

# Text aus Originalglossar mit Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Stand 10/2015

## AmBADO

(ambulante Basisdokumentation)

### Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auflage Nr. 4 (Quelle: DGKJP/BAG/BKJPP)

zu verwenden ab Juli 2016

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

### GLOSSAR

#### **BASISDOKUMENTATION**

**Kinder- und Jugendpsychiatrie – ambulant**

DGKJPP / BAG / BKJPP

Auflage Nr. 4

© E. Englert, J. Jungmann, F. Wienand, L. Lam & F. Poustka, XI/2005

### A. Einführung

#### **Entwicklung der Basisdokumentation**

*Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und Gesetzgeber Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und Gesetzgeber (§135a SGB V) zwingen uns zu Dokumentation, Qualitäts-Sicherung und –Management, eine QualitätsRichtlinie der KBV kommt und wir werden uns an sie halten. Dabei wird ein flexibles, leicht handhabbares, praktisch erprobtes und wissenschaftlich anerkanntes Instrument die Umsetzung der gesetzlich verordneten Bürokratie erleichtern und letztlich Zeit und Kosten sparen.*

WIENAND & LAM (2004)

Als erstes klinikübergreifendes standardisiertes Dokumentationsschema hatte sich das Frankfurter Dokumentationssystem (Englert & Poustka, 1993; 1998) etabliert, das an noch mehreren Kliniken in Gebrauch ist. Diese Dokumentation erschien allerdings für die niedergelassenen Kollegen und manche Kliniken zu umfangreich, außerdem wurde es erforderlich, die Dokumentation an die Belange der Qualitätssicherung anzupassen (siehe auch die Diskussion bei Remschmidt et al., 1994, Englert & Poustka, 1995 und Englert, 1998).

Eine gemeinsame Kommission „Qualitätssicherung“ der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hat ab 1994 auf der Grundlage des Frankfurter Dokumentationssystems sowie eines Entwurfs einer entsprechenden Arbeitsgruppe des Berufsverbandes der

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (WIENAND & LAM, 1994) eine Basisdokumentation entwickelt, deren Kern die neue Fassung des Multiaxialen Klassifikationsschemas (REMSCHMIDT ET AL., 2001), eine Screening-Version der psychopathologischen Befunddokumentation („PSYBES“, DÖPFNER ET AL., 1991) und eine neu entwickelte Leistungsdokumentation bildet.

Diese Basisdokumentation, die in dieser Form sowohl für den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater als auch für Kliniksambulanzen und –stationen praktikabel sein sollte, wurde erstmals auf der XXIV. Tagung der DGKJPP im April 1995 in Würzburg vorgestellt (ENGLERT ET AL., 1995), das dazugehörige Glossar wurde 1996 von unserer Arbeitsgruppe veröffentlicht (ENGLERT ET AL., 1996).

Nach einigen Modifikationen (Auflage 2) des ursprünglichen Entwurfs wurde in Zusammenarbeit der DGKJPP, der BAG und dem Berufsverband mit dieser Auflage des Bogens eine einjährige Pilotstudie unter Beteiligung von 8 Kliniken und 8 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern durchgeführt (zur Methodik siehe ENGLERT ET AL., 1998a). Auf der Basis der Auswertungen dieser Pilotstudie wurde die Basisdokumentation nochmals völlig überarbeitet. Dabei erfolgte eine komplette Umstrukturierung des Bogens mit Neukonstruktion der Leistungsdokumentation, in der die Quantifizierung der nach dem damaligen EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 1999) kodierten therapeutischen Leistungen mit einem Raster zum einfachen Ankreuzen versehen wurde. Auf Vorschlag von Studienteilnehmern wurde im Abschnitt 11 „empfohlene Maßnahmen“ ein Item „Hilfen nach KJHG“ hinzugefügt, das entsprechend den §§23 bis 43 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes unterteilt wurde. Die Auflage 3 wurde zusammen mit den wichtigsten Ergebnissen der Pilotstudie 1998 veröffentlicht (ENGLERT ET AL., 1998b), ein entsprechendes Windows® Eingabe- und Datenverwaltungsprogramm wurde Ende 1998 fertiggestellt.

Mit Erscheinen des neuen EBM (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, 2004) und in Vorbereitung auf die neue, professionelle BADO-Software wurde mit der Auflage 4 die Therapiedokumentation (Abschnitt 8) stark vereinfacht und gestrafft. Detailliertere Kodierungen sozialpsychiatrischer Maßnahmen und der medikamentösen Therapie können fakultativ vorgenommen werden. Ab Auflage 4 gibt es eine „Ambulanz-Version“, die durch eine starke Verkürzung (von 6 auf 4 Seiten) den Erfordernissen der Zeitökonomie in der ambulanten Versorgung Rechnung tragen soll. Diese Version ist gleichermaßen für (Instituts)ambulanzen von Kliniken als auch für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Niederlassung konzipiert. Ein erstes Zusatzmodul zur Basisdokumentation speziell für Patienten mit Substanzmißbrauch/-abhängigkeit („Modul Sucht“) wurde 1999 fertiggestellt und in vergleichenden Anwendungsuntersuchungen unter verschiedenen Bedingungen eingesetzt (ENGLERT ET AL., 1999; 2000). Weiter wurde ein Modul für Flüchtlingskinder/Migranten (ADAM ET AL., 2000) erarbeitet.

# Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

### Aufbau

Wie die vorige Auflage ist auch die Auflage 4 wieder in zwölf Abschnitte unterteilt, die ihrerseits weitere Unterteilungen aufweisen. Von diesen 12 Abschnitten wurden 10 in die Ambulanz-Version übernommen.

**Bitte beachten Sie: Die Nummerierung der Items ist in Ambulanz- und Vollversion identisch, daher gibt es „Sprünge“ in den Itemnummern der Ambulanzversion (durch an der jeweiligen Stelle entfallene Items).**

Die Abschnitte sind so konzipiert, dass sie z. T. als „Bausteine“ einzeln oder im Austausch gegen andere Versionen eingesetzt (z. B. Psychopathologischer Befund) oder übersprungen werden können.

Diese zehn Abschnitte sehen Sie in Tabelle 1 aufgelistet. Die insgesamt 80 Items sind unterteilt in obligatorische (68) und zusätzliche Merkmale (12), die auf den Bögen grau unterlegt sind. Alle Abschnitte der Dokumentation sind in der gleichen Weise aufgebaut: Sie bestehen aus einer Anzahl Items, denen der Dokumentierende durch Ankreuzen eine oder mehrere der mit Ziffern versehenen Auswahlmöglichkeiten zuordnet. Manchen Items werden Zahlen durch direkte Eintragung zugeordnet (z. B. Gewicht in kg). Auf Wunsch der niedergelassenen Kollegen ist das Adressfeld auch automatisch mit der Versicherungskarte bedruckbar. Einen Überblick über den Aufbau der Dokumentation gibt die Tabelle 1.

*Tabelle 1: Aufbau der Dokumentation*

	Anzahl Items	
	obliga- torisch	zusätz- lich
1 Aufnahmebedingungen/Soziodemogr. Daten	11	
2 Anamnese einschließl. familiärer Belastungen	12	
3 Psychopathologischer Aufnahmebefund	17	
4 Somatisch-neurologischer Befund	3	
5 Diagnosen (Multiax. Klassifikationsschema)	6	
7 Zusätzliche psychologische Diagnostik	3	
8 Therapie (Leistungsdokumentation)	8	12
10 Ende der Behandlung	2	
11 Behandlungsergebnis	2	
12 Empfohlene Weiterbehandlung / Maßnahmen	4	
Summe aller Items	68	12

Der Gestaltung und Kodierung der Auswahlpunkte der einzelnen Items liegt folgendes

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Prinzip zugrunde: Grundsätzlich gibt es keine Kodierung „0“; die kleinste kodierbare Ziffer ist die „1“. Alles, was im allgemeinen als „normal“ bzw. „unauffällig“ gilt, wurde an die erste Stelle gesetzt und mit „1“ kodiert. Beispiel: Abschnitt 2, Item 15 Schulbesuch -> „1“ = „regelrecht“. Falls die aufgeführten Kategorien zur adäquaten Beschreibung des betreffenden Sachverhaltes nicht ausreichend oder angemessen sein sollten, ist hierfür im allgemeinen eine Restkategorie „Sonstige(s)“ oder „trifft nicht zu“ vorhanden, die in der Regel mit „8“ kodiert wird. Auch in dem Fall, dass dem Untersucher einfach keine entsprechenden Angaben vorliegen, ist eine Kodierung vorgesehen, nämlich die Ziffer „9“ bzw. „99“ = „unbekannt“. Das heißt, dass in nahezu allen Fällen eine Kodierung aller Items der Dokumentation möglich sein sollte.

### B. Wann wird dokumentiert? -

#### Das Konstrukt der Behandlungsepisode

Die kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation ist primär eine ärztlich/psychologische, behandlungsorientierte Dokumentation, die sich v. a. im stationären Bereich von einer rein verwaltungstechnischen erheblich unterscheidet. Letztere muß aus Kostenabrechnungsgründen auf den Tag genau geführt werden, wohingegen es für unsere Zwecke unsinnig wäre, nach jeder kurzen Zwischenentlassung wieder einen kompletten Dokumentationsbogen zu erheben. Daher halten wir uns an das Konstrukt der „Behandlungsepisode“, das heißt einer zusammenhängenden Behandlungseinheit, die auch kurze Zwischenentlassungen, so z. B. „Probewohnen“ in Heimen, „Probeentlassungen“ nach Hause oder kurze Weglaufepisoden von weniger als zwei Wochen Dauer mit einschließt.

#### Ein Dokumentationsbogen wird angelegt bei:

1. jeder ambulanten Behandlungsepisode,
2. jeder stationären/teilstationären Episode, auch wenn sie direkt auf eine ambulante folgt,
3. bei Langzeitkontrollen nach jeweils zwei Jahreswechseln.

Eine Behandlungsepisode beginnt mit der Aufnahme des Patienten in der Ambulanz (d. h. mit dem ersten ambulanten Termin) oder auf Station (Aufnahmetag) oder mit dem Wechsel des Behandlungsmodus; sie gilt als abgeschlossen entweder durch Abschluss expressis verbis mit Arztbrief oder wenn mindestens 6 Monate kein Kontakt vorlag und es sich nicht um eine Langzeitkontrolle handelt. Als Behandlungsende gilt das Datum des letzten Kontaktes mit dem Patienten/ der Familie. Nach kurzen Zwischen- oder Probeentlassungen wird ebenfalls keine neue Dokumentaiton angelegt. Bei stationärer Aufnahme eines Patienten muß die ambulante Dokumentation abgeschlossen sein.

Eine **ambulante Behandlungsepisode** (Behandlungsfall) umfasst den gesamten Zeitraum von der Aufnahme bis zur Beendigung. Sie kann also durchaus mehr als ein Dokumentationsjahr betragen.

Eine AmbADO wird angelegt bei Aufnahme des Patienten mit dem ersten Behandlungstag (Item 1.09 "Datum des Behandlungsbeginns") und sollte zu diesem Zeitpunkt auch abgerechnet werden.

#### Ausnahme:

Bis zu zwei vor- und nachstationäre ambulante Kontakte sind nicht AmbADO-pflichtig (keine eigene Behandlungsepisode). Aus Gründen der Vollständigkeit wird empfohlen, in allen Fällen eine AmbADO anzulegen, bei Notfällen (1.07 Vorstellungsmodus Ausprägung 2 = Notfall und 3 = Notfall außerh. Dienstzeit) zumindest mit folgenden Items:

- 1.-- Alter bei Beginn der Behandlung/Aufnahme
- 1.01 Fallnummer
- 1.02 wievielte Dokumentation
- 1.03 Institution
- 1.04 Geschlecht
- 1.06 Untersuchungs-/Behandlungsform
- 1.07 Vorstellungsmodus
- 1.09 Datum des Behandlungsbeginns
3. Psychopathologischer Aufnahmebefund
- 5.1 Diagnosen Achse I - Klinisch-psychiatrisches Syndrom
- 10.1 Ende der Untersuchung/Behandlung/Jahresaktualisierung
- 10.2 Art der Beendigung
12. Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Die **Beendigung** erfolgt

- durch Abschluss expressis verbis/Arztbrief
- wenn in zwei aufeinander folgenden Quartalen keine Ambulanzleistungen erbracht wurden
- wenn der Patient in eine (teil-)stationäre Behandlung wechselt.

Die AmBADO muss vervollständigt und bei Item 10.1 "Ende der Untersuchung/Behandlung/Jahresaktualisierung" der letzte ambulante Kontakt eingetragen werden.

Zu Beginn einer neuen Behandlungsepisode nach einem (teil-)stationären Aufenthalt ist eine neue AmBADO anzulegen.

Bei **Langzeitbehandlungen** (länger als **ein** Jahr) wird die "Behandlungsepisode" unterteilt in "Behandlungsabschnitte".

**Abweichend vom Glossar** muss nach Ablauf eines jeden Behandlungsjahres quartalsgenau eine **Jahresaktualisierung** durchgeführt werden (z. B. Aufnahme I. Quartal 2009, Jahresaktualisierung und Anlage einer neuen AmBADO bei erstem Behandlungskontakt im I. Quartal 2010). Dabei muss die AmBADO des vorangegangenen Behandlungsabschnitts vervollständigt werden (Abschnitt 7, 8, 10, 11,12).

Bei Item 10.1 "Ende der Untersuchung/Behandlung/Jahresaktualisierung" muss das Datum der Jahresaktualisierung angegeben werden.

Bei Item 10.2 "Art der Beendigung" muss 6 = keine Beendigung - Jahresaktualisierung angegeben werden.

Zeitgleich ist für den nächsten Behandlungsabschnitt eine AmBADO (Abschnitt 1 – 5) anzulegen. Hierbei bleibt das Datum des Behandlungsbeginns (der Behandlungsepisode) gleich. Nach Möglichkeit sollte dies nach dem ersten Patientenkontakt im Aktualisierungsquartal erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt ist die AmBADO wieder abrechenbar.

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

### *C. Wer dokumentiert?*

Für die vollständige Erhebung bzw. Eintragung ist der jeweils behandelnde Arzt/Psychologe zuständig. Der Dokumentationsbogen bleibt im allgemeinen Bestandteil der Akte und wird zur Datenerfassung an den/die für die Dokumentation zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet bzw. fotokopiert. Dort werden die Eintragungen überprüft, die Dokumentationsnummer eingetragen und die Daten in den Computer eingegeben.

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

### D. Was wird in den einzelnen Teilen dokumentiert?

#### Kopfdaten

Die erste Seite der Basisdokumentation ist so gestaltet, dass sie mit der Versicherungskarte bedruckbar ist. Wenn kein Kartenlesegerät zur Verfügung steht, müssen die Basisdaten von Hand eingetragen werden. Für die Dokumentation sind dies im Minimum:

**Name, Vorname:** Bitte auf die korrekte Schreibweise von Vor- und Nachnamen achten, da die Fallnummern richtig zugeordnet werden müssen!

**Geburtsdatum:** Das Geburtsdatum wird eingetragen in der Reihenfolge Tag, Monat und Jahr (Jahreszahl vierstellig).

**PLZ (Wohnort):** Hier wird die fünfstellige Postleitzahl des Wohnortes des Patienten eingetragen; als Wohnort gilt hier der erste Wohnsitz des Patienten (wie bei der Zuständigkeitsregelung).

#### 1. Soziodemographische Daten und Aufnahmebedingungen

**01 Fall-Nummer:** Die Kodierung der Fallnummer erfolgt nach dem Schema JJJJ-XXXX, wobei JJJJ das Jahr (vierstellig) darstellt und XXXX eine laufende Nummer (Beispiel: 2005-0001). Sie wird automatisch durch das Eingabeprogramm vergeben; es handelt sich um eine streng personenbezogene Kennziffer, die der Patient auch bei weiteren Wiederaufnahmen in derselben Weise beibehält. Die Behandlungsepisoden werden durch eine zweistellige Episodenummer gekennzeichnet, die sich, mit „01“ beginnend, bei jeder Wiederaufnahme um „1“ erhöht.

Bisherige Altdaten, deren Fallnummer nach dem Schema XXXJJYY (Laufende Nummer, Jahr, Episode) organisiert sind, werden in das neue Format konvertiert. Die Fallnummer ist zudem nachträglich änderbar. Das Programm achtet jedoch auf Eindeutigkeit.

**Abweichend vom Glossar** kann auch eine andere patientenbezogene **"Fallnummer"** verwendet werden.

Bei der Kodierung der "Fallnummer" darf nicht eine quartalsmäßig neu erstellte Fallnummer der EDV benutzt werden, sondern eine **Personen-/Patientenidentifikationsnummer**, die über alle Behandlungsepisoden hinweg konstant bleibt (sonst könnten von einem Patienten bis zu vier Datensätze pro Jahr anfallen).

Für die Übermittlung der Daten an die Auswertungsstelle muss diese Identifikationsnummer aus Datenschutzgründen verschlüsselt werden, falls sie auf eine Weise generiert wird, die Rückschlüsse auf die Identität des Patienten zulässt.

In der aktuellen Bogenversion (Auflage 4) ist eine **Episoden-Nr.** nicht vorgesehen und **entfällt** daher.

**02 Wievielte Dokumentation:** Mit dieser zweistelligen Ziffer wird gekennzeichnet, um die wievielte Dokumentation des betreffenden Patienten mit dieser Fall-Nr. es sich handelt. Die Dokumentationen werden in chronologischer Reihenfolge mit 1 beginnend durchnummeriert, gleichgültig ob es sich dabei um verschiedene Behandlungsmodi (ambulant, stationär, teilstationär) handelt. Das heißt, ein Patient

Die Behandlungsepisoden werden chronologisch fortlaufend durchnummeriert (gleichgültig ob nur ambulante oder auch stationäre).

## Original

bekommt z. B. in der Ambulanz die erste Dokumentation, auf Station die zweite und bei erneuter ambulanter Weiterbehandlung die dritte.

**03 Institution:** Die nachfolgende Institutionskennung (dreistellig) kann verwendet werden zur Kennzeichnung verschiedener Untereinheiten der Klinik. Das Feld kann auch Zeichen aufnehmen z. B. für Stationsnummern (9-1, 32a o. ä.).

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Die **Institutionskennung** (dreistellig) dient zur Kennzeichnung:

- des Regierungsbezirks (1. Stelle)
- der Klinik/ Institution (2. Stelle) sowie
- möglicher Untereinheiten/Außenstellen innerhalb der Einrichtung (3. Stelle).

Die Vergabe der ersten beiden Stellen ergibt sich aus der folgenden Tabelle, die dritte Stelle kann intern durch die jeweilige Einrichtung selbst definiert werden.

<b>Oberbayern</b>	1
Heckscher Klinik	11
St. Elisabeth, Neuburg/D	12
Kath. Jugendfürs. Hochried, Murnau	13
KJP Altötting	14
Klinikum rechts der Isar, TU München	15
Klinikum der Universität München (LMU)	17
<b>Schwaben</b>	2
Josefinum, Augsburg	21
<b>Niederbayern</b>	3
BKH Landshut	31
<b>Oberpfalz</b>	4
BKH Regensburg	41
<b>Oberfranken</b>	5
BKH Bayreuth	51
<b>Mittelfranken</b>	6
Universität Erlangen	61
Klinikum Nürnberg	62
BKH Ansbach	63
<b>Unterfranken</b>	7
Universität Würzburg	71
Klinikum Aschaffenburg	72
Klinikum Schweinfurt	73



Original	Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern
<p><b>04 Geschlecht:</b> Das Geschlecht des Patienten wird mit 1 (für männlich) oder 2 (weiblich) kodiert, hierbei gilt das biologische Geschlecht.</p>	<p>Hierbei gilt das offizielle Geschlecht (1 = männlich, 2 = weiblich oder 3 = unbestimmt).</p>
<p><b>Vorstellungs-/Aufnahmebedingungen</b></p> <p><b>06 Untersuchungs-/Behandlungsform:</b> Hier wird der Behandlungsmodus der dokumentierten Behandlungsepisode (auch bei Gutachten!) kodiert. Findet im Verlauf einer stationären Behandlungsepisode ein Wechsel zum teilstationären Behandlungsmodus im Rahmen derselben Behandlungseinheit (Station) statt, so muss nicht extra eine neue Dokumentation angelegt werden. Für die Gesamt-episode sollte die Kodierung des Behandlungsmodus als teilstationär oder stationär danach erfolgen, in welcher Form der Patient die überwiegende Zeit der Behandlungsepisode über behandelt worden war.</p>	<p>Hier kann <b>nur</b> die 1 = <b>ambulant</b> kodiert werden.</p>
<p><b>09 Datum der Aufnahme/des Behandlungsbeginns:</b> Hier ist das Datum einzutragen, das den Beginn der nachfolgend dokumentierten Behandlungsepisode kennzeichnet, d. h. das Datum der tatsächlichen stationären Aufnahme, des ersten ambulanten Kontaktes etc.</p>	
<p><b>15 Suizidalität bei Aufnahme:</b> Hier soll das Ausmaß einer möglichen Suizidalität des Patienten zu Beginn der aktuellen dokumentierten Behandlungsepisode eingeschätzt werden.</p>	<p>Ausprägungen:  1 = nein  2 = suizidal, aktuell <b>kein</b> Suizidversuch  3 = suizidal, aktuell <b>erster</b> Suizidversuch  4 = suizidal, aktuell <b>wiederholter</b> Suizidversuch  9 = unbekannt oder nicht einschätzbar</p>
<p><b>Kind/Jugendlicher wohnt bei ...</b></p> <p><b>16/17 Kind/Jugendlicher wohnt bei ..:</b> Hier sind die verschiedenen Kombinationen aus leiblichen Eltern oder Pflege- oder Adoptiveltern zu kodieren. Bei Kindern, die in einem Heim untergebracht sind, ist jeweils mit „8“ zu kodieren. Bei Kindern, die ein Internat besuchen, sind die Eltern jedoch zu kodieren. Als „2 Stiefmutter“ bzw. „Stiefvater“ ist auch zu kodieren, wenn der Vater seine neue Lebenspartnerin (bzw. die Mutter ihren neuen Partner) nicht geheiratet hat, diese(r) aber im gemeinsamen Haushalt wohnt.</p>	

Original	Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern
<p><b>18 Andere ... Wohnsituation:</b> Dieses Item ergänzt die vorangegangenen Items 16 und 17 um Wohnsituationen, die in den vorangegangenen Items nicht kodierbar waren. Das heißt, dass im Allgemeinen, wenn ein Kind bei Eltern/Ersatzeltern wohnt, das Item 18 mit „8“ zu kodieren ist.</p> <p>Sehr lange Klinikaufenthalte oder Haft zählen im Allgemeinen nicht als „Wohnsitz“ und werden deshalb an dieser Stelle nicht kodiert, sondern die dem vorausgegangene Wohnsituation.</p>	
<p><b>2. Anamnese einschließlich familiärer Belastungen</b></p> <p><b>Komplikationen/Risikofaktoren ...</b></p> <p><b>02 im Schwangerschafts- Geburts- oder post-partalen Verlauf:</b> Hier wird nur das einfache Vorhandensein von Komplikationen dichotom mit „1 nein“ oder „2 ja“ kodiert. Es sollten hierbei nur Komplikationen kodiert werden, deren Schweregrad entsprechende medizinische Maßnahmen erforderlich gemacht hatten.</p>	
<p><b>05 Gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit:</b> Mit „2 ja“ ist zu kodieren, wenn sichere Hinweise dafür vorliegen, dass das Kind z. B. erheblicher Vernachlässigung oder Verwahrlosung ausgesetzt war, von verschiedenen, ständig wechselnden Bezugspersonen in unterschiedlicher Art versorgt worden war oder das Kind aus anderen Gründen keine konstanten Bindungen zu Bezugspersonen entwickeln konnte oder Kindesmisshandlung vorlag.</p>	
<p><b>Störungen der kindlichen Entwicklung</b></p> <p><b>06-08 Motorik, Sprache, Sauberkeit:</b> Positiv zu kodierende Störungen in den drei Bereichen umfassen sowohl bedeutsame Entwicklungsretardierungen als auch im Verlauf der Entwicklung auftretende, behandlungsbedürftige Störungsbilder (sekundäre Enuresis, Stottern, Poltern etc.).</p> <p><b>09 Schwere Krankheiten während der Kindheit:</b> Es sind körperliche Symptome zu erfassen, die mit einer stationären Behandlung von mehr als drei Wochen verknüpft waren.</p>	<p>Die Freitextfelder sind fakultativ und müssen nicht ausgefüllt werden.</p> <p>In <b>Abweichung vom Glossar</b> ist für die Einschätzung der Schwere einer Erkrankung nicht die Dauer einer stationären Behandlung maßgeblich.</p>
<p><b>Kindergarten</b></p> <p><b>13 Störung beim Besuch des Kindergartens:</b> Bei Kindern, die mindestens drei Monate einen Kindergarten besucht haben, können hier verschiedene Störungen kodiert werden; falls kein Kindergartenbesuch erfolgte, alle sechs Unteritems mit „9“ (= nicht zutreffend/unbekannt) kodieren.</p>	

Original	Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern
<p><b>Schule</b></p> <p>Bei Vorschulkindern kann in dem Balken „entfällt“ angekreuzt werden</p> <p><b>15 Schulbesuch:</b> Als „regelrecht“ wird bezeichnet, wenn das Kind bisher die Schule ohne Wiederholungen oder Umschulungen durchlaufen hat, andernfalls ist einer der anderen Auswahlpunkte zu kodieren. Es geht bei diesem Item <u>nicht</u> um die <i>Regelmäßigkeit</i> des Schulbesuchs</p>	
<p><b>17</b> Gegenwärtig <b>besuchte Schule:</b> Hier wird die aktuell vom Patienten besuchte Schule kodiert; bei Patienten, die krankheitsbedingt (z. B. Schulphobie etc.) lange die Schule nicht mehr besucht haben, wird die Schule kodiert, an der der betreffende Schüler gemeldet ist.</p> <p>Die Kodierung „03 schulformunabhängige Orientierungsstufe“ bezieht sich auf die 5. und 6. Klassen von Gesamtschulen bzw. auf schulische Einrichtungen mit dieser Bezeichnung in einigen Bundesländern. In Gesamtschulen entsprechen die Leistungen dem Hauptschulniveau, wenn das Kind in zumindest zwei von drei Hauptfächern den C-Kurs besucht, dem Realschulniveau, wenn in zwei Hauptfächern der B-Kurs belegt wird und dem Gymnasialniveau, wenn zwei A-Kurse besucht werden.</p>	<p>4 = Hauptschule bzw. Mittelschule  5 = Realschule und Wirtschaftsschule  6 = Gymnasium und Fachoberschule/Berufsoberschule</p>
<p><b>19 Schulstörungen:</b> Hier können verschiedene Verhaltensauffälligkeiten in der Schule kodiert werden; sie sollten bei älteren Jugendlichen entsprechend auch auf die jeweilige Ausbildungssituation und den Besuch der Berufsschule angewandt werden.</p>	
<p><b>Familie</b></p> <p><b>24 Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltswahlfamilie:</b> Dieses Item bezieht sich auf die Stellung bezüglich aller im vorhergehenden Item 23 genannten Kinder.</p>	<p>Dieses Item bezieht sich auf die Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltswahlfamilie.</p> <p><i>Hinweis: Item 23 existiert nicht mehr</i></p>
<p><b>25 Psychiatrische Erkrankungen in der Familie:</b> Beide Items beziehen sich auf die nähere und weitere <i>blutsverwandte</i> Familie des Patienten und sollten positiv kodiert werden, wenn relativ sichere Hinweise dafür vorliegen, dass bei einem oder mehreren <i>Blutsverwandten</i> psychiatrische Erkrankungen mit einem interventionsbedürftigen Schweregrad vorhanden sind (oder waren).</p>	<p>Das Freitextfeld ist fakultativ und muss nicht ausgefüllt werden.</p>
<p><b>3. Psychopathologischer Aufnahmebefund</b></p> <p>Der psychopathologische Aufnahmebefund stellt eine Verkürzung der Psychopathologischen Befunddokumentation für Kinder und Jugendliche („PSYBES“, DÖPFNER ET AL., 1991, 1997) auf die zusammengefassten Merkmalsbereiche dar. Zu dieser Befunddokumentation existiert ein</p>	

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

ausführliches Glossar sowie ein Explorationsleitfaden zur Durchführung (DÖPFNER ET AL., 1991).

Alle 17 Items des psychopathologischen Aufnahmebefundes werden in der gleichen Weise kodiert (1 = unauffällig, 2 = leicht ausgeprägt, 3 = stark ausgeprägt und 9 = nicht beurteilbar). Die in Klammern bei jedem Item aufgeführten Einzelsymptome entsprechen den Items der o. g. ausführlichen Befunddokumentation und dienen hier als Kodierungskriterien. Das heißt, die stärkste Ausprägung eines der Einzelsymptome bestimmt die Kodierung des gesamten Items. Wenn z. B. im Item „07 Störungen von Stimmung und Affekt“ das Symptom „affektlabil“ stark ausgeprägt vorhanden ist, wird das Item 07 mit „3“ kodiert, auch wenn sonst keines der dort aufgeführten Symptome zutrifft.

In die Beurteilung gehen nicht nur die unmittelbaren Beobachtungen des Beurteilers ein, sondern es sollen auch alle relevanten (fremd)anamnestischen Informationen (plausible Angaben von Eltern, Schule etc.) mit einbezogen werden.

Bei ersten Auswertungen des Psychopathologischen Aufnahmebefundes (Englert, 1997) ließen sich anhand der Daten aus der Pilotstudie hochsignifikante Schweregradsunterschiede zwischen ambulant und stationär erhobenen Befunden, charakteristische „Symptomprofile“ für verschiedene Störungsbilder sowie eine sehr gute Übereinstimmung dieser Profile zwischen verschiedenen Institutionen nachweisen.

Eine Untersuchung über den Effekt der Informationsreduktion von der ursprünglichen ausführlichen Fassung der Psychopathologischen Befunddokumentation auf die vorliegende Kurzfassung anhand eines Datenpools von rund 5.000 Datensätzen der Kompletversion aus vier kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken (Wolff Metternich et al., 1999) erbrachte eine gute Übereinstimmung zwischen den Zentren als Hinweis für eine gewisse Robustheit des Instrumentes sowie der Diagnosenverteilung entsprechende Häufigkeiten der Itemausprägungen, die als Zeichen für die Validität des Verfahrens gewertet werden können.

### 4. Somatisch-neurologischer Befund

**01-03 Körperliche Entwicklung und Gesamtbeurteilung:** Wurde eine Untersuchung nicht durchgeführt, so sind die entsprechenden Items mit „9 unbekannt“ zu kodieren, andernfalls erfolgt eine Einstufung der körperlichen Entwicklung, des neurologischen und des übrigen somatischen Befundes.

**04/05 Körpermaße (bei Aufnahme/Entlassung):** Bei allen Patienten, das Gewicht in kg (mit einer Kommastelle) und die Körpergröße (in cm) eingetragen, falls nicht untersucht, jeweils Kodierung mit „9“.

Fakultativ besteht die Möglichkeit bei Patienten mit „gewichtsrelevanten Störungen“ (Anorexie, Adipositas etc.) beides nochmals bei Behandlungsende zu dokumentieren.

**02/03 Somatische Gesamtbeurteilung (incl. Neurologie):**

*Hinweis: Item 1 existiert nicht mehr*

**Körpermaße (bei Behandlungsbeginn):**

Falls die Körpermaße nicht erhoben werden, müssen bei Gewicht und Größe alle Stellen mit "9" ausgefüllt werden.

*Hinweis: Items für Körpermaße bei Entlassung sind im neuen Bogen NICHT mehr enthalten.*

## Original

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

### 5. Diagnosen (M A S)

Hier wird nach Abschluss der Behandlungsepisode die Kodierung auf den Achsen I bis VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (REMSCHMIDT ET AL., 2001) vorgenommen, wobei auf der ersten Achse maximal drei Kodierungen zulässig sind.

**Bei allen ICD-10-Kodierungen sind nur diejenigen Stellen vor bzw. nach dem Punkt auszufüllen, die in der ICD auch tatsächlich vorgesehen und gemeint sind. Daher bitte keine unnötigen Nullen anhängen!**

#### I. Achse – Klinisch-psychiatrisches Syndrom

**1. Hauptdiagnose Achse I:** Hier können folgende Ziffern des Kapitels „F“ der ICD-10 verschlüsselt werden: Alle F-Nummern incl. F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen mit Ausnahme von F7 Intelligenzminderungen (→ Achse III) und F80 bis F83 (→ Achse II).

Bei Mehrfachdiagnosen muss an erster Stelle die für die dokumentierte Behandlungsepisode klinisch bedeutsamste Diagnose stehen.

**2./3. Diagnose Achse I:** Von der Möglichkeit der Vergabe von Zweit- oder Drittdiagnosen sollte nur möglichst zurückhaltend Gebrauch gemacht werden! *Keine* Zweigdiagnose darf vergeben werden, wenn ohnehin in der ICD eine Kombinationsdiagnose existiert (z. B. Hyperkinetisches Syndrom mit Störungen des Sozialverhaltens) oder wenn die Zweitdiagnose nur für eine Symptomatik steht, die ohnehin Bestandteil der Hauptdiagnose ist.

Bitte beachten Sie bei allen Diagnosen nach ICD-10 auch die 5. Stelle (2. Stelle nach dem Punkt, die grundsätzlich mit angegeben werden sollte)! Felder aber nicht mit überflüssigen Nullen auffüllen! „F20“ bedeutet etwas anderes als „F20.0“ und „F20.00“ hat eine weitere spezifischere Bedeutung (siehe ICD-10-Handbücher!).

Wenn **keine psychiatrische Diagnose** gestellt werden kann, kann entweder „keines“ angegeben werden oder sofern EDV-technisch möglich, die Diagnose „Z00.4“ einfache psychiatrische Untersuchung.

Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung (F7X.1, F7X.8, F7X.9) können ebenfalls auf Achse I kodiert werden.

Alle Diagnosen auch die Zweit- oder Drittdiagnosen sollten entsprechend den diagnostischen Kriterien korrekt und vollständig erfasst werden.

#### II. Achse – Umschriebene Entwicklungsstörung

Auf der zweiten Achse des MAS kommen ausschließlich die ICD-10-Ziffern F80 bis F83 zur Anwendung. Grundsätzlich soll nur eine Diagnose durch Ankreuzen vergeben werden.

Liegen mehrere Entwicklungsverzögerungen vor, kreuzen Sie „F81.3“ oder „F83“ an, je nachdem, um welche Störungen es sich handelt. Markieren Sie zusätzlich durch Unterstreichen oder mit Textmarker maximal zwei Achse-II-Diagnosen. Das Eingabeprogramm ermöglicht bei der Eingabe einer Kombinationsdiagnose („F81.3“ oder „F83“), zusätzlich die zwei Diagnosen einzugeben, aus denen die Kombination besteht.

#### **F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten**

Diese Kategorie sollte verwendet werden, wenn die Störung die Kriterien für F81.2 und entweder F81.0 oder F81.1 erfüllt.

#### **F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen**

Diese gemischte Kategorie sollte nur verwendet werden, wenn die Kriterien von zwei Störungen aus zwei verschiedenen Störungsgruppen (Sprache, schulische Fertigkeiten oder Motorik) erfüllt sind.

Original	Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern
<p><b>III. Achse – Intelligenzniveau</b></p> <p>Auf der dritten Achse werden anstelle der ICD-10-Kategorien (F7) die einstelligen Ziffern aus dem Multiaxialen Klassifikationsschema verschlüsselt. Entscheiden Sie sich aufgrund von Testergebnissen (durchgeführte Tests sind in Abschnitt 7 auf Seite 5 zu kodieren) oder klinischem Eindruck für eine der Kategorien durch Ankreuzen der Ziffer.</p>	<p><i>Hinweis: Abschnitt 7 (Zusätzliche psychologische Diagnostik) ist in der neuen Version (Auflage 4) auf Seite 4</i></p>
<p><b>IV. Achse – Körperliche Symptomatik</b></p> <p>Hier können bis zu drei somatische Diagnosen vergeben werden, wobei eine evtl. vorhandene neurologische Diagnose an erster Stelle stehen sollte. Zur Verschlüsselung verwendet werden alle anderen Nummern, die sich auf Krankheiten beziehen außer Kapitel F.</p>	
<p><b>V. Achse – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände</b></p> <p>Die Klassifikation der 39 Kategorien psychosozialer Risikofaktoren für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erfolgt entsprechend dem deutschen Glossar (POUSTKA, 1994). Die Kodierung wurde allerdings demgegenüber durch Dichotomisierung vereinfacht. <u>Bitte beachten Sie:</u></p> <p>① das Zeitkriterium: Alle Kodierungen betreffen entsprechend dem allgemeinen Standard ausschließlich den Zeitraum der letzten 6 Monate. ② Alle belastenden Lebensereignisse, die durch die Störung des Kindes hervorgerufen wurden, (z. B. Gehänselt-/Ausgeschlossenwerden wegen Enkopresis, Heimerziehung wg. psych. Behinderung) sind ausschließlich unter Ziffer 9.0 ff. zu kodieren!</p>	<p><i>ACHTUNG: Die hier vorgenommene Einschätzung bezieht sich auf den Beginn einer Behandlungsepisode bzw. den Beginn eines neuen Behandlungsabschnitts.</i></p>
<p><b>VI. Achse – psychosoziale Anpassung</b></p> <p>Hier erfolgt die Globaleinschätzung der psychosozialen Anpassung des Patienten in dem der Behandlungsepisode vorangegangenen halben Jahr in Form der einstelligen MAS-Ziffer. Beachten Sie die ausführlicheren Erläuterungen in REMSCHMIDT ET AL. (2001).</p>	<p><i>ACHTUNG: Die hier vorgenommene Einschätzung bezieht sich auf den Beginn einer Behandlungsepisode bzw. den Beginn eines neuen Behandlungsabschnitts.</i></p>
<p><b>7. Zusätzliche psychologische Diagnostik</b></p> <p>Wurde keine testpsychologische Untersuchung durchgeführt, so kann hier gleich mit „keine“ kodiert und die folgenden Unteritems übersprungen werden. Andernfalls kodieren Sie hier bitte alle diagnostischen Maßnahmen, die innerhalb der dokumentierten Behandlungsepisode durchgeführt wurden einfach in der Form „durchgeführt ja/nein“.</p>	
<p><b>8. Therapie</b></p> <p>Die Leistungsdokumentation wurde in Auflage 4 des Bogens stark vereinfacht und soll</p>	<p>Unter 8.1 sind alle Behandlungsformen durch Ärzte, Psychologen und</p>

## Original

aber weiterhin in der Leistungserfassung sowohl für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch für die Praxis des niedergelassenen Kollegen kompatibel sein. Dabei orientieren sich die Kategorien in ihren Formulierungen an den aktuellen EBM-Ziffern sowie an Formulierungen der Psych-PV.

Falls in der dokumentierten Episode ausschließlich diagnostische Untersuchungen durchgeführt wurden oder aus anderen Gründen keine Behandlung zustande kam, kann der gesamte Abschnitt übersprungen werden.

Wurden entsprechende Therapieformen durchgeführt, so ist jeweils die Häufigkeit zu kodieren, ansonsten „nein“ anzukreuzen. Das heißt, daß beispielsweise innerhalb einer dokumentierten Behandlungsepisode, deren Dauer sich über das Aufnahme- und Entlassungsdatum definiert, die Anzahl der entsprechenden Sitzungen eingetragen wird.

**1 Kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie:** Sitzungen werden unabhängig von Therapieschulen bzw. spezielleren Verfahren hier kodiert, einschließl**ich** Familientherapie.

**4 Richtlinien-Psychotherapie:** Das Item ist definitionsgemäß nur für ambulante Psychotherapie (VT oder tiefenpsychol.-psychoanalyt. Therapie) im Antragsverfahren anwendbar.

**6 Sozialpsychiatrische Maßnahmen:** Anzahl Kontakte insgesamt kodieren,

**8 Medikamentöse Therapie:**

Die detaillierte Kodierung bezieht sich auf alle - wenn auch kurzfristig - innerhalb dieser dokumentierten Behandlungsepisode zur Anwendung gekommenen Medikamente. Beachten Sie bitte, dass die Neuroleptika und die Antidepressiva jeweils noch eine Unterteilung aufweisen.

Eine Kodierung mit „1“ bedeutet, dass während der gesamten Behandlungsepisode das betreffende Medikament nicht gegeben wurde, „2“ bedeutet den „Normalfall“ der Medikamentengabe, d. h. Medikation im Laufe der Behandlungsepisode gegeben, keine außer den im Rahmen der Substanz üblichen Nebenwirkungen, befriedigende Wirkung. Die Kodierung „3“ sollte dann vergeben werden, wenn das Medikament bei dem Patienten keine Wirkung zeitigte (üblicherweise Anlass zum Absetzen desselben). Traten unter dem Medikament erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) auf, die zum Absetzen der Medikation führten, so ist mit „4“ zu kodieren.

Merke: die Kodierungen sind von 1 bis 4 in hierarchischer Reihenfolge angeordnet; wenn also bei einem Medikament gleichzeitig mangelnde Wirkung und erhebliche UAW's zu verzeichnen sind, sind letztere mit „4“ zu kodieren.

## Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern

Psychotherapeuten (entsprechend den Abrechnungsziffern 01XX, 02XX, 06XX) zu kodieren.

Richtlinien-Psychotherapie wird in Institutsambulanzen grundsätzlich nicht angeboten und ist daher auch nicht zu kodieren.

Alle weiteren Therapieformen (Kreativtherapien etc.) sind unter 8.5 zu kodieren.

Durch Sozialpädagogen (05XX) erbrachte Leistungen werden unter 8.6 kodiert.

Wurden entsprechende Therapieformen durchgeführt, ist "ja" anzukreuzen und fakultativ die Anzahl der Sitzungen anzugeben. Im Interesse des Informationsgehalts sowie der Dokumentation der Behandlungsqualität wäre es dennoch wünschenswert dieses Feld auszufüllen.

Die Freitextfelder sind fakultativ und müssen nicht ausgefüllt werden.

Empfohlen wird das Freitextfeld 8.11 "andere Psychopharmaka" für z. B. SNRI zu verwenden und auch zu benennen (z. B. Atomoxetin).



Original	Ausführungsbestimmungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in Bayern
<p><b>10. Ende der Behandlung</b></p> <p><b>1 Ende der Untersuchung/Behandlung:</b> Hier wird das Entlassungsdatum von Station bzw. das Datum des letzten Kontaktes mit dem Patienten/der Familie im Rahmen einer ambulanten Behandlungsepisode eingetragen.</p> <p><b>2 Art der Beendigung:</b> Die Kodierung „1 regulär“ bedeutet, dass die Behandlung wie geplant (mit ärztlich/therapeutischem Einverständnis) beendet wurde. Eine Kodierung mit „2“ ist dann vorzunehmen, wenn z. B. die Familie die ambulante Behandlung durch Nichtmehrscheinen abbricht. Kodierung „3“ heißt, dass die ambulante Behandlung vorzeitig durch den Behandler beendet wurde.</p>	<p>Siehe Ausführungen unter <b>B. Wann wird dokumentiert?</b></p>
<p><b>11. Behandlungsergebnis</b></p> <p>Falls in der dokumentierten Episode ausschließlich diagnostische Untersuchungen durchgeführt wurden oder aus anderen Gründen keine Behandlung zustande kam, kann der gesamte Abschnitt übersprungen werden.</p> <p><b>1 Einschätzung des Behandlungserfolgs:</b> Der Behandlungserfolg wird anhand der 5-stufigen Skala (von 1 = völlig gebessert bis 5 = verschlechtert) bezügl. Symptomatik und Gesamtsituation eingeschätzt.</p> <p><b>3 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung bei Behandlungsende:</b> Hier erfolgt nochmals zur Ergebniskontrolle die Einschätzung gemäß der Achse VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas. Diese bezieht sich jetzt auf das Behandlungsende, wohingegen im vorangegangenen Diagnosenteil sich die Einschätzung auf das der Behandlungsepisode vorausgehende halbe Jahr bezogen hatte.</p>	<p>Die Beurteilung des Behandlungserfolges sollte sich immer auf den dokumentierten Behandlungsabschnitt beziehen.</p> <p>Die Globalbeurteilung sollte in Relation zum Gesamtverlauf vorgenommen werden.</p>
<p><b>12. Empfohlene Weiterbehandlung/ Maßnahmen:</b></p> <p>Mit „1“ zu kodieren ist, wenn eine Weiterbehandlung / Hilfen nach KJHG / außerhäusliche Unterbringung / pädagogische Maßnahmen bezügl. Schule für nicht indiziert gehalten werden, wenn indiziert/empfohlen → Kodierung mit „2“.</p>	
<p><b>Name des Dokumentierenden</b></p> <p>Hier sollte der Dokumentierende seinen Namen eintragen; es kann dann ein maximal fünfstelliger Code für die verschiedenen Mitarbeiter eingegeben werden.</p>	

**Hinweis:** Übermittelt werden nur die Datensätze von AmBADOs, die im jeweiligen abzugebenden Dokumentationsjahr abgeschlossen oder aktualisiert wurden. Somit kann vermieden werden, dass die Auswertungsstelle unvollständige AmbADOs zur Auswertung bekommt.