Therapie (Symptomerfassung)	alle Patienten, bei denen sechs bis neun Monate nach Therapiebeginn [?] eine Wiederholung der Symptomerfassung durch Fragebögen durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle therapierten Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS	Prozess
24	Grundversorgung - Therapie	Evaluation der Therapie (Überweisung)	alle Patienten, bei denen sechs Monate nach Therapiebeginn [?] kein erfolgreiches Therapieergebnis festgestellt wurde und für die eine multiprofessionelle Betreuung, z. B. im Sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, eingeleitet wurde	alle therapierten Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS	Prozess
Zusammenfassung QI 13-24: korrekte Therapie in der Grundversorgung					
25	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	spezifische Basisdiagnostik	alle Patienten, bei denen eine Familienanamnese, eine Eigenanamnese, eine biografische Anamnese und eine körperlich neurologische Untersuchung inkl. ggf. EEG durchgeführt wurden und dokumentiert sind	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
26	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	mehrdimensionaler Entwicklungs- und Intelligenztest	alle Patienten, bei denen ein mehrdimensionaler Entwicklungs- und Intelligenztest durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
27	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	spezifische Fragebogendiagnostik	alle Patienten, bei denen eine spezifische Fragebogendiagnostik in Bezug auf mindestens zwei Situationen durchgeführt wurde und dokumentiert ist [Instrumente festlegen]	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
28	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	spezifisches Testverfahren	alle Patienten, bei denen eine spezifische Diagnostik mittels Testverfahren oder apparativem Testverfahren durchgeführt wurde und dokumentiert ist [Instrumente festlegen]	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
29	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	Verhaltensbeobachtung	alle Patienten, bei denen eine Verhaltensbeobachtung durchgeführt wurde und dokumentiert ist Erläuterung: Diese Verhaltensbeobachtung muss/ kann/ sollte [?] durch speziell ausgebildete Untersucher im Alltag nah in den durch die Anamnese erhobenen Konfliktbereichen (u. a. Eltern, Kindergarten, Schule) erfolgen. Hierbei sind in Zweifelsfällen Gruppensettings und eine Unterstützung durch Videoaufnahmen zu berücksichtigen.	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
30	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	störungsbezogene neuropsychologische Testdiagnostik	alle Patienten, bei denen eine störungsbezogene neuropsychologische Testdiagnostik durchgeführt wurde und dokumentiert ist [Instrumente festlegen]	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
31	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	Persönlichkeits- und Familiendiagnostik	alle Patienten, bei denen eine spezielle Persönlichkeits- und Familiendiagnostik durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
32	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	Differentialdiagnosen, komorbide Störungen	alle Patienten, bei denen nach dem EKPSA-Prinzip Differentialdiagnosen und komorbide Störungen überprüft und eingeschätzt wurden sowie dokumentiert sind	alle Patienten mit Verdacht auf Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
Zusammenfassung QI 25-32: Abklärung Verdacht auf ADS/ADHS mittels MBS/MAS im SPZ					
33	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	Anzahl gesicherter Diagnosen bei IQ > 70	alle Patienten mit einem IQ > 70	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Output / Epidemiologie
34	sozialpädiatrische Komplexbehandlung – MBS / MAS	ADS/ADHS bei IQ 50 - 70	alle Patienten mit einem IQ zwischen 50 und 70 ohne Kernsymptome, die deutlich ausgeprägter sind als auf Grund der Intelligenzminderung zu erwarten	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
35	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Behandlungsplan	alle Patienten, für die ein individueller Behandlungsplan mit definierten Therapiezielen vorliegt und dokumentiert ist	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
36	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Therapieziel Symptomreduktion	alle Patienten, bei denen eine Symptomreduktion aufgetreten ist	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Ergebnis (outcome)
37	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Therapieziel psychosoziales Funktionsniveau	alle Patienten, bei denen eine Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus aufgetreten ist	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Ergebnis (outcome)
38	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Beratung der Eltern	alle Patienten, für die eine Beratung der Eltern und nahen Bezugspersonen zum ADHS und zum Einfluss eventueller Komorbidität durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Prozess/ output
39	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Beratung des Bezugssystems	alle Patienten, für die eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten, Schule etc.) ggf. mit therapeutischer Intervention durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Prozess/ output
40	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Verhaltenstherapie der Eltern	alle Patienten, für die eine verhaltenstherapeutische Elternanleitung (einzeln oder in Gruppen) durchgeführt wurde und dokumentiert ist [bei festgestelltem Bedarf?] Erläuterung: Dies muss/ kann/ sollte [?] u.a. Themen wie Tagesstrukturierung, Elternkompetenz in schwieriger Erziehungssituation und Stärkung von Selbstmanagement-Fähigkeiten umfassen.	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Prozess/ output
41	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Verhaltenstherapie des Patienten	alle Patienten, für die eine verhaltenstherapeutische Intervention durchgeführt wurde und dokumentiert ist [bei festgestelltem Bedarf?] Erläuterung: Dies muss/ kann/ sollte [?] u.a. Maßnahmen wie Aufmerksamkeitstraining, Selbstinstruktionstraining, Einüben alternativer Verhaltensweisen und kognitive Umstrukturierungen umfassen.	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Prozess/ output
42	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	medikamentöse Therapie	alle Patienten, bei denen eine leitlinienkonforme medikamentöse Therapie durchgeführt wird und dokumentiert ist	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS im SPZ	Prozess

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
43	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	Neuro-Biofeedback	alle Patienten, für die ein Neuro-Biofeedback durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess / output
44	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie ADS- ADHS	ergänzende, nicht evidenz-basierte Verfahren	alle Patienten, bei denen ergänzende, nicht evidenz-basierte Verfahren wie Homöopathie, Vitamine und Ergänzungsstoffe eingesetzt wurden und dokumentiert sind	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess
Zusammenfassung QI 35-44: Therapie im SPZ					
45	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie der komorbiden Störungen	Störungen des Sozialverhaltens	alle Patienten, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbeziehung der Eltern, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch interaktionstherapeutische Maßnahmen, Gruppentherapien/ soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens durchgeführt wurde und dokumentiert sind	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ADS-ADHS und Störungen des Sozialverhaltens	Prozess/ output
46	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie der komorbiden Störungen	Therapieziel Integration in das soziale Umfeld	alle Patienten mit verbesserter Integration in das soziale Umfeld	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS und Therapie von Störungen des Sozialverhaltens	Ergebnis (outcome)
47	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie der komorbiden Störungen	Therapieziel Reduktion expansiven Problemverhaltens	alle Patienten mit reduziertem expansivem Problemverhalten	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS und Therapie von Störungen des Sozialverhaltens	Ergebnis (outcome)
48	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie der komorbiden Störungen	Störungen der Beziehungen und Emotionen	alle Patienten, bei denen spezifische psychotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Störungen der Beziehungen und Emotionen einzeln oder in Gruppen durchgeführt wurden und dokumentiert sind	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS und Störungen der Beziehungen und Emotionen	Prozess
49	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie der komorbiden Störungen	umschriebene Entwicklungsstörungen	alle Patienten, bei denen das in der Rahmenempfehlung des Qualitätszirkels „umschriebene Entwicklungsstörungen“ beschriebene Vorgehen durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS und umschriebenen Entwicklungsstörungen	Prozess
Zusammenfassung QI 45-49: Therapie bei Komorbiditäten					

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
50	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	Therapie im SPZ bei einfacher Hyperkinetischer Störung/ADS-ADHS	alle Patienten mit einer einfachen Hyperkinetischen Störung/ADS-ADHS (nur ein Bereich des MBS betroffen), die im SPZ behandelt werden	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess/ output
51	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	Therapie einer schweren Hyperkinetischen Störung/ADS-ADHS oder einer Hyperkinetischen Störung/ADS-ADHS mit komorbiden Störungen	alle Patienten mit einer schweren Hyperkinetischen Störung/ADS-ADHS (mehrere Bereiche des MBS betroffen) oder mit einer Hyperkinetischen Störung/ADS-ADHS mit komorbiden Störungen, die im SPZ behandelt werden	alle Patienten mit Diagnose Hyperkinetische Störungen/ ADS-ADHS im SPZ	Prozess/ output
QI 50-51: Verteilung leichte / schwere Fälle					
52	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	Verlaufskontrolle	alle Patienten, bei denen spätestens drei bis sechs Monate nach Therapiebeginn [?] ein Patient-Elterngespräch mit dem verordnenden Arzt durchgeführt wurde und dokumentiert ist	alle Patienten mit diagnostizier- ten und therapierten Hyper- kinetischen Störungen/ADS- ADHS im SPZ	Prozess
53	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	Evaluation	alle Patienten, bei denen spätestens alle sechs bis neun Monate eine Evaluation des Therapieerfolges durchgeführt wird und dokumentiert ist	alle Patienten mit diagnostizier- ten und therapierten Hyper- kinetischen Störungen/ADS- ADHS im SPZ	Prozess
54	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	Verlaufsbegleitung	alle Patienten, für die nach jedem Evaluationstermin, spätestens alle sechs Monate, ein Arztbrief an den Primärarzt versendet wurde	alle Patienten mit diagnostizier- ten und therapierten Hyper- kinetischen Störungen/ADS- ADHS im SPZ	Prozess
QI 52-54: Verlaufsbegleitung					

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
55	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	spezielle Behandlungsmaßnahmen bei unzureichendem Therapieerfolg	<p>alle Patienten mit unzureichendem Therapieerfolg sechs bis neun Monate nach Therapiebeginn, für die spezielle Behandlungsmaßnahmen eingeleitet wurden</p> <p>Erläuterung: Spezielle Behandlungsmaßnahmen sind die stationäre Behandlung in geeigneten Einrichtungen (spezialisierte sozialpädiatrische Abteilungen), das integrierte ambulant-stationäre oder rehabilitative Versorgungsmodell, die Diagnostik und Therapie bei allergologischer Relevanz, ein (teil-)stationäres Setting in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen u. a., ein heilpädagogischer Kindergarten, ein integrativer Kindergarten, die Heimunterbringung, eine Kindergruppe, der Schulpsychologischer Dienst, eine Selbsthilfegruppen, die Sozialpädagogische Familienhilfe, eine sozialpädagogische Tagesgruppe, eine heilpädagogische Tagesstätte, weitere Maßnahmen nach BSHG und K JHG.</p>	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS im SPZ und unzureichendem Therapieerfolg sechs bis neun Monate nach Therapiebeginn	Ergebnis
56	sozialpädiatrische Komplexbehandlung - Therapie allgemein	spezielle Behandlungsmaßnahmen bei komplexem Krankheitsbild	<p>alle Patienten mit komplexem Krankheitsbild, für die spezielle Behandlungsmaßnahmen eingeleitet wurden</p> <p>Erläuterung: Spezielle Behandlungsmaßnahmen sind die stationäre Behandlung in geeigneten Einrichtungen (spezialisierte sozialpädiatrische Abteilungen), das integrierte ambulant-stationäre oder rehabilitative Versorgungsmodell, die Diagnostik und Therapie bei allergologischer Relevanz, ein (teil-)stationäres Setting in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen u. a., ein heilpädagogischer Kindergarten, ein integrativer Kindergarten, die Heimunterbringung, eine Kindergruppe, der Schulpsychologischer Dienst, eine Selbsthilfegruppen, die Sozialpädagogische Familienhilfe, eine sozialpädagogische Tagesgruppe, eine heilpädagogische Tagesstätte, weitere Maßnahmen nach BSHG und K JHG.</p>	alle Patienten mit diagnostizierten und therapierten Hyperkinetischen Störungen/ADS-ADHS im SPZ und komplexem Krankheitsbild (durch Komorbidität oder unzureichende Ressourcen)	Prozess
QI 55-56: Indikation für spezielle Maßnahmen					

Beispielhafte Qualitätsindikatoren für Strukturanforderungen an Sozialpädiatrische Zentren

[Evidenz für die Strukturforderung?]

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
1	Personalausstattung	essentieller Personalbedarf (Sozialpädiatrische Teams)	Das SPZ hält mindestens zwei Sozialpädiatrische Teams vor, jeweils bestehend aus: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit spezieller Qualifikation • 1 Diplom-Psychologe/-Psychologin mit spezieller Qualifikation • 3-4 Therapeut(inn)en bzw. Mitarbeiter/innen aus der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik und/oder [?] Sozialpädagogik/ Sozialarbeit [Ärztlicher Leiter?] [Messbarkeit problematisch, da mehrere Größen zusammengefasst]		Struktur
2	Personalausstattung	ergänzender Personalbedarf (Funktions- und Organisationspersonal)	Das SPZ hält entsprechend der Institutionsgröße pro Sozialpädiatrischem Team zusätzlich vor: <ul style="list-style-type: none"> • Funktionskräfte (medizinisch-technische Assistenzkräfte, Kinderkrankenschwestern, Arzthelferinnen, neurophysiologische Assistenten (EEG, EMG, evozierte Potentiale), Audiometristen, Orthoptisten usw.) [wie viele?] • 1-2 Sachbearbeiter (Sekretariats- und Schreibkräfte, Verwaltungskräfte, andere Mitarbeiter der Verwaltung und zentrale Dienste, Qualitätssicherung) • Mitarbeiter für die Personalverwaltung [wie viele? welche Ausbildung/Qualifikation] • ggf. [?] weitere Therapeut(inn)en (z.B. Motologie, Musiktherapie etc.) [wie viele?] 		Struktur
QI 1-2: Personalausstattung					
3	apparative Ausstattung	erreichbare medizinisch-technische Untersuchungsmethoden	Für das SPZ sind folgende medizinisch-technischen Untersuchungsmethoden zugänglich: <ul style="list-style-type: none"> • elektrophysiologische Diagnostik (insbesondere EEG, ferner Elektromyographie und Elektroneurographie, evozierte Potentiale) • audiologische Diagnostik (subjektive und objektive Audiometrie) • klinisch-chemisches Labor • bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, MRT) • Video-Recording Erläuterung: Die apparative Ausstattung muss einem zeitgemäßen Standard entsprechen und richtet sich nach Größe, Spezialisierung und institutioneller Einbindung des SPZ. Je nach Aufwand der medizinisch-technischen Untersuchung bzw. Umfang der Inanspruchnahme der medizinisch-technischen Untersuchung ist eine Kooperation mit Kliniken oder anderen Institutionen zu prüfen.		Struktur
QI 3: apparative Ausstattung					
4	räumliche Ausstattung	Untersuchungsraum (ärztliche Untersuchung)	Das SPZ verfügt über einen [?] Raum für die ärztliche Untersuchung und fachärztliche spezifische Funktionsdiagnostik, der mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung die Umsetzung des sozialpädiatrischen Behandlungskonzeptes ermöglicht. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
5	räumliche Ausstattung	Untersuchungsraum (psychologische Untersuchung)	Das SPZ verfügt über einen [?] Raum für die psychologische Untersuchung und Beratung (auch im Familienverband), der mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung die Umsetzung des sozialpädiatrischen Behandlungskonzeptes ermöglicht. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
6	räumliche Ausstattung	Einzeltherapieräume	Das SPZ verfügt über (wie viele [?]) Einzeltherapieräume, die mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung die Umsetzung des sozialpädiatrischen Behandlungskonzeptes ermöglichen. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
7	räumliche Ausstattung	Gruppentherapieräume	Das SPZ verfügt über (wie viele [?]) Gruppentherapieräume, die sich auch für Schulungen und Seminare eignen. Zudem ermöglichen sie mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung die Umsetzung des sozialpädiatrischen Behandlungskonzeptes ermöglichen. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
8	räumliche Ausstattung	Rezeption, Anmeldung	Das SPZ verfügt über eine Rezeption und Anmeldung mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung [optische/akustische Trennung bedenken]. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
9	räumliche Ausstattung	Raum für Verwaltung und Infrastruktur	Das SPZ verfügt über einen [?] Raum für Patientenaufnahme, Kartei/ Archiv, Verwaltung und sonstige Infrastruktur mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
10	räumliche Ausstattung	Wartebereich	Das SPZ verfügt über einen [?] Wartebereich mit ausreichender Sitzgelegenheit und mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung. [optische/akustische Trennung bedenken] Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
11	räumliche Ausstattung	Abstellraum	Das SPZ verfügt über einen [?] Abstell-/ Geräteraum mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
12	räumliche Ausstattung	Personalaufenthaltsraum	Das SPZ verfügt über einen [?] Personalaufenthaltsraum mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
13	räumliche Ausstattung	Personalumkleide	Das SPZ verfügt über eine [?] Personalumkleide mit WC, Dusche und abschließbarem Schrankraum und mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung. Ergänzung: Dabei ist der Personalbestand in angemessener Weise zu berücksichtigen.		Struktur
14	räumliche Ausstattung	Barrierefreiheit	Die Räumlichkeiten (alle [?]) des SPZ müssen/ sollen barrierefrei zugänglich sein.		Struktur
QI 4-14: räumliche Ausstattung					
15	Therapieziele des SPZ allgemein	Linderung der Folgen von Erkrankungen	alle Patienten, bei denen eine umfassende Linderung der Folgen entwicklungsneurologisch bedingter Erkrankungen erreicht werden konnte und dokumentiert ist Erläuterung: Dabei müssen/ können/ sollen [?] die Ressourcen des Patienten genutzt werden	alle Patienten, die im SPZ behandelt werden/wurden [Erfolgsmessung wann?]	Ergebnis (outcome)
16	Therapieziele des SPZ allgemein	Persönlichkeitsentwicklung/ Selbstständigkeit	alle Patienten, bei denen eine Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstständigkeit erreicht werden konnte [objektivierte Messung?] und dokumentiert ist	alle Patienten, die im SPZ behandelt werden/wurden [Erfolgsmessung wann?]	Ergebnis (outcome)
17	Therapieziele des SPZ allgemein	familiäre Ressourcen	alle Patienten, bei denen eine Stärkung der familiären Ressourcen erreicht werden konnte [objektivierte Messung?] und dokumentiert ist	alle Patienten, die im SPZ behandelt werden/wurden [Erfolgsmessung wann?]	Ergebnis (outcome)
18	Therapieziele des SPZ allgemein	Krankheitsbewältigungsprozess/ Lebensqualität	alle Patienten inklusive deren Familien, bei denen eine Verbesserung des Krankheitsbewältigungsprozesses und der Lebensqualität [objektivierte Messung?] erreicht werden konnte und dokumentiert ist	alle Patienten, die im SPZ behandelt werden/wurden [Erfolgsmessung wann?]	Ergebnis (outcome)
19	Therapieziele des SPZ allgemein	soziale Integration	alle Patienten, bei denen eine Sicherung und/ oder [?] Optimierung der sozialen Integration in Familie und Umfeld erreicht werden konnte [objektivierte Messung?] und dokumentiert ist	alle Patienten, die im SPZ behandelt werden/wurden [Erfolgsmessung wann?]	Ergebnis (outcome)
QI 15-19: diagnoseunabhängige Therapieziele					
20	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Patienten und ihrer Angehörigen	Im SPZ werden Patienten- und/ oder [?] Elternfragebögen eingesetzt, die die Erfüllung der Qualitätsanforderungen an ein SPZ aus der Sicht der Kinder und Jugendlichen [Altersgrenze?] sowie/ oder [?] ihrer Eltern (Service-Strukturen, Beziehungs- und Vertrauensebene, Professionalität) erfassen. Erläuterung: Dabei muss/ kann/ sollte [?] für die Elternbefragung das vom Werner-Otto-Institut 2005 entwickelte Instrument verwendet werden.		Prozess, mittelbar Ergebnis (outcome)

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
21	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Transparenz	Das SPZ legt Informationen zum Diagnostik- und Therapieangebot transparent nach außen dar. Erläuterung: Die kann z.B. über Internetauftritt, Broschüren o.Ä. erfolgen.		Struktur (Organisationsprozess)
22	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Abstimmung	Das SPZ stimmt das Diagnostik- und Therapiekonzept individuell mit dem Zuweiser ab. Das Abstimmungsergebnis ist dokumentiert.		Struktur (Organisationsprozess)
23	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Therapieplan	alle Patienten, für die ein Therapieplan mit eindeutigen Absprachen für die Zuständigkeiten vorliegt [was sollte darüber hinaus im Therapieplan stehen?]	alle Patienten, die im SPZ behandelt werden	Prozess
24	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Kommunikation/ Information	Das SPZ stellt bedarfsorientierte und verständliche Berichte, Zwischenberichte als Kurzbrief und eine schriftliche [?] Epikrise/ Zusammenfassung für die Zuweiser bereit.		Struktur (Organisationsprozess)
25	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Kommunikation/ Information	Das SPZ ist telefonisch für die Zuweiser erreichbar [immer?; Festlegung von Sprechzeiten?].		Struktur (Organisationsprozess)
26	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Fortbildungsangebote	Das SPZ hält Fortbildungsangebote vor.		Struktur (Organisationsprozess)
27	Erfassung und Erfüllung externer Qualitätsanforderungen	Anforderungen der Zuweiser - Qualitätszirkel	Das SPZ richtet Qualitätszirkel aus/ nimmt an Qualitätszirkeln teil [?].		Struktur (Organisationsprozess)
QI 20-27: Erfüllung externer Qualitätsanforderungen					

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
28	Qualifikation des Personals	Ärztlicher Leiter	<p>Der ärztliche Leiter des SPZ verfügt über folgende Qualifikationen (vgl. 1.5 im Altöttinger Papier, Version 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin UND • mindestens zweijährige Vollzeittätigkeit in einem SPZ UND • Zusatzqualifikation in Neuropädiatrie¹ und Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters² UND • fachliche Kompetenz [was außer dem Nachgewiesenen? Messbarkeit?] UND • Leitungskompetenz <p>Erläuterung: ¹ neuropädiatrische Zusatzqualifikation ist nachzuweisen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einer neuropädiatrischen Station/ Abteilung unter Anleitung eines weiterbildungsberechtigten Neuropädiaters UND weitere Zusatzqualifikationen (z.B. EEG-Ausbildung oder EMG-/NLG-/EP-Ausbildung oder Zertifikat „Epileptologie - plus“) UND regelmäßige zertifizierte neuropädiatrische Fortbildung ODER • Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie <p>* psychiatrische und psychotherapeutische Zusatzqualifikation ist nachzuweisen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ODER • Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ODER • Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ODER • Zusatzbezeichnung psychosomatische Grundversorgung ODER • abgeschlossener Grundkurs in systemischer Therapie ODER • mindestens einjährige klinisch-praktische Vollzeittätigkeit in einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ODER <p>mindestens 120stündige zertifizierte Seminarweiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren</p>		Struktur

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
29	Qualifikation des Personals	Ärzte	<p>Alle Ärzte des SPZ verfügen über folgende Qualifikationen (vgl. 1.6 im Altöttinger Papier, Version 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ODER • Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ODER • approbierter Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut UND • nach Möglichkeit Zusatzqualifikation in Neuropädiatrie¹ und/oder [?] Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters² UND • fachliche Kompetenz UND • Leitungskompetenz <p>Erläuterung: ¹ neuropädiatrische Zusatzqualifikation ist nachzuweisen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einer neuropädiatrischen Station/ Abteilung unter Anleitung eines weiterbildungsberechtigten Neuropädiaters UND weitere Zusatzqualifikationen (z.B. EEG-Ausbildung oder EMG-/NLG-/EP-Ausbildung oder Zertifikat „Epileptologie - plus“) UND regelmäßige zertifizierte neuropädiatrische Fortbildung ODER • Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie <p>* psychiatrische und psychotherapeutische Zusatzqualifikation ist nachzuweisen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ODER • Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ODER • Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ODER • Zusatzbezeichnung psychosomatische Grundversorgung ODER <p>abgeschlossener Grundkurs in systemischer Therapie ODER</p>		Struktur

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
			<ul style="list-style-type: none"> • mindestens einjährige klinisch-praktische Vollzeittätigkeit in einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ODER • mindestens 120stündige zertifizierte Seminarweiterbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren 		Struktur
30	Qualifikation des Personals	Psychologen	<p>Alle Psychologen des SPZ verfügen über folgende Qualifikationen (vgl. 1.7 im Altöttinger Papier, Version 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologe UND • nach Möglichkeit Erfahrung in psychologischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen UND • nach Möglichkeit eine der/ alle [?] folgenden Zusatzqualifikationen: Psychologischer Psychotherapeut und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und/oder Klinischer Psychologe und/oder Ausbildung in fachlich anerkannten Psychotherapieverfahren im Einzel-, Gruppen- oder Familiensetting einschließlich Systemischer Therapie UND • fachliche Kompetenz UND Leitungskompetenz 		Struktur
31	Qualifikation des Personals	mindestens ein Psychologe	<p>mindestens ein Psychologe des SPZ verfügt über folgende Qualifikationen (vgl. 1.7 im Altöttinger Papier, Version 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Psychologe UND • nach Möglichkeit Erfahrung in psychologischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen UND • Zusatzqualifikation (mindestens aber in Ausbildung zur Zusatzqualifikation [wie weit fortgeschritten?]) Psychologischer Psychotherapeut und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut UND • mindestens zweijährige [Vollzeit-?] Tätigkeit in einem SPZ oder einer vergleichbaren Einrichtung UND • fachliche Kompetenz UND • Leitungskompetenz <p>Erläuterung: Ist die Anforderung an die Zusatzqualifikation noch nicht erfüllt, soll übergangsweise ein Arzt über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ verfügen oder ein anderer Mitarbeiter des SPZ approbierter Psychotherapeut sein.</p>		Struktur

Nr.	Thema	Kurzbeschreibung QI	Zähler	Nenner	Art QI
			ja/nein		
32	Qualifikation des Personals	therapeutische Mitarbeiter	<p>Alle therapeutischen Mitarbeiter des SPZ verfügen über folgende Qualifikationen (vgl. 1.8 im Altöttinger Papier, Version 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abschluss eines anerkannten Ausbildungsganges (soweit hierfür die staatliche Anerkennung geregelt ist, muss diese vorliegen) UND • nach Möglichkeit Erfahrung in der fachspezifischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen UND • nach Möglichkeit Zusatzqualifikation in fachlich anerkannten kindertherapeutischen Verfahren und Techniken [welche, wie nachgewiesen?] UND • fachliche Kompetenz UND • Leitungskompetenz <p>Erläuterung: Zu den therapeutischen Fachbereichen können Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Motologie, Heilpädagogik, Kunst- und Gestaltungstherapie, Montessori-Pädagogik/-Therapie, Musiktherapie, Sonderpädagogik und Kinderkrankenpflege gehören.</p>		Struktur
33	Qualifikation des Personals	Dipl.-Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter	<p>Alle Dipl.-Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter des SPZ verfügen über folgende Qualifikationen (vgl. 1.9 im Altöttinger Papier, Version 2009):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipl.-Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter UND • nach Möglichkeit Erfahrung im Umgang mit entwicklungsgefährdeten, verhaltensauffälligen und behinderten Kindern und Jugendlichen, deren Familie und ihrem sozialen Umfeld UND • nach Möglichkeit Zusatzqualifikationen: Fortbildung im Umgang mit sozialen Folgen spezifischer Krankheitsbilder (z.B. Epilepsie, chronische Krankheiten) und/oder [?] spezifische Methoden der Beratung und Gesprächsführung und/oder [?] Ausbildung in fachlich anerkannten kindertherapeutischen Verfahren und Techniken bzw. zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut UND • fachliche Kompetenz UND • weitere Kompetenzen 		Struktur
QI 28-33: Qualifikation des Personals					

Anlage 3

Forschungsantrag „Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren in der Sozialpädiatrie für das Krankheitsbild ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom)“

Antrag auf Projektförderung / Rotationsstelle („Großprojekt“)

1. Thema

Entwicklung und Implementierung von Qualitätsindikatoren in der Sozialpädiatrie für das Krankheitsbild ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom)

2. Antragsteller

Priv. Doz. Dr. med. Peter Borusiak
Oberarzt Neuropädiatrie, Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums am
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS Klinikum Wuppertal,
Universität Witten/Herdecke
Heusnerstr. 40, 42283 Wuppertal
☎ 0202/896-3850 (Sekretariat SPZ) /-3826 (Durchwahl); 📠 0202/896-3848
peter.borusiak@helios-kliniken.de

in Kooperation mit Prof. Dr. Max Geraedts
Institut für Gesundheitssystemforschung der UW/H
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten
max.geraedts@uni-wh.de; ☎ 02302/926-770 (Durchwahl); 📠 02302/926-783

3. Zusammenfassung des Projektantrages

Hintergrund: Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) behandeln Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen verschiedener Art und Behinderungen in einem ressourcenorientierten Ansatz unter Einbeziehung des familiären und sozialen Umfelds. Die Zunahme sozialpädiatrischer Fälle einerseits bei sinkender Bereitschaft der Kostenträger zur Finanzierung notwendiger Behandlungen andererseits verlangt nach einem möglichst effizienten Ressourceneinsatz. Dazu müssen Kenntnisse zur Qualität der aktuellen Versorgung und den dazu notwendigen Ressourcen vorliegen. Solche Kenntnisse und die zur Qualitätsbewertung unabdinglichen Messgrößen in Form von Qualitätsindikatoren (QI) existieren im Bereich der Sozialpädiatrie bisher nicht.

Ziel: Im Projekt sollen Qualitätsindikatoren für die Sozialpädiatrie beispielhaft entwickelt und pilotierend implementiert werden.

Methode: Das Krankheitsbild ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom) bietet sich aufgrund seiner hohen Prävalenz, einer aktuell in Entwicklung befindlichen Leitlinie und der gesellschaftspolitischen Bedeutung an. Auf der Basis einer Literaturrecherche sowie anhand der vorhandenen Leitlinie soll ein Set möglicher QI entwickelt werden. Diese werden im Rahmen eines Delphi-Prozesses einer ersten Güteprüfung mit Hilfe von QUALIFY (einem Prüfinstrument für QI) unterzogen. Geeignete QI werden in einer Evaluation an 8 bis 10 SPZ prospektiv im Hinblick auf die Machbarkeit geprüft. Zudem werden Daten für diejenigen Prüfkriterien in QUALIFY erhoben, die nur auf der Basis von Daten zu testen sind. Auf der Basis der Testergebnisse werden in einem zweiten Delphiprozess geeignete QI für die Routineanwendung ausgewählt.

Erwartetes Ergebnis: Im Projekt entstehen methodisch geprüfte und in der Routine erprobte Qualitätsindikatoren, mit denen die Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in SPZ bewertet werden kann. Die im Projekt erprobte Methodik kann für die Entwicklung weiterer Qualitätsindikatoren in der Sozialpädiatrie genutzt werden.

4. Stand der Forschung

Qualitätsbewertung in der Sozialpädiatrie

Seit 1997 wurde seitens der Bundesarbeitsgemeinschaft der sozialpädiatrischen Zentren eine Reihe von Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt. Nach der Festlegung der Strukturqualität für die SPZ sind einerseits krankheitsspezifische Qualitätspapiere als Rahmenempfehlungen entstanden, andererseits Überlegungen zur Verbesserung der Prozessqualität. Zusätzlich werden seit mehreren Jahren Daten im Sinne einer versorgungsnahen Organisationsforschung erhoben. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen stellen einen zentralen Bestandteil der Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (DGSPJ) dar [1].

Ausgehend von diesen Vorarbeiten wurde 2011 seitens der Fachgesellschaft das „Forschungsmemorandum Sozialpädiatrie“ verabschiedet [www.dgspj.de]. Ein Schwerpunkt der Forschung soll demnach die qualitätsbezogene Versorgungsforschung sein, da hierin große Defizite gesehen werden. Demnach soll der jeweilige Bedarf in den verschiedenen Bereichen der Diagnostik und Therapie festgestellt und mit den aktuellen Versorgungsstrukturen abgeglichen werden. Auf der Ebene der individuellen Versorgung sollen Indikatoren für die Behandlungsqualität entwickelt und überprüft werden, wobei der patientenbezogene Zielerreichungsgrad im Mittelpunkt stehen soll. Aspekte der Patientenpräferenzen als Ressource in der sozialpädiatrischen Behandlung entwicklungsgestörter und behinderter Kinder und Jugendlicher sollen einbezogen werden. Entsprechende Ansätze patientenrelevanter Endpunkte sollen identifiziert, entwickelt, bewertet und evaluiert werden.

Methodik der Entwicklung und Güteprüfung von Qualitätsindikatoren

Zur Entwicklung und Prüfung von Qualitätsindikatoren sind methodisch standardisierte Vorgehensweisen etabliert, die in aufeinander aufbauenden Entwicklungsschritten als "State of the Art"-Vorgehen beschrieben werden können und in ihren Grundzügen an verschiedener Stelle zusammenfassend publiziert sind [2]. Dem eigentlichen Entwicklungsprozess voran geht die Frage nach der Auswahl zentraler qualitätsrelevanter Versorgungsaspekte [3] und die Festlegung der konkreten Zwecke und Ziele, die mit den geplanten Indikatoren als Messinstrumenten verfolgt werden sollen. Gut formulierte Qualitätsziele folgen dabei unter anderem der sog. SMART-Regel: Sie fokussieren spezifisch (S) ein konkretes Teilziel, lassen sich hinsichtlich des Zielerreichungsgrades gut messen (M), sind beeinflussbar und als ein gemeinsames Ziel neben anderen akzeptiert (A). Zugleich sind sie auch realistisch unter gegebenen Rahmenbedingungen erreichbar (R) und bezüglich des Endpunktes der voraussichtlichen Zielerreichung terminierbar (T). Die Themenauswahl und Zielformulierung sind methodisch gesehen von besonderer Bedeutung, weil mit ihnen zugleich über den potenziellen Nutzen der Instrumente und das Ausmaß realisierbarer Qualitätsverbesserungen entschieden wird [2]. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren selber umfasst eingangs eine Bestandsaufnahme bereits vorhandener Indikatoren in einschlägigen nationalen und internationalen Qualitätsindikator-Datenbanken ebenso ein 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 [2]. Zum Einbezug von Experten und zur formalen Konsensfindung sind verschiedene Techniken einsetzbar. Als bewährtes explizites Verfahren zur Verbindung von Expertenmeinungen und bester verfügbarer Evidenz wird unter anderem die RAND-UCLA-Methodik angesehen, die einem modifizierten Delphi-Verfahren entspricht. Als Kriterien zur Bewertung der Güte von Qualitätsindikatoren hat McGlynn eine hierarchische Folge von vier grundlegenden Kategorien herausgearbeitet [4]: die Relevanz (Importance), die Wissenschaftlichkeit (Scientific Acceptability), die Nutzbarkeit (Usability) und Machbarkeit (Feasibility). Einige zentrale Anforderungen an Qualitätsindikatoren sind auch in der so genannten RUMBA-Regel zusammengefasst, derzufolge Indikatoren für einen ausgewählten Problembereich wichtig (Relevant), für Leistungserbringer und Patienten verständlich

(Understandable), mit hoher Reliabilität und Validität messbar (Measurable), durch Verhalten beeinflussbar (Behaviourable) und realistisch erreichbar und praktikabel (Achievable and feasible) sein sollen. Mit dem Güteprüfungsinstrument QUALIFY [5] liegt ein durchgängig operationalisiertes Instrument zur methodischen Bewertung von Qualitätsindikatoren vor, das 20 Gütekriterien in den drei Kategorien Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität umfasst. 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.

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

ADHS hat in den letzten Jahren zunehmende Beachtung sowohl in der Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch in der Laienpresse erfahren. Fachlich ist in Deutschland ein multimodales Vorgehen als Standard anerkannt, wobei neben einer medikamentösen Therapie mit Stimulanzien v.a. kindzentrierte verhaltenstherapeutische Ansätze, familien- und umfeldzentrierte Maßnahmen und spezielle Konzentrationstrainings zum Einsatz kommen. Wenngleich sich in internationalen Studien die Stimulanzientherapie bei einer Nachuntersuchung zumindest nach 14 Monaten als effektivste Intervention gezeigt hat [6], bestehen doch Vorbehalte gegenüber einer solchen Dauermedikation. Auch haben längerfristige Nachuntersuchungen nach drei und acht Jahren diese initialen Effekte wieder relativiert [6]. 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. 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. Eine Datenbank zur Verlaufsdokumentation in mehreren Zentren wurde seitens des SPZ Neunkirchen-Kohlhof (Dr. R. Hasmann) in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Biomedizinische Technik der Universität Ulm (Prof. Dr. Reinhard Holl) entwickelt und im Jahr 2011 zur Anwendung gebracht.

5. Vorarbeiten der beantragenden Einrichtung und der Wissenschaftler mit Bezug zum geplanten Projekt

Das sozialpädiatrische Zentrum in Wuppertal ist seit seiner Zulassung vor 12 Jahren für die Abklärung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten und -störungen zuständig. In einem interdisziplinären Ansatz arbeiten Kinder- und Jugendärzte, Psychologinnen, Logopäden, Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Heilpädagoginnen kind- und familienzentriert. Mehrere Forschungsprojekte und Publikationen befassten sich mit Bedingungen von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter incl. ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit im somatischen, psychischen und psychosozialen Bereich im Sinne der Lebensqualität [7, 8]. Es besteht eine Kooperation mit dem sozialpädiatrischen Forschungsinstitut der Wagener-Stiftung für Sozialpädiatrie. Exemplarisch kann eine aktuell laufende Untersuchung zu Auswirkungen nächtlicher Überwachung bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsien auf die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien genannt werden¹. Weitere Vorarbeiten bestehen u.a. in der Integration eines mehrsprachigen Ansatzes in der Behandlung von Kindern mit Entwicklungs- und Verhaltensproblemen, so dass auch fremdsprachige Eltern bzw. Kinder erfasst werden können. Einerseits besteht eine Kooperation mit einem Sprach- und Integrationsdienst (SPRINT). Ferner ist die Klinik federführend in dem: „Pilotprojekt zum Einsatz von Telefondolmetschen in der Pädiatrie“. Hier liegt ein positives Ethikvotum vor.

¹ Diese Untersuchung wurde Ende 2010 begonnen und wird mittels externer Forschungsgelder der Else Kröner-Fresenius Stiftung in Höhe von ca. 65.000,- € gefördert.

Der Antragsteller P. Borusiak hat neben mehreren fachbezogenen Publikationen seit Jahren im erweiterten Vorstand der DGSPJ mitgearbeitet, war im Sprechergremium der Bundesarbeitsgemeinschaft der sozialpädiatrischen Zentren und ist seit Anfang 2011 mit der Leitung des zentralen Qualitätsarbeitskreises der BAG-SPZ (Bundesarbeitsgemeinschaft der SPZ-Leiter) betraut. In diesem Zusammenhang erfolgte die Organisation und Leitung mehrerer Tagungen – zuletzt des Forums Sozialpädiatrie im März 2012 in Mainz. Im Rahmen des zentralen Qualitätsarbeitskreises erfolgte die Etablierung einer Arbeitsgruppe, die sich dem Thema Qualitätsindikatoren in der Sozialpädiatrie widmet. Der Antragsteller ist Mitglied dieser Gruppe und konnte für die Fachgesellschaft DGSPJ eine Kooperation mit dem Institut für Gesundheitssystemforschung für erste Vorarbeiten einrichten. Bei diesen Vorarbeiten zeigte sich, dass für den Bereich der Sozialpädiatrie bisher praktisch keine verwertbaren Qualitätsindikatoren verfügbar sind.

Unter dem speziellen Blickwinkel auf das aktuell geplante Projekt erfolgte eine Pilotuntersuchung bei Eltern, die ihre Kinder mit direktem Verdacht auf ADHS oder mit den Symptomen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen vorstellten. Hier konnte gezeigt werden, dass bei 49 vorgestellten Kindern letztendlich nur bei 10 Kindern diese Diagnose tatsächlich gestellt wurde. Bei den verbleibenden Kindern standen neben Lernbehinderungen und Intelligenzmindierungen v.a. emotionale Störungen im Vordergrund. Gerade diese Differentialdiagnosen sind wichtig, um den betroffenen Kindern eine angemessene Behandlung zukommen zu lassen und unnötige medikamentöse Therapien zu vermeiden. Qualitätsindikatoren, die mithilfe, eine umfassende differentialdiagnostische Abklärung in allen SPZ zu gewährleisten, würden einen wichtigen Beitrag für eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung leisten.

Die Entwicklung und methodische Prüfung von Qualitätsindikatoren gehört seit langem zum Forschungsfeld des Kooperationspartners. M. Geraedts blickt auf eine langjährige Erfahrung bei der Entwicklung und Prüfung von Qualitätsindikatoren z. B. im Bereich der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe sowie beim Asthma bronchiale, Schlaganfall und Mammakarzinom zurück [9, 10]. Die Methodik der Güteprüfung von Qualitätsindikatoren wurde 2003 für Deutschland beschrieben [3]. Daraus ergab sich u. a. die Mitarbeit an der Entwicklung des Güteprüfungsinstruments QUALIFY [5] sowie dessen Anwendung bei nationalen Versorgungsleitlinien. Die Validierung von Qualitätsindikatoren mithilfe der RAND/UCLA-Methodik wurde vom Antragsteller 2007 als Mitglied der Expertengruppe für die S3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung erfolgreich erprobt. Die Methodik wurde weiterhin im Rahmen des AQUIK®-Projekts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angewandt, bei dem der Antragsteller für die Recherche und Aufbereitung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Deutschland sowie für die Machbarkeitstestung der Indikatoren verantwortlich zeichnete [10].

6. Verortung des Projekts im Forschungsprofil der Fakultät, ggf. Vernetzung mit anderen Projekten innerhalb der UW/H, Bezug zum Forschungsschwerpunkt IPGV

Das Projekt passt sich hervorragend in das Profil des Interdisziplinären Zentrums für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen an der UW/H ein. Es handelt sich um eine Untersuchung, die Aspekte der Versorgungsforschung mit patientenorientiertem Vorgehen vereint, da das Vorgehen im diagnostischen Bereich im klinischen Alltag individualspezifisch angepasst wird. Gleiches gilt für die ausgesprochenen Empfehlungen und deren Umsetzung. Durch die bereits etablierte Kooperation zwischen dem Antragsteller, der Fachgesellschaft DGSPJ und dem Institut für Gesundheitssystemforschung (IGFo) kann das Projekt von der gerade laufenden Überarbeitung der Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms“ profitieren, in die das IGFo führend involviert ist.

Das Projekt ermöglicht einer Mitarbeiterin des SPZ in Wuppertal, die Methodik der Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren durch Rotation an das IGFo zu erlernen und langfristig

für die Entwicklung von Indikatoren zu weiteren, vor allem in SPZ behandelten Krankheitsbildern zu etablieren.

Mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren kann ein Beitrag zu einer integrierten und personalisierten Gesundheitsversorgung geleistet werden, indem die Indikatoren gerade solche Prozesse fokussieren und damit propagieren, die sich an den Ressourcen der Patienten und ihrer Familien orientieren.

7. Fragestellung

Im Projekt wird untersucht, mit welchen Indikatoren die Qualität der Versorgung in sozialpädiatrischen Zentren bewertet werden kann. Beispielhaft werden dazu Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsqualität der Behandlung von Kindern mit ADHS entwickelt und erprobt.

8. Methoden

ADHS bietet sich aufgrund der hohen Prävalenz, einer aktuell in Entwicklung befindlichen Leitlinie und der gesellschaftspolitischen Bedeutung als erstes Krankheitsbild an, für das Qualitätsindikatoren für SPZ entwickelt und erprobt werden.

Die Entwicklung und Erprobung folgt dem international gebräuchlichen, oben genannten schrittweisen Vorgehen, das beim Kooperationspartner (IGFo) etabliert ist:

- a) Recherche von QI zur Qualitätsbewertung der diagnostischen und therapeutischen Versorgungsqualität in internationalen Indikatordatenbanken.
- b) Recherche von Schlüsselempfehlungen aus Leitlinien zum ADHS und Ableitung entsprechender QI, mit denen die Konformität der Versorgung mit den Schlüsselempfehlungen geprüft werden könnte.
- c) Kompilierung eines vorläufigen Sets von QI aus a) und b).
- d) Methodische Gütetestung der vorläufigen QI mit Hilfe des Prüfinstruments QUALIFY [9]; dabei werden zunächst nur diejenigen fünf von 20 Prüfkriterien verwendet, die ohne Vorliegen empirischer Daten aus SPZ geprüft werden können. Die Prüfung findet im Rahmen eines Delphi-Verfahrens statt, an dem Experten der DGSPJ aus dem Qualitäts-Arbeitskreis der BAG-SPZ teilnehmen.
- e) Entwicklung eines Erhebungsinstruments, mit dem Daten zu den als methodisch positiv bewerteten QI in SPZ erhoben werden können.
- f) Fallzahlschätzung zur Festlegung der notwendigen Erhebungsdauer in 8-10 SPZ, die an der Pilotierung der QI teilnehmen. Für die Fallzahlschätzung werden die abzufragenden ADHS-Patienten-Inzidenzen der SPZ sowie die für die Testung der empirischen Güteprüfungskriterien notwendigen Mindestzahlen integriert werden.
- g) Prospektive Datenerhebung zu den vorläufigen, methodisch positiv bewerteten QI in 8-10 SPZ.
- h) Analyse der Machbarkeit und der auf empirischen Daten beruhenden QUALIFY-Prüfkriterien.
- i) In einem zweiten Delphi-Verfahren werden auf der Basis der Prüfergebnisse diejenigen QI konsentiert, die für einen flächendeckenden Einsatz vorgeschlagen werden sollen.

Bei der Definition der Qualitätsindikatoren werden selbstverständlich auch Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft als Adjustierungsfaktoren berücksichtigt.

Für das Projekt ist eine halbtägige Freistellung der Inhaberin der Rotationsassistentenstelle geplant. Die Freistellung kann innerhalb von ca. 4-6 Wochen nach Bewilligung erfolgen. Eine fachliche Begleitung und Supervision des Projektes erfolgt durch das Institut für Gesundheits-

systemforschung (IGFo), an dem die Stelleninhaberin die Entwicklung und Erprobung von QI erlernt. Für die Sicherung der sozialpädiatrischen Expertise stehen der Antragsteller und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Sozialpädiatrischen Zentren zur Verfügung. Hierbei wird insbesondere Frau Dr. Karin Hameister (Chefärztin des SPZ und der kinderneurologischen Klinik Unna; Koordinatorin des Arbeitskreises „Qualitätsindikatoren der DGSPJ) Ansprechpartnerin sein. Es haben auf dem letzten Treffen des Arbeitskreises ausreichend SPZ ihre Bereitschaft zur Mitarbeit erklärt, so dass auch die praktische Erprobung der QI gesichert ist.

Vor Beginn der patientenbezogenen Datenerhebung wird ein Votum der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke eingeholt.

9. Erwartete Ergebnisse nach 12 Monaten

Nach 12 Monaten wird ein Set von Qualitätsindikatoren für das Krankheitsbild ADHS vorliegen, das im Fachgruppenprozess auf der Basis einer prospektiven Pilotierung auf fachliche Relevanz, Machbarkeit und methodische Güte beurteilt sein wird. Die Qualitätsindikatoren stehen für den flächendeckenden Einsatz an den sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland zur Verfügung. Damit wird es möglich, die Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in SPZ empirisch zu belegen und wo nötig mit Hilfe von Qualitätsmanagementprojekten zu verbessern. Darüber hinaus können die Indikatoren für eine vergleichende Analyse in anderen Behandlungssettings, wie etwa der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder bei niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten eingesetzt werden.

10. Verwertungsplan (Publikationen, zu beantragende Drittmittel, anschließende Forschungsprojekte)

Durch die Etablierung der Methodik der Entwicklung und Erprobung von QI am SPZ in Wuppertal werden Vorarbeiten vorliegen, die eine Beantragung von Drittmitteln für die Entwicklung weiterer QI für eine umfassende Abbildung der Versorgungsqualität von SPZ ermöglichen. Hierzu wird vor allem eine Beantragung von Forschungsmitteln aus dem Bereich der Versorgungsforschungsförderung (BMBF) in Frage kommen, da der hohe Anwendungsbezug eine DFG-Förderung eher ausschließt.

Zunächst sind zwei Publikationen der Projektergebnisse geplant:

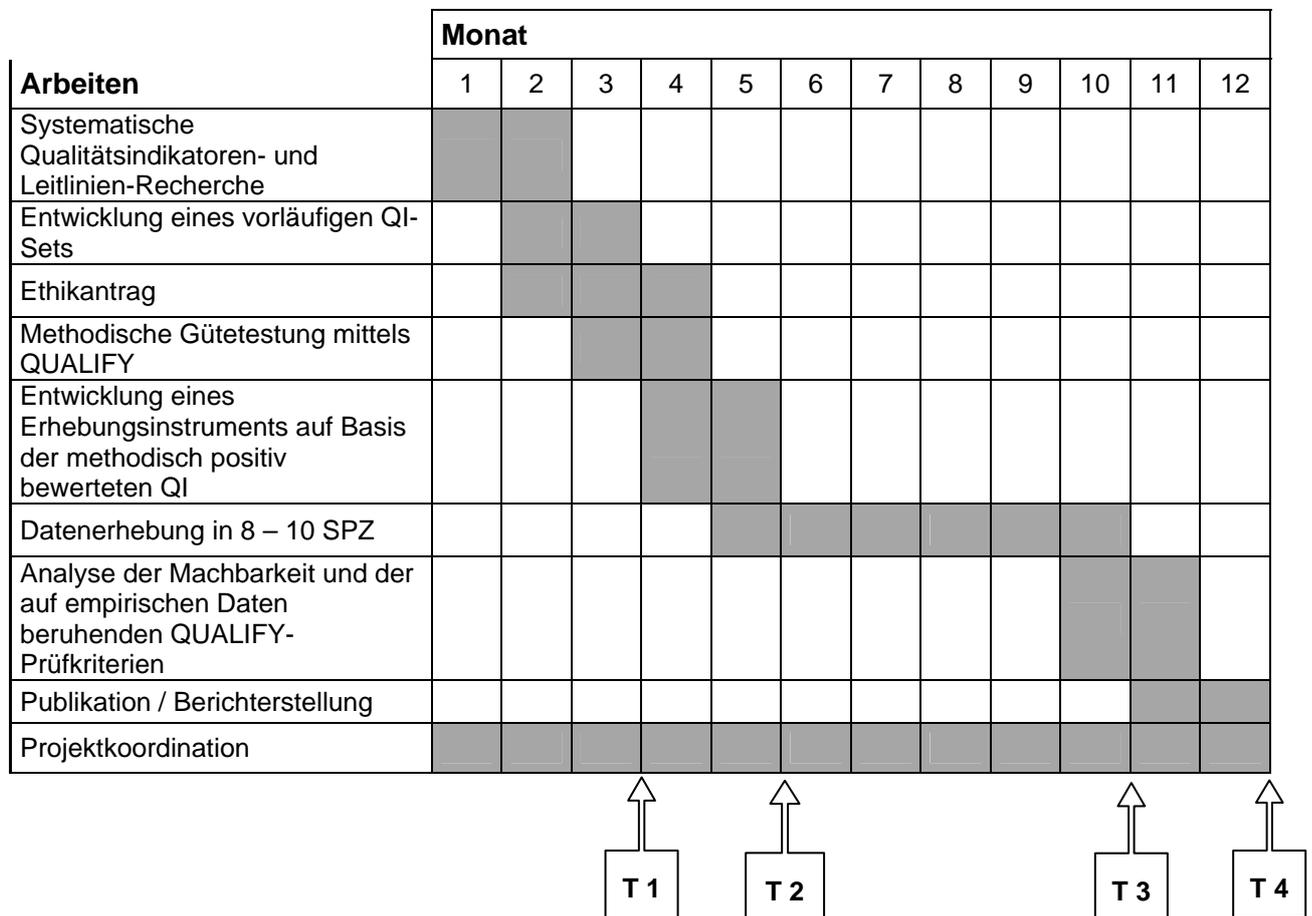
- a) Entwicklung und methodische Güteprüfung von Indikatoren zur Bewertung der Behandlungsqualität von Kindern und Jugendlichen mit ADHS
- b) Die Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in SPZ in Deutschland

Zudem wird das Projekt zunächst beim Tag der Forschung der UW/H sowie bei der sozialpädiatrischen Forschungstagung im März 2013 in München vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Vorstellung im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie auf internationalen pädiatrischen Fachkongressen.

11. Literatur

- [1] Hollmann H, Kretzschmar C, Schmid RG, Fricke C. Qualität in der Sozialpädiatrie – Band 1-3. RS Verlag. 2. Aufl. Altötting 2006 - 2012
- [2] AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Göttingen, Version 2.0 vom 30. Juni 2010.
- [3] Geraedts M, Selbmann H-K, Ollenschlaeger G. Critical appraisal of clinical performance measures in Germany. *Int J Qual Health Care* 2003 Feb;15(1):79-85.
- [4] McGlynn EA. Selecting common measures of quality and system performance. *Med Care* 2003;41(1 Suppl):I-39-I-47.
- [5] Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K. QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Z Arztl Fortbild Qual Gesundh wes.* 2008; 101: 683–688.
- [6] Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM, Arnold LE, Vitiello B, Jensen PS, Epstein JN, Hoza B, Hechtman L, Abikoff HB, Elliott GR, Greenhill LL, Newcorn JH, Wells KC, Wigal T, Gibbons RD, Hur K, Houck PR; MTA Cooperative Group. The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48:484-500
- [7] Borusiak P, Bouikidis A, Liersch R, Russel JB. Cardiovascular effects in adolescents while they are playing video games: A potential health risk factor? *Psychophysiology* 2008; 45:327-332
- [8] Borusiak P, Bast T. Oxcarbazepin bei fokalen Epilepsien im Kindesalter– Ergebnisse einer Untersuchung zur Kognition. *Neuropädiatrie in Klinik und Praxis* 2007; 6:30-35
- [9] Geraedts M, Jäckel W, Thomeczek C, Altenhofen L, Birkner B, Blumenstock G, Gibis B, Kopp I, Kugler C, Ollenschläger G, Raspe H, Reiter A, Szecsenyi J, Zorn U. Qualitätsindikatoren in Deutschland - Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich.* 2005; 99/4-5: 329-331.
- [10] Kleudgen S, Diel F, Burgdorf F, Quasdorf I, de Cruppé W, Geraedts M. [AQUIK®: starter set of ambulatory quality indicators developed by the German National Association of Statutory Health Insurance Physicians]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011;105(1):54-63.

12. Projektplan mit Balkenplan und mindestens drei Teilzielen verteilt über den Projektzeitraum; Angabe des geplanten Zeitpunktes der Publikationen



Legende:
 Teilziel 1 (T1): vorläufiges QI-Set (Literatur und aus Leitlinien)
 Teilziel 2 (T2): QI-Set nach erster Güteprüfung
 Teilziel 3 (T3): SPZ-Qualitätsergebnisse
 Teilziel 4 (T4): QI-Set für Routineeinsatz nach zweiter Güteprüfung

13. Finanzplan

Kosten entstehen hauptsächlich durch den in der Studienphase höheren Personalbedarf, der durch die Rotationsassistentenstelle abgedeckt werden soll. Ein Arbeitsplatz incl. EDV-Ausstattung etc. ist sowohl in Wuppertal als auch am IGFo vorhanden und wird seitens des HELIOS Klinikum Wuppertal und des IGFo zur Verfügung gestellt. Posterdruckkosten für die Publikationen fallen keine an. Räumlichkeiten und Infrastruktur für ein Treffen der beteiligten Zentren sind Wuppertal verfügbar und werden seitens des HELIOS Klinikum Wuppertal zur Verfügung gestellt. Die Rotationsassistentenstelle wird durch eine Psychologin besetzt, die bereits aktuell im Sozialpädiatrischen Zentrum arbeitet, somit auch praktische Erfahrung im benannten Forschungsgebiet hat. Für die Zeit der Projektphase erfolgt eine Freistellung im Umfang von 0,5 VK.

Kostenaufstellung

Personalkosten ½ VK [nach den DFG-Richtlinien Personalmittelsätze 2012; promoviertes Personal oder sonstige wissenschaftliche Beschäftigte ohne Promotionsabsicht mit mindestens 3-jähriger Berufserfahrung (universitäres Diplom oder Masterabschluss (Uni/FH); € 4.975,-/Monat] ½ VK x 12 Monate x € 4.975,-	29.850,00 €
Treffen der Zentren (Phase T2) in Wuppertal (Reisekosten*, Übernachtung*, Nebenkosten)	2.500,00 €
Reisekosten zu den teilnehmenden Zentren (je vier Fahrten* bei 10 Zentren)	4.000,00 €
Reisekosten Wuppertal ↔ Witten (80 Fahrten, 32 km einfache Strecke) 80 x 64 x 0,30 €	1.536,00 €
Kongresse (national, Teilnahmegebühren, Reisekosten*, Übernachtung*)	1.000,00 €
Publikationskosten	1.000,00 €
	<hr/>
	39.886,00 €

* Reisekosten und Übernachtungen werden hier pauschal für die Kalkulation pro Fahrt/Übernachtung mit ca. 100 € angesetzt, die Abrechnung erfolgt nach tatsächlichen Kosten

14. Tabellarischer Lebenslauf

Priv. Doz. Dr. med. Peter Borusiak - Projektmentor

Geboren am 3. Januar 1964 in Düsseldorf, verheiratet, zwei Kinder

1984 - 1991	Medizinstudium an den Universitäten Regensburg, Würzburg, Innsbruck und an der University of Utah (Salt Lake City)
1991 - 1996	AiP und Assistenzarzt an der Märkischen Kinderklinik Hamm
1996 - 1998	Facharzt am Epilepsiezentrum Bethel, Kinderklinik Kidron
1997	Promotion über das Thema „Familiäre Belastung und ACTH-Therapie beim West-Syndrom“ an der Justus-Liebig-Universität Giessen bei Prof. Dr. G. Neuhäuser
seit 1999	Oberarzt und Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Wuppertal
2006	Schwerpunkt Neuropädiatrie
2011	Habilitation im Fach Kinderheilkunde