



Klenico macht psychische Belastungen sichtbar

**Hintergrundinformationen
zum Klenico-System**

Das Klenico-System

Das Schweizer Unternehmen Klenico hat ein webbasiertes zertifiziertes Medizin-Produkt entwickelt, das Ärztinnen und Therapeuten vielseitig bei der Diagnostik und Therapie psychisch erkrankter Patienten unterstützt.

Das Klenico-System liefert visuelle Befunde, die auf nur einen Blick Erkenntnisse vermitteln

Es deckt alle Störungsbereiche der Psychiatrie ab

Es basiert auf den weltweiten Standards DSM und ICD und bildet diese ab

Wertvolle Zeitressourcen von Ärztin und Therapeut werden geschont

Patienten werden aktiv
einbezogen

Veränderungen und Therapie-
erfolge werden sichtbar

Symptombefunde sind mit
anderen Behandlern teilbar und
bauen aufeinander auf

„Die Selbsteinschätzung des
Patienten und die profes-
sionelle Außenperspektive
eines Diagnostikers werden
miteinander verwoben.“

Inhalt

Innen- und Aussenperspektive	6
Symptombasierte Diagnostik	8
Störungsbereiche	10
Screening und adaptive Exploration	12
Anamnestiche Erhebung	14
Ipsative Anordnung	16
Symptomkarte	18
Interpretation der Symptomkarte	22
Spezialbereiche in der Symptomkarte	26
Gesamter Ablauf der diagnostischen Erhebung mit Klenico	30
Symptomkarten und -befunde im klinischen Alltag	32
Stand der wissenschaftlichen Evaluation	34
Datensicherheit	36
Wichtige Begriffe im Klenico-System	38

„Die Klenico-Symptomkarten bilden individuelle Symptomausprägungen ab, ohne sie allzu starren Störungskonzepten zu unterwerfen.“

Das Wichtigste in Kürze

Diese Broschüre richtet sich in erster Linie an Ärztinnen und Therapeuten, die sich mit dem Klenico-System vertraut machen möchten. Sie liefert anwendungsbezogene Hintergrundinformationen über Konzeption und Aufbau des Klenico-Systems.

Patienten schildern ihre Beschwerden als Symptome, nicht als Diagnosen. Leider geht aber die Eigenart der individuellen Störungsbilder oft verloren, wenn man sie in die Korsette der diagnostischen Kriterien zwingt. So stellt man in der klinischen Alltagspraxis dasselbe fest, was auch auf der Ebene von internationalen Wissenschaftskooperationen diskutiert wird: Die gängigen Störungskategorien sind längst nicht immer geeignet, um die tatsächlichen Beschwerden von Patienten adäquat zu erfassen. Klenico-Symptomkarten bieten hier eine Struktur, um individuelle Symptomausprägungen im diagnostischen Kontext abzubilden, ohne sie allzu starren Störungskonzepten zu unterwerfen. Trotz dieser neuen Betrachtungsweise auf Symptomzusammenhänge bleibt Klenico aber mit den gängigen Systemen kompatibel: Die Symptome wurden aus DSM-5 und ICD-10 abgeleitet, so dass auf ein und derselben Datengrundlage auch eine klassische Diagnostik möglich ist.

Die Symptomerfassung mit Klenico erfolgt online und basiert auf einer differenzierten und effizienten Methodik, bei der die Selbsteinschätzung des Patienten und die professionelle Außenperspektive eines Diagnostikers sorgfältig miteinander verwoben werden. Dadurch gelingt es, einen Großteil der Erhebung direkt an den Patienten zu delegieren, was die diagnostische Arbeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltag deutlich erleichtert. Die erhobenen Daten stehen sofort zur Verfügung und zwar da, wo deskriptive Diagnostik wirklich viel Gewinn bringt: bei der Therapieplanung, für den Ausschluss möglicher Komorbiditäten, im Berichts- und Antragswesen sowie zur Qualitätskontrolle. Klenico bringt damit weit mehr Strukturierung und Effizienz in die Routinediagnostik, als dies mit vergleichbaren Instrumenten möglich ist.

1. Innen- und Außenperspektive

Eine ganz grundlegende Anforderung in der psychiatrischen Diagnostik besteht darin, das Erleben eines Betroffenen (Innenperspektive) mit dem von außen zu beobachtenden Verhalten (Außenperspektive) zu verbinden und daraus die richtigen Schlüsse zu ziehen¹. Obwohl sich die meisten psychischen Erkrankungen im abweichenden Erleben eines Betroffenen manifestieren, sind dessen Äußerungen für diagnostische Belangen nicht immer ausreichend. Oft ist für die Diagnosestellung eine objektivierende Interpretation nötig, manchmal auch die genaue und reflektierte Beobachtung des Verhaltens eines Betroffenen.

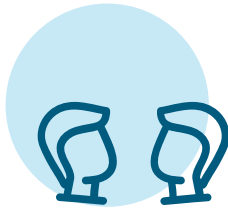
Klenico trägt diesen zwei Perspektiven Rechnung, indem es die diagnostische Erhebung in zwei Elemente aufteilt, die sich gegenseitig ergänzen. Beide Elemente können direkt im Klenico-System erhoben werden, es kann sich je nach Setting jedoch anbieten, nur eines der beiden direkt im System durchzuführen.



Selbstauskunft

Hier wählt der Patient Ich-Aussagen aus, die seinem Empfinden und Erleben entsprechen. (= Innenperspektive).

Diesen Teil der diagnostischen Erhebung können die meisten Patienten selbstständig bearbeiten. Per E-Mail oder über ein Tablet erhalten sie Zugang zu einer entsprechenden Website.



Beurteilung durch den Diagnostiker

Auf Basis der Selbstauskunft generiert die Software einen interaktiven Gesprächsleitfaden. Der Diagnostiker interpretiert dabei die Äußerungen des Patienten oder beobachtet ihn (= Außenperspektive).

Dieser Teil findet im Diagnostischen Interview mit dem Patienten statt. Per Tablet wird der Diagnostiker durch die verschiedenen Störungsbereiche geführt.

¹ Oft wird das Begriffspaar „Selbst- und Fremdeinschätzung“ verwendet. Eigentlich geht es hier aber nicht um die Vertrautheit bzw. Fremdheit zweier Personen, sondern darum, dass eine nicht betroffene Person die Äußerungen und das Verhalten der betroffenen Person aus professioneller Perspektive einschätzt.

Selbstauskunft

Detaillierte Aussagen

Mir ist oft zum Weinen zumute.

Obwohl ich nachts tief schlafe, fallen mir tagsüber fast die Augen zu.

Ich wache nachts auf und kann (während mind. 2h) nicht mehr einschlafen.

Ich habe an Gewicht verloren (mind. 3-4 kg in 1 Monat).

Mir kommen ab und zu Gedanken, mir das Leben zu nehmen.

Es ist alles anstrengend für mich.

Ich traue mir nichts mehr zu.

Ich habe keine Gefühle mehr.

Ich bin verzweifelt.

Ich habe mir schon überlegt, wie ich mir das Leben nehmen könnte.

Ich bin ständig am Grübeln.

Ich werfe mir vor, etwas falsch gemacht oder versagt zu haben.

Ich habe kein Interesse mehr an meinen täglichen Aktivitäten.

Ich verdiene Bestrafung.

Weiter

Unterbrechen

Abbildung 1: Screenshot des Klenico-Systems im Modus der Selbstauskunft. Der Patient wählt Ich-Aussagen aus, die jeweils spezifischen Symptomen zugeordnet sind.

Beurteilung durch den Diagnostiker

Depression

Persönlichkeitsstörung

Manie

Akute Symptome

Experteneinschätzung (4)

Psychomotorische Unruhe

Psychomotorische Verlangsamung

Unangemessene Schuldgefühle

Unbegründete Selbstvorwürfe

Screening (4)

Verlust von Freude

Depressive Stimmung

Energieverlust

Unerholbarer Schlaf

Selbstauskunft (29)

Interessenverlust

Ermüdbarkeit

Erschöpfung

Antriebshemmung

Suizidwunsch

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Früherwachen

Hypersomnie

Gewichtsverlust

Appetitverlust

Gesteigerter Appetit

Reizbarkeit

Innere Anspannung

Innere Unruhe

Wizard Modus

Abbildung 2: Screenshot des Klenico-Systems im Modus des Diagnostischen Interviews. Hier wird der Diagnostiker durch die verschiedenen Störungsbereiche geführt.

2. Symptom-basierte Diagnostik

Mit dem Begriff Symptom ist ganz allgemein ein Anzeichen für eine (bestimmte) Krankheit zu verstehen. In der Fachliteratur wird ein Symptom oft auch als „kleinste diagnostische Untersuchungseinheit“ definiert. Doch gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ist nicht immer ganz klar, was nun wirklich als Symptom bezeichnet werden kann und was nicht. In den diagnostischen Verzeichnissen ICD und DSM sind nämlich nicht nur Symptome im engeren Sinne, sondern ganz allgemein diagnostische Kriterien aufgeführt, was nicht in jedem Fall gleichzusetzen ist.

So können die diagnostischen Kriterien einer bestimmten Störung neben Symptomen beispielsweise auch Verweise auf übergeordnete, allgemeine Kriterien beinhalten, das Vorliegen von anderen Störungen ausschließen oder den typischen Verlauf bzw. eine Mindestdauer der Symptomatik festlegen. Außerdem kommt es vor, dass in einem einzelnen diagnostischen Kriterium eine ganze Reihe von Symptomen aufgeführt ist, von denen wiederum eine bestimmte Anzahl zutreffen sollte (z.B. bei den depressiven Episoden, F32.0–32.3, bei der Panikstörung, F41.0, oder bei der Somatisierungsstörung, F45.0).

Im Entwicklungsprozess des Klenico-Systems und der Symptomkarten wurden also zunächst einmal die diagnostischen Kriterien von DSM-5 und ICD-10 in möglichst klar abgrenzbare Untersuchungseinheiten – Symptome eben – zergliedert.² Um die so herausgearbeiteten Symptome bei der Patientin schließlich erheben zu können, stellten sich fünf Varianten als inhaltlich angemessen und gleichzeitig praxistauglich heraus (vgl. Tabelle 1).

² Klenico ist primär differenzialdiagnostisch orientiert. Ein bestimmtes Symptom, nämlich Konzentrationsstörungen, kommt darin nicht vor, weil es einfach bei zu vielen verschiedenen Störungen aufgeführt wird und somit einen fast schon allgemeinen Charakter für psychische Störungen hat.

VARIANTE	BESCHREIBUNG	BEISPIEL
Variante 1 Eine Frage oder Aussage pro Symptom	Dies ist der simpelste und häufigste Ansatz, um ein Symptom zu erheben: Die Patientin stimmt einer Aussage zu (= Selbstauskunft) oder beantwortet eine Frage mit Ja (im Diagnostischen Interview).	Erschöpfung: • „Ich bin schon nach kleinen Anstrengungen erschöpft.“ • „Sind Sie schon nach kleinen Anstrengungen übermäßig erschöpft?“
Variante 2 Mehrere Fragen oder Aussagen pro Symptom	Gewisse Symptome können sich auf verschiedene Weise manifestieren. Dann macht es Sinn, mehrere Aussagen mit einem einzelnen Symptom zu verknüpfen.	Derealisation: • „Manchmal nehme ich das Hier und Jetzt wie ein Beobachter von außen wahr.“ • „Manchmal erlebe ich das Hier und Jetzt als unwirklich, neblig oder wie im Traum.“
Variante 3 Mit inhaltlicher Subspezifikation	Gewisse Symptome lassen sich in inhaltliche Spezifikationen unterteilen, die diagnostisch und therapeutisch relevant sind.	Wahn: • Verfolgungswahn • Beziehungswahn • Größenwahn, etc.
Variante 4 Symptom-Indikator	Gewisse Aussagen, denen die Patientin zustimmt, können (trotz ausgeklügelter Formulierung) noch nicht als Symptome gewertet werden. Die Zustimmung liefert zwar diagnostische Hinweise, diese müssen dann aber vom Diagnostiker im Gesamtkontext beurteilt werden.	Halluzinationen: • „Ich nehme manchmal Dinge wahr, die andere Menschen nicht wahrnehmen.“
Variante 5 Beobachtung oder Interpretation	Gewisse Symptome können nicht direkt erfragt oder als Aussage formuliert werden, sondern werden am Verhalten der Patientin beobachtet bzw. aus dessen Äußerungen interpretiert.	• Abnormer Blickkontakt (Beobachtung) • Selbstüberschätzung (Interpretation)

Tabelle 1: Die 5 Varianten der Symptomerhebung im Klenico-System. Eine besondere Implikation liegt für Variante 4 (Symptom-Indikatoren) vor: Wenn die Patientin in der Selbstauskunft einer solchen Aussage zustimmt, wird das entsprechende Item im Diagnostischen Interview markiert, damit der Diagnostiker es auf jeden Fall überprüft.

3. Störungsbereiche

Seit es diagnostische Verzeichnisse für psychische Störungen gibt, hat sich deren Klassifikation, d.h. die Einteilung in bestimmte Kategorien, immer wieder verändert; eine definitive Form wurde noch nicht gefunden. Das hängt teilweise sicherlich mit dem kontinuierlich ansteigenden Wissen über psychiatrische Störungen zusammen, welches eine stärkere Differenzierung der Erscheinungsbilder und Verläufe ermöglicht. Doch die sich abzeichnende Tendenz einer immer feineren Zergliederung der diagnostischen Kategorien ist umstritten und führt auch längst nicht immer zu einer präziseren Diagnostik. Ebenso kontrovers diskutiert wird die strikte Grenzziehung zwischen einzelnen Störungsbereichen.

Sie als Klinikerin in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Alltagsversorgung stehen vermutlich vor einem viel praktischeren Problem: Für Sie ist es entscheidend, die Beschwerden eines individuellen Patienten in kurzer Zeit so einzuschätzen, dass Sie ihm die bestmögliche Behandlung zukommen lassen können. Dafür benötigen Sie in erster Linie einen Überblick und zwar auch in Bereichen, über die Patienten von sich aus kaum berichten, und die daher leicht aus dem Blickfeld geraten (z.B. psychotische Symptome, Abhängigkeits- oder Zwangsstörungen). Nur so können Sie ausschließen, dass noch eine gravierendere Störung als die offensichtliche vorliegt und die angemessene Therapie finden.

Das Klenico-System ist speziell darauf ausgerichtet, über die Symptomatik eines Patienten einen zuverlässigen Überblick zu generieren, der auch eine Ausschlussdiagnostik erlaubt. Dabei ist es weder nötig noch möglich, sämtliche in der ICD-10 oder im DSM-5 aufgelisteten psychischen Störungen bis in ihre feinsten Verästelungen standardmäßig zu erheben. Die rund 400 Symptome, die mit Klenico erfasst werden, stellen in diesem Sinne eine Auswahl dar, um ein breites Spektrum an psychischen Störungen abzudecken, gleichzeitig aber auch eine sinnvolle Grenze der diagnostischen Feinauflösung zu wahren. Das bedeutet im Gegenzug, dass das Klenico-System für komplexe Störungsbilder (z.B. ADHS, Autismus oder Persönlichkeitsstörungen) lediglich diagnostische Anhaltspunkte liefern und eine weiterführende Exploration nicht vollständig ersetzen kann.

Die Auswahl der als relevant erachteten Störungsbereiche entstand aufgrund von inhaltlichen Erwägungen und ist in Tabelle 2 mit der jeweiligen Anzahl an Symptomen und Items aufgelistet.

„Die Klenico-Selbstauskunft bietet auch einen Überblick in Bereichen, über die Patienten von sich aus kaum berichten.“

STÖRUNGSBEREICH		ANZAHL SYMPTOME	ANZAHL ITEMS
Psychosen		13	39
Persönlichkeitsstörungen		50	57
ADHS/Autismus	ADHS	23	34
	Autismus	15	23
Manie		22	30
Depression		37	37
Somatoforme Störungen		26	69
Zwänge		19	30
Angststörungen	Panikstörung	22	21
	Agoraphobie	24	15
	Soziale Phobie	17	14
	Spezifische Phobien	16	3
	Generalisierte Angststörung	14	14
Abhängigkeiten	Alkohol	20	17
	Drogen	27	15
	Medikamente	21	11
	Tabak	10	8
Essstörungen		28	32
Belastungsstörungen		24	45
Demenzen		19	29
Intensivmerkmale		16	16
Gesamt		410	612

Tabelle 2: Auflistung der praxisrelevanten Störungs- und Unterbereiche (insgesamt 21), die mit dem Klenico-System erfasst werden. Die Anzahl Symptome und Items sind meistens nicht identisch, weil einige Symptome mit mehreren Items erhoben, andere dagegen nur beobachtet (also nicht über Items erfragt) werden.

4. Screening und adaptive Vertiefung

Wenn in der psychiatrischen Alltagsversorgung systematische Erhebungsverfahren eingesetzt werden, dann handelt es sich meistens um störungsspezifische Fragebögen. Mit diesen Instrumenten lässt sich zwar eine Verdachtshypothese bestätigen, aber zur eigentlichen Diagnostik eignen sie sich nicht, denn beim psychiatrischen Diagnoseprozess ist das Ausschlussverfahren ganz zentral: Es reicht nicht, das Vorliegen eines bestimmten Störungsbildes zu bestätigen, wenn nicht gleichzeitig mehrere alternative Störungen oder zumindest spezifische Symptome ausgeschlossen werden. Auch dafür gibt es natürlich speziell entwickelte Erhebungsinstrumente, doch die sind in der Anwendung oft sehr umständlich und zeitaufwändig.

Ein großer Vorteil des Klenico-Systems liegt darin, dass es zwar eine breit angelegte Ausschlussdiagnostik über zahlreiche Störungsbereiche hinweg ermöglicht, gleichzeitig aber sehr sparsam und effizient zu bearbeiten ist. Ein entscheidender Faktor ist dabei ein computergestütztes, zweistufig adaptives Erhebungsverfahren. Dieses beginnt mit einem Screening, wo jeder Störungsbereich mit (1 bis 7) besonders sensitiven Items abgedeckt wird. Wenn der Patient mindestens eines davon als zutreffend auswählt, wird im zweiten Teil der Erhebung der betreffende Störungsbereich mit der vollen Anzahl an Symptomen (bzw. Items) erfasst. Wenn andernfalls der Patient für einen Störungsbereich kein Screening-Item anklickte, fällt der Bereich im zweiten Teil vollständig weg.

Die Screening-Items sind charakteristisch für einen oder maximal zwei Störungsbereiche. Sie beziehen sich entweder auf deren Kernsymptomatik (z.B. Interessenverlust bei Depression) oder sind generellere Aussagen zu einem Störungsbild (z.B.: „Ich werde oft als chaotischer Typ bezeichnet.“ für ADHS). Psychometrisch ausgedrückt sind die Screening-Items für das jeweilige Störungsbild zwar sensitiv, aber nicht zwingend besonders spezifisch. Das führt tendenziell zu einer höheren „Falsch-Alarm-Rate“, d.h. es wird im adaptiven Teil eher mal ein Störungsbereich zu viel hinzugeschaltet, was sich dann aber sogleich wieder relativiert: Wenn es sich um einen „falschen Alarm“ handelt, wird die Symptomatik im entsprechenden Bereich sehr gering sein (vgl. Abbildung 3).

„Die Klenico-Selbstauskunft bietet auch einen Überblick in Bereichen, über die Patienten von sich aus kaum berichten.“

SCREENING		ADAPTIVE EXPLORATION	
Item 1	Störungsbereich A		
Item 2			
Item 3 ✓	Störungsbereich B	Item B-1 ✓	Item B-5 ✓
Item 4 ✓		Item B-2	Item B-6
Item 5		Item B-3 ✓	Item B-7 ✓
		Item B-4 ✓	Item B-8
Item 6	Störungsbereich C		
Item 7			
Item 8 ✓	Störungsbereich D	Item D-1 ✓	Item D-4 ✓
Item 9 ✓		Item D-2	Item D-5
Item 10		Item D-3 ✓	Item D-6 ✓
Item 11			
Item 12 ✓	Störungsbereich E	Item E-1	Item E-4
Item 13		Item E-2	Item E-5 ✓
Item 14		Item E-3	

Abbildung 3: Screening-Items sind im Klenico-System mit bestimmten Störungsbereichen verschaltet. Werden die Screening-Items vom Patienten als zutreffend markiert (grüne Häkchen), so löst dies die weiterführende, adaptive Exploration im betreffenden Störungsbereich aus. Screening-Items sind sehr sensitiv und produzieren daher oft „falschen Alarm“, was jedoch in der adaptiven Exploration aufgefangen wird (z.B. Störungsbereich E).

5. Anamnestische Erhebung

Im Versorgungsalltag dient Diagnostik meistens der Einleitung von geeigneten Therapiemaßnahmen. Diese können jedoch beim gleichen akuten Krankheitsbild sehr unterschiedlich ausfallen, je nachdem, welche Erkrankungen die Patientin in der Anamnese (d.h. in der Vorgeschichte der Krankheit) aufweist. Das gängigste Beispiel hierfür ist sicherlich die Bipolare Störung, wo eine akute depressive Episode medikamentös ganz anders behandelt wird als bei einer unipolaren Depression.

Klenico bietet die entsprechende Struktur, um Störungsbereiche auch anamnestisch zu erfassen, wenn es Sinn macht und therapeutisch relevant ist (vgl. Abbildung 5). In der Patientinnen-Selbstauskunft geschieht dies über ein zweites Set an vergangenheitsbezogenen Screening-Items mit entsprechendem adaptivem Explorationsteil. Der interaktive Leitfaden für das Diagnostische Interview weist jeweils einen entsprechenden Abschnitt mit vergangenheitsbezogenen Fragen auf. Außerdem kann jeder Störungsbereich – unabhängig davon, ob er anamnestisch detailliert erhoben wird – einem von fünf charakteristischen Verlaufstypen zugewiesen werden (Abbildung 4).

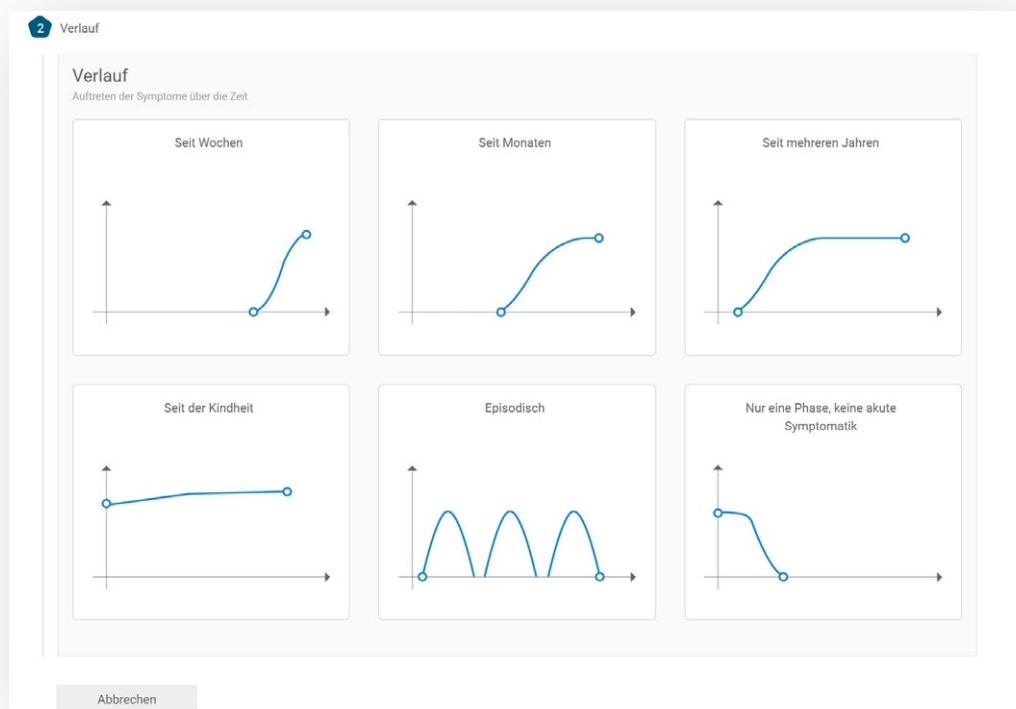


Abbildung 4: Der Krankheitsverlauf einer Patientin lässt sich einem von fünf typischen Verlaufsmustern zuordnen.

Psychosen

Persönlichkeitsstörungen

ADHS/Autismus

AHDS

Autismus-Spektrum

Manie

Depression

Somatoforme Störungen

Zwänge

Angststörungen

Panikstörung

Agoraphobie

Soziale Phobie

Spezifische Phobien

Generalisierte Angststörung

Abhängigkeiten

Alkohol

Drogen

Medikamente

Tabak

Essstörungen

Belastungsstörungen

Demenzen

Intensivmerkmale

Abbildung 5: Auflistung aller Störungs- und Unterbereiche des Klenico-Systems. Hellblau hervorgehoben sind diejenigen Bereiche, bei denen neben der akuten Symptomatik auch eine Symptomatik in der Vergangenheit (anamnestisch) erhoben wird. Dies geschieht im anamnestischen Teil der Selbstauskunft sowie im entsprechenden Abschnitt des Diagnostischen Interviews.

6. Ipsative Anordnung

Neben der kategorialen Entscheidung, welche Störung vorliegt und welche nicht, ist die dimensionale Bestimmung des Schweregrads ein weiteres wichtiges Ziel im diagnostischen Prozess. Auch damit kann die Therapie besser auf den Einzelfall abgestimmt werden. Der Schweregrad wird bei herkömmlichen Erhebungsinstrumenten entweder über die schlichte Aufsummierung der Symptome oder über sogenannte Likert-Skalen erhoben (vgl. Abbildung 6).

Klenico bringt zur Bestimmung des Schweregrads dagegen ein eigens entwickeltes Verfahren ins Spiel, die sogenannte Ipsative Anordnung¹. Dabei klickt die Patientin in einem ersten Schritt einfach diejenigen Aussagen an, die ihrem Empfinden nach zutreffend sind. In einem zweiten Schritt platziert sie dann die ausgewählten Items auf einer vertikalen Achse, so dass die Anordnung der von ihr empfundenen Belastung entspricht (vgl. Abbildung 8). Dieses zweistufige Vorgehen hat einerseits den ökonomischen Vorteil, dass nur diejenigen Items bewertet werden müssen, die auch als zutreffend wahrgenommen werden. Andererseits werden die Items grafisch direkt zueinander in Beziehung gesetzt, was mehr der eigenen, intuitiven Wahrnehmung entspricht und zu genaueren Messungen führt als die abstrahierenden Kreuzchen-Felder bei Likert-Skalen.²

Damit ist nun aber erst die Innenperspektive der Patientin berücksichtigt, wohingegen Ihre professionelle Außenperspektive als Diagnostiker ein anderes Bild ergeben könnte. Beispielsweise wird eine Substanzabhängigkeit von Patientinnen vielleicht als unbedeutend abgetan, vom Ihnen dagegen als hoch relevant eingestuft. Darüber hinaus haben Sie – im Gegensatz zum Betroffenen – die nötige Erfahrung und Objektivität, um den Schweregrad einer Symptomatik auch mit anderen Fällen zu vergleichen. Klenico bietet Ihnen deshalb die Möglichkeit, sowohl den Gesamtschweregrad als auch einzelne Symptome in der vom Patienten erstellten Anordnung zu verändern. So können Sie im Hinblick auf die Therapie andere Prioritäten zu setzen. Beide Einschätzungen bleiben jeweils als eigenständige Symptomkarten (vgl. S. 18) nebeneinander bestehen.

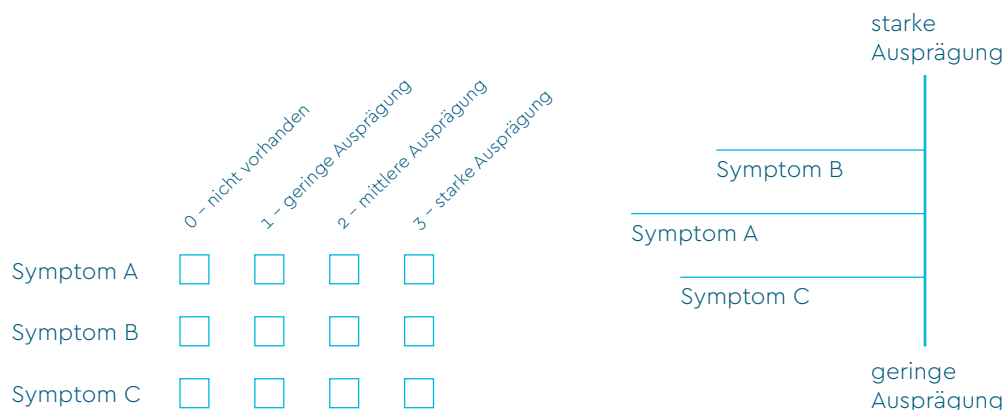


Abbildung 6: Schematische Darstellung einer Likert-Skala.

¹ Ipsativ bedeutet „auf sich selbst bezogen“, was die Relativität im Erleben von Symptomen betont.

² Psychometrisch zeigt sich, dass Ipsative Messungen im Vergleich zu Likert-Skalen reliabler sind: Die differenziertere und präzisere Anordnung reduziert sogenanntes „statistisches Rauschen“.

Starke Belastung

Ich fühle mich von beruhigenden Medikamenten oder Schmerzmitteln abhängig.

Ich fühle mich ständig niedergeschlagen und traurig - seit mindestens 2 Wochen.

Mir fehlt der Schwung und Elan, um mich für etwas aufzuraffen.

Ich habe kein Interesse mehr an meinen täglichen Aktivitäten.

Mir kommen ab und zu Gedanken, mir das Leben zu nehmen.

Ich nehme Beruhigungs- oder Schmerzmittel ein - ohne ärztliche Verordnung.

Geringe Belastung

Weiter

Unterbrechen



Abbildung 7: Screenshot einer Ipsativen Anordnung, wie sie die Patientin bearbeitet. Die Items entsprechen den zuvor als zutreffend ausgewählten Ich-Aussagen und werden gemäß der vom Patienten empfundenen Belastung (stark – weniger stark) angeordnet.

Höher Schweregrad

Innere Unruhe

Früherwachen

Entschlussunfähigkeit

Depressive Stimmung

Interessenverlust

Mittlerer Schweregrad

Misserfolg Reduktion Med. A

Energieverlust

Geringer Schweregrad

Suizidalität

Selbstmedikation

Symptome zurücksetzen

Zurück zur Erfassung

Interview abschließen



Abbildung 8: Screenshot einer Ipsativen Anordnung, wie sie der Diagnostiker bearbeitet. Die Anordnung der Patientin wird als Ausgangslage übernommen, wobei der Diagnostiker anstelle der Ich-Aussagen die entsprechenden Fachbegriffe angezeigt bekommt. Zusätzliche Symptome, die der Diagnostiker während des Interviews hinzu gewählt hat, platziert er in die bestehende Anordnung. Diese kann er ebenfalls verändern, indem er auf die Schloss-Symbole klickt und die Items einzeln bewegt. Der Gesamtschweregrad lässt sich durch das Verschieben der grauen Balken an der vertikalen Achse auf- oder abwerten.

7. Symptomkarte

Das Ergebnis eines diagnostischen Prozesses wird üblicherweise in Form eines ICD-Codes festgehalten. Ein solcher Code (z.B. F32.1) steht stellvertretend für eine bestimmte Kategorie (z.B. mittelgradige depressive Episode), wobei man annimmt, dass in dieser Kategorie eine bestimmte Patientengruppe mit ähnlichen Symptomen zusammengefasst werden kann, die möglicherweise sogar an derselben Grundkrankheit leidet. Die klinische Alltagserfahrung lehrt jedoch, dass vor allem letzteres längst nicht immer der Fall ist. So kann beispielsweise eine depressive Symptomatik durchaus die Folgeerscheinung von ganz verschiedenen psychischen, psychosozialen, aber auch rein körperlichen Dysfunktionen sein. Diesem Umstand wird grundsätzlich zu wenig Rechnung getragen, wenn einem Patienten einfach nur ein einzelner Code zugewiesen wird. Zu groß ist dann die Gefahr, dass wichtige Komorbiditäten, vielleicht sogar ursächliche Störungen, übersehen werden.

Damit der diagnostische Prozess nicht vorschnell in die Banalität kategorialen Schubladendenkens verfällt, ist eine symptomorientierte Befunderhebung unerlässlich. Denn nur eine möglichst unvoreingenommene Protokollierung aller vorhandenen Beschwerden führt letztlich zu einem ausgewogenen Gesamtbild des Patienten. Die Symptomkarten von Klenico sind genau auf diese Anforderungen ausgerichtet: Alle Informationen aus der diagnostischen Erhebung werden auf intuitiv verständliche Weise dargestellt. So erhalten Sie als Therapeutin einen reichhaltigen und visuell aufbereiteten Befund über alle relevanten Störungsbilder hinweg. Dies ermöglicht Ihnen nicht nur die Ableitung einer ICD-10-Diagnose, sondern gleichzeitig auch das Ausschließen von anderen Störungen (was genauso relevant sein kann, wie das Bestimmen der Störung selbst).

Die Struktur einer Symptomkarte ist grundsätzlich so aufgebaut, dass die Distanzen zwischen den einzelnen Symptompunkten jeweils den Kovarianzen entsprechen, d.h. der Häufigkeit, mit der die Symptome gemeinsam auftreten. Symptome mit hohen Kovarianzen liegen also nahe zusammen, während umgekehrt Symptome, die selten gemeinsam auftreten, weiter auseinander liegen (vgl. Abbildung 9).³ Auf diese Weise entstehen auf der Basis von empirischen Daten Cluster, also dichter zusammenliegende Merkmalspunkte. Im Kontext der psychiatrischen Diagnostik werden solche Cluster als Syndrome bezeichnet. Syndrome setzen sich wiederum zu Störungsbildern oder ganzen Störungsbereichen zusammen. Ein Beispiel dafür ist der Bereich der Depression (vgl. Abbildung 10). In der Mitte ist hier ein Cluster depressiver Kernsymptomatik zu finden (Depressive Stimmung, Energie- und Interesseverlust, etc.), während sich in der Peripherie mehrere, thematisch abgrenzbare Cluster ergeben.

Die Grundstruktur der Symptomkarte wird anhand einer Stichprobe berechnet⁴ und bleibt für alle Patienten dieselbe. Das Klenico-System überträgt die individuelle Symptomausprägung eines bestimmten Patienten anhand eines intuitiv verständlichen Farbschemas. Sobald Sie also mit der Grundstruktur der Symptomkarte vertraut sind, können Sie die individuellen Beschwerden rasch und intuitiv erfassen.

„Auf den Symptomkarten von Klenico werden alle Informationen aus der diagnostischen Erhebung intuitiv verständlich dargestellt.“

³ Hinter diesem Prinzip steht ein spezieller mathematischer Algorithmus aus dem Bereich der Nonmetrischen Multidimensionalen Skalierung (NMDS).

⁴ Die aktuell zur Verfügung stehenden Symptomkarten basieren aber noch nicht auf empirischen Daten und sind als hypothetische Karten zu verstehen.

Auf der Gesamtkarte (Abbildung 11) sind die einzelnen Störungsbereiche als elliptische oder kreisförmige Flächen eingetragen. Die Anordnung wurde bislang aufgrund von theoretischen Überlegungen vorgenommen, denen jedoch das gleiche Grundprinzip zugrunde liegt, wie der Binnenstruktur innerhalb der Störungsbereiche: Je häufiger die Störungsbereiche gemeinsam auftreten, desto näher liegen sie beieinander. Auf diese Weise entstand eine cluster-basierte „Landschaft psychischer Erkrankungen“. Am rechten Rand sind Störungen zu finden, von denen man heute annimmt, dass ihre Ätiologie eine starke genetisch-biologische Komponente aufweist (z.B. Psychosen, Demenzen, Autismus und Manie als Charakteristikum der Bipolaren Störung).

Weiter links sind dagegen Störungen zu finden, denen vermutlich eher ein Adaptations- oder Lernvorgang zugrunde liegt.

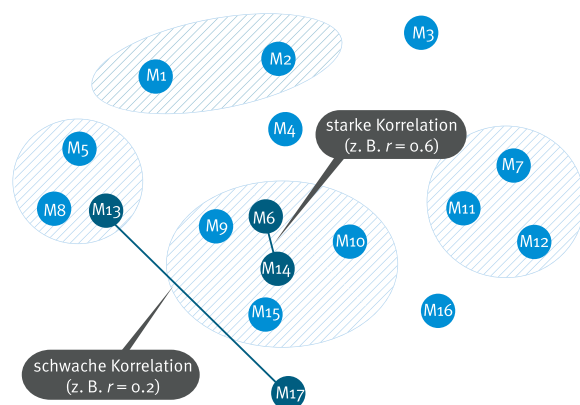


Abbildung 9: Das Anordnungsprinzip von Merkmalen in einer Symptomkarte. Die Distanzen entsprechen den Stärken der jeweiligen Korrelationen.

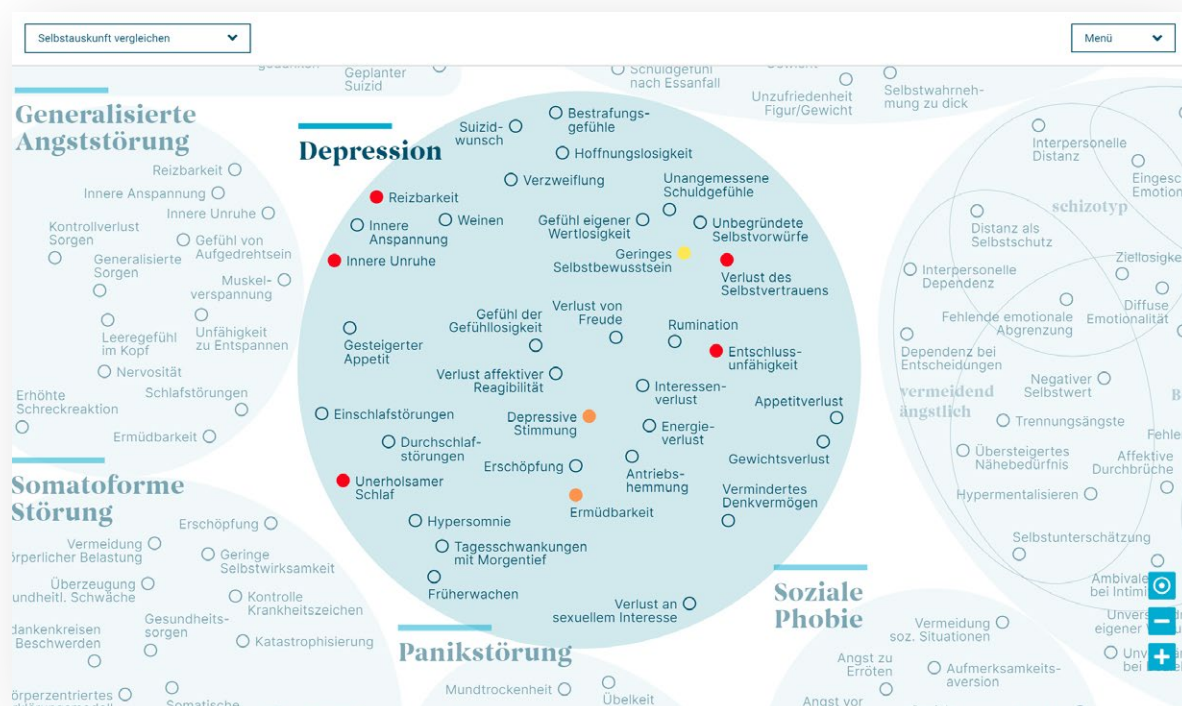


Abbildung 10: Ausschnitt aus der Symptomkarte des Störungsbereichs Depression.

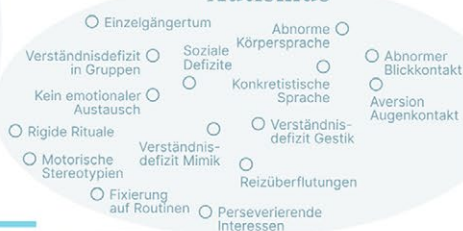


Abbildung 11: Symptomkarte im Überblickmodus.

Zwang



Autismus



ADHS



Persönlichkeitsstörung



Manie



Spezifische Phobie



Abhängigkeit



Psychose



Demenz



8. Interpretation der Symptomkarte

Die Klenico-Symptomkarte umfasst alle auf S. 11 aufgeführten Störungsbereiche und integriert sämtliche Angaben, die im Selbstauskunftsteil sowie im Diagnostischen Interview erfasst werden. Entsprechend dicht ist der Informationsgehalt einer Symptomkarte. Je länger Sie sich jedoch mit den Symptomkarten beschäftigen, desto einfacher wird es für Sie, die relevante Information herauszulesen. Zu Beginn Ihrer Arbeit mit Klenico sollten Sie insbesondere die folgenden Besonderheiten beachten:

Aus dem Abgleich der Innen- und Außenperspektive (vgl. S. 6) können Sie wertvolle diagnostische Informationen ableiten, beispielsweise über die Krankheitseinsicht eines Patienten. Deshalb werden die Symptomkarte der Selbstauskunft und diejenige des Diagnostischen Interviews im Klenico-System parallel geführt: Die Selbstauskunftskarte beinhaltet nur Informationen, die der Patient im Selbstauskunftsteil protokollierte. Die Expertenkarte basiert zwar auf der Selbstauskunftskarte (sofern eine vollständige Selbstauskunft vorliegt), enthält aber noch eine Reihe zusätzlicher Symptome (vgl. S. 9: Erhebungsvarianten 4 und 5, die nicht der direkten Selbstauskunft zugänglich sind). Im Einzelfall kann die Symptomausprägung der beiden Karten deutlich voneinander abweichen (Abbildung 12). Schließlich wird zu jedem Störungsbereich, in dem der Patient eine Symptomatik aufweist, der ausgewählte Verlaufstyp angezeigt (vgl. S. 14).

Manche Symptome weisen inhaltliche Subspezifikationen auf (vgl. Erhebungsvariante 3, S. 9), die nicht alle gleichzeitig abgebildet werden können. Wenn bei Ihrem Patienten keine dieser Subspezifikationen vorliegt, wird das Symptom mit dem Überbegriff (z.B. „Bizarrer Wahn“) beschriftet. Wenn Sie eine bestimmte Subspezifikation als „vorhanden“ markiert haben, dann wird diese angezeigt (z.B. „Gedankenausbreitung“). Wenn mehrere Subspezifikationen gleichzeitig vorliegen, wird diejenige angezeigt, die Sie in der Ipsativen Anordnung (vgl. S. 16) zuoberst platziert haben. Abbildung 13 stellt dieses Funktionsprinzip schematisch dar.

Eine große Stärke des Klenico-Systems ist die visuelle Darstellung von Symptomveränderungen zwischen zwei Zeitpunkten mit sogenannten Veränderungskarten. Dazu müssen mindestens zwei vollständige Erhebungen vorliegen, beispielsweise zu Beginn und zum Ende einer Therapie. Das Klenico-System berechnet dann für jeden einzelnen Symptompunkt die Differenz zwischen den beiden Ausprägungsgraden. Wenn ein Symptom zum zweiten Erhebungszeitpunkt weniger stark ausgeprägt ist, wird dieses in der Veränderungskarte im Sinne einer positiven Veränderung (Symptomrückgang) durch einen grünen „Halbmond“ hinterlegt. Eine Verschlechterung, d.h. eine stärkere Ausprägung zum zweiten Zeitpunkt, wird dagegen rot markiert (vgl. Abbildung 14). Auf diese Weise wird ein Therapieerfolg auf einen Blick sichtbar.

Ein besonderes Augenmerk erfordern die sog. Symptom-Indikatoren (vgl. Erhebungsvariante 5, S. 9): Zu einigen Symptomen kann der Patient zwar sehr wohl eine wichtige Auskunft geben, diese allein reicht aber nicht aus, um das Vorliegen des Symptoms zu beurteilen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn die Aussage des Patienten in seinem Lebenskontext interpretiert werden muss (z.B. „Ich habe den Eindruck, dass ich verfolgt werde.“). Solche Symptom-Indikatoren werden in der Selbstauskunftskarte als vollwertige „zutreffende“ Symptome eingetragen, und damit der subjektive Charakter dieser Kartenvariante betont. Gleichzeitig werden die Symptom-Indikatoren im Diagnostischen Interview als unbedingt abzuklärende Symptome markiert (Abbildung 15). Hier sind Sie also besonders gefordert, die Selbstauskunft des Patienten kritisch zu überprüfen (Abbildung 16).



Abbildung 12: Die als Expertenkarte abgebildete Außenperspektive (rechts) kann in Bereichen, wo die Selbstwahrnehmung beeinträchtigt ist, deutlich mehr Symptome aufweisen.

Schließlich stellt sich die Frage, wie aus einer Symptomkarte eine ICD-Diagnose abgeleitet werden kann. Grundsätzlich gibt es hier zwei Herangehensweisen:

- Symptomkarten bieten Ihnen die Möglichkeit, rasch einen globalen Gesamteindruck von den Beschwerden einer Patientin zu gewinnen. Diesen Überblick können Sie nutzen, um eine grobe diagnostische Zuordnung vorzunehmen, sofern dies erforderlich sein sollte. Bitte bedenken Sie hierbei, dass die Symptomerfassung durch das Klenico-System grundsätzlich eher sensitiv und niederschwellig konzipiert ist. Deshalb rechtfertigen vereinzelt vorliegende Symptome in einem Bereich noch nicht unbedingt eine Diagnose.

- Eine differenzierte Diagnosestellung erhalten Sie über den Abgleich der einzelnen Symptome mit den diagnostischen Kriterien der ICD-10 (bzw. des DSM-5). Die Symptome wurden aus beiden Manualen zusammengetragen und teilweise noch durch Expertenmeinungen ergänzt. Wenn Sie nur nach ICD-10 diagnostizieren, achten Sie bitte darauf, welche vorliegenden Symptome tatsächlich zur Erfüllung der Kriterien herangezogen werden können. Außerdem sollten Sie gegenseitigen Ausschlusskriterien der jeweiligen Störungskategorien nicht vergessen: Gewisse Diagnosen dürfen bekanntlich nicht vergeben werden, wenn die Kriterien für eine andere Störung erfüllt sind. Hier geben die diagnostischen Verzeichnisse klare Prioritäten vor, die es insbesondere im Fall von Komorbiditäten zu berücksichtigen gilt.

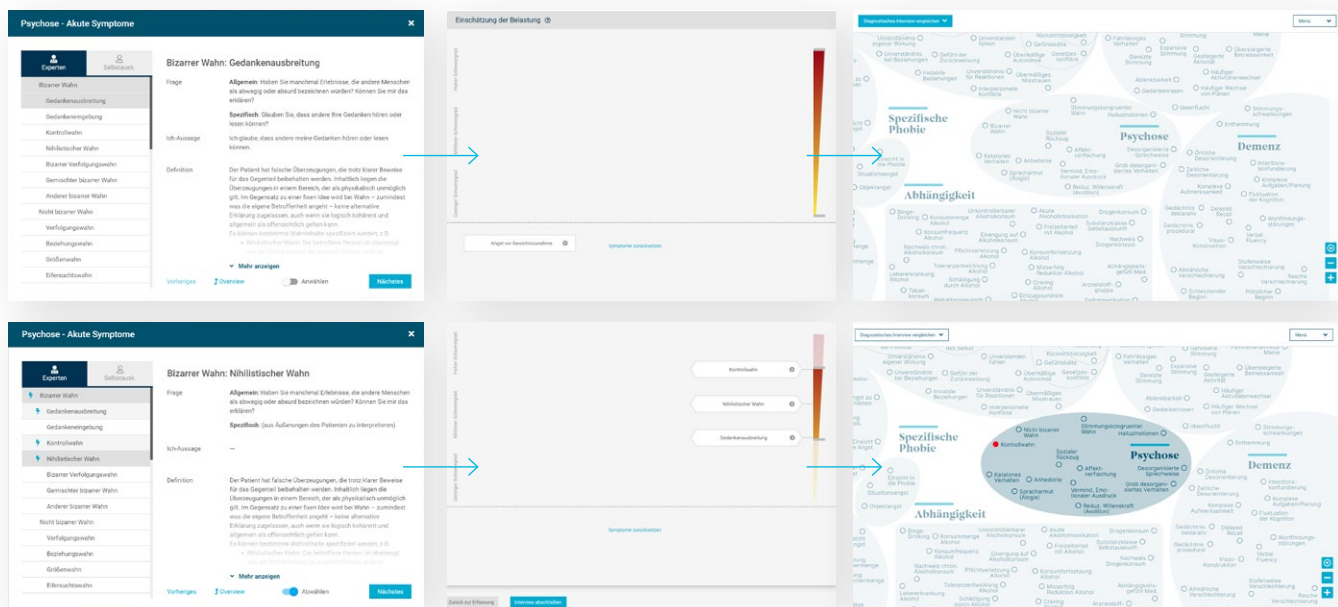


Abbildung 13: Funktionsweise der Priorisierung von Subspezifikationen. Wenn keine Subspezifikationen angewählt wurden, erscheint in der Symptomkarte der übergeordnete Symptombegriff (z.B. Bizarren Wahn; obere Reihe). Wenn mehrere Subspezifikationen angewählt wurden, wird in der Symptomkarte diejenige angezeigt, welche den höchsten Ausprägungsgrad aufweist (untere Reihe).

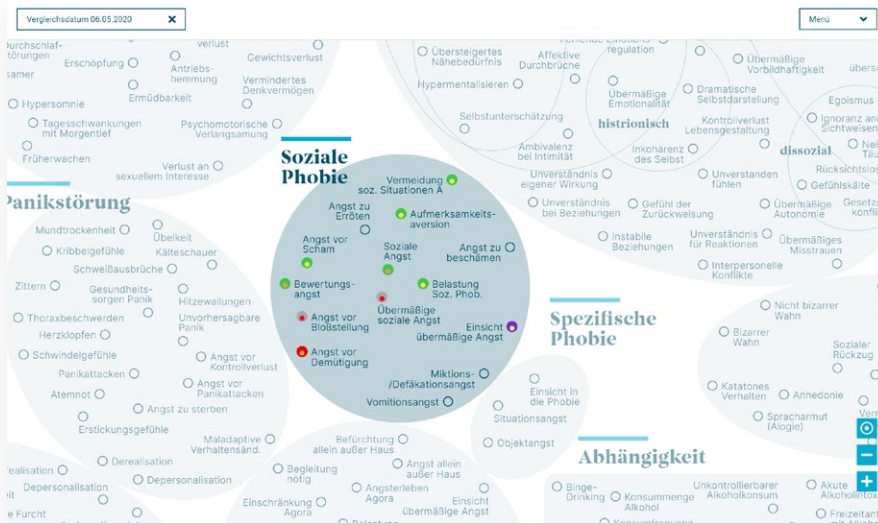


Abbildung 14: Veränderungskarte. Die grünen „Halbmonde“ zeigen an, welche Symptome beim zweiten Erhebungszeitpunkt weniger ausgeprägt sind. Markierung der Symptom-Indikatoren im Diagnostischen Interview.

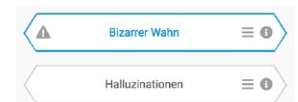


Abbildung 15: Markierung der Symptom-Indikatoren im Diagnostischen Interview.

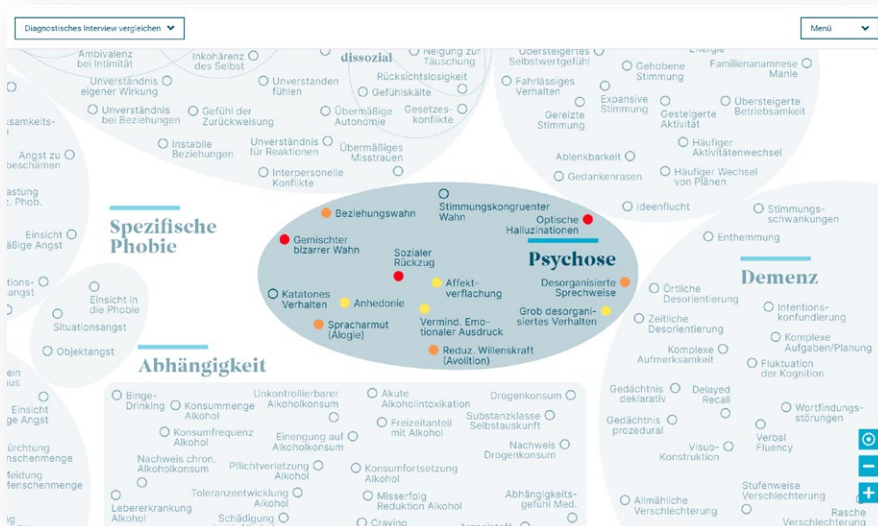


Abbildung 16: Im Bereich der Psychosen ist die Überprüfung der Selbstauskunft besonders wichtig.

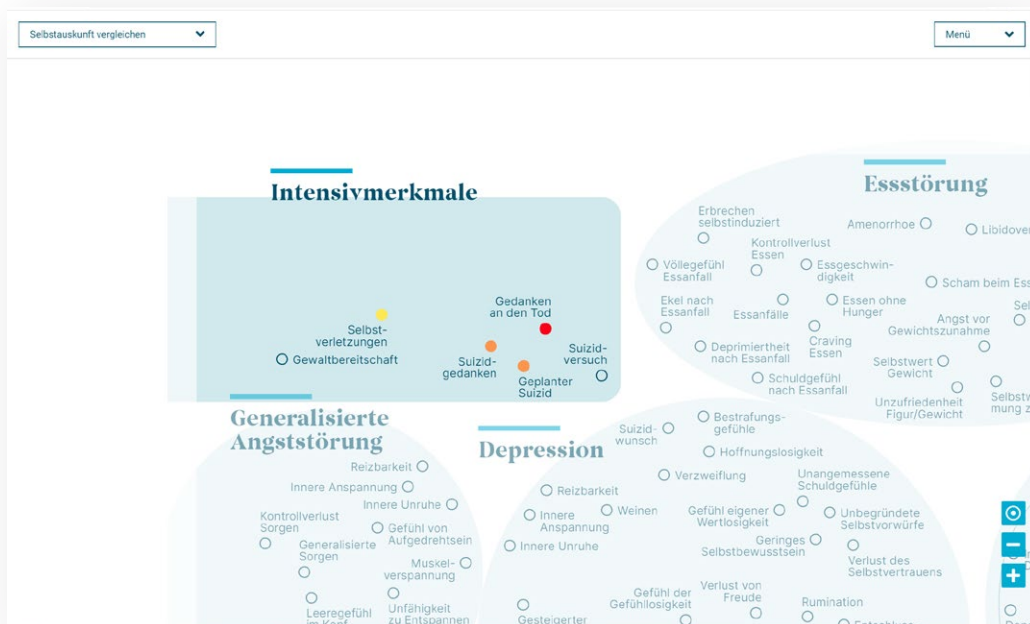
9. Spezialbereiche in der Symptomkarte

In einer Klenico-Symptomkarte hat nicht nur die Anordnung verschiedener Symptompunkte zueinander, sondern auch die Struktur der verschiedenen Cluster eine inhaltliche Bedeutung: Benachbarte Cluster entsprechen häufigen „Komorbiditäten“ bei Patientinnen, was bei weiter entfernten Clustern seltener der Fall ist. In diese „Landschaft psychischer Erkrankungen“, werden die aktuellen und anamnestischen Beschwerden eines individuellen Patientinnen eingetragen. Dabei gibt es vier Bereiche, die bestimmte Besonderheiten aufweisen:

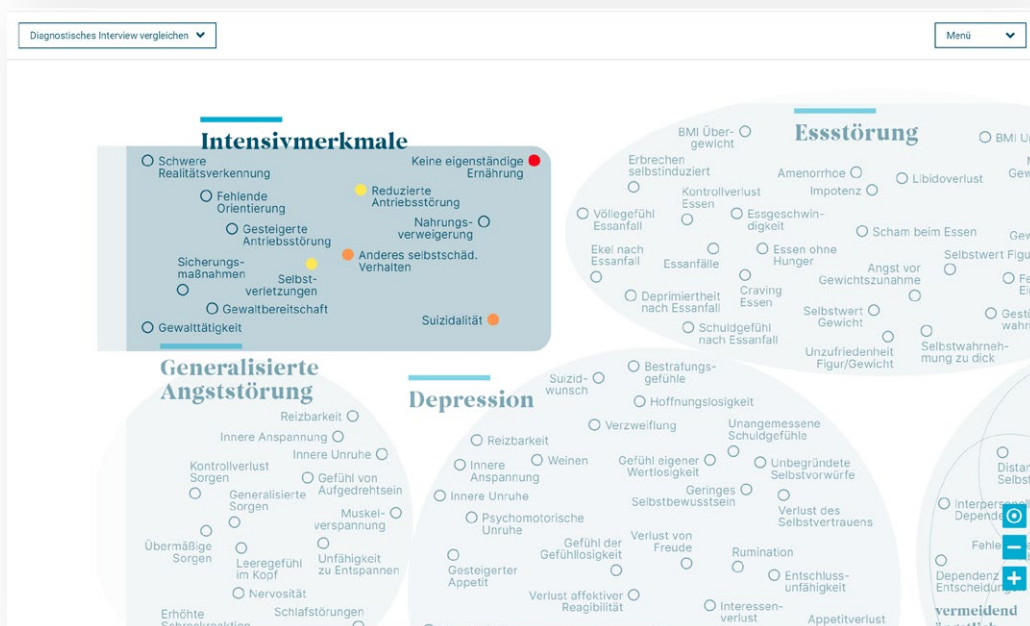
Intensivmerkmale: Hierbei geht es um Merkmale, die therapeutisch ein besonderes Augenmerk erfordern (z.B. Selbst- oder Fremdgefährdung, Sicherungsmaßnahmen, etc.), die grundsätzlich aber bei einer Vielzahl von Störungen auftreten können. Deshalb ist dieses Cluster etwas gesondert angeordnet. Die Aufteilung der Intensivmerkmale sowie deren Beschreibungen wurden dem deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS 2017) entnommen. Suizidalität gehört ebenfalls in diesen Bereich und wird in der Selbstauskunft der Patientin (im adaptiven Explorationsteil) in vier Eskalationsstufen ermittelt (Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, frühere Suizidversuche, konkrete Suizidpläne). Wenn die Patientin eines oder mehrere der entsprechenden Items als „zutreffend“ markiert, wird Ihnen dies im Diagnostischen Interview einheitlich als „Suizidalität“ (Symptom-Indikator, vgl. S. 9) angezeigt. Sie werden damit aufgefordert, die entsprechende Eskalationsstufe nochmals genau abzufragen.

Abhängigkeiten: In der ICD-10 und im DSM-5 sind jeweils 10 Substanzklassen aufgeführt, die mit psychischen oder mit körperlichen Abhängigkeiten einhergehen können. Dabei weisen die diagnostischen Kriterien für die verschiedenen Substanzen inhaltlich weitgehende Parallelen auf und sind (bis auf die Substanzbezeichnungen) fast identisch formuliert. Im Klenico-System sind die verschiedenen Substanzklassen dagegen in vier Kategorien eingeteilt (Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak). Auf der Symptomkarte sind die Abhängigkeiten – wie auch die Intensivmerkmale – etwas gesondert platziert, weil Abhängigkeiten ebenfalls mit einer Reihe anderer Störungen auftreten können. Um den Bereich auf der Symptomkarte übersichtlich zu gestalten, werden gewisse Symptompunkte von den vier Substanzkategorien „geteilt“: Die Beschriftung dieser Symptome wechselt entsprechend der betroffenen Kategorie (z.B. „Craving Alkohol“ vs. „Craving Drogen“; vgl. Abbildung 18). Dieses Prinzip widerspiegelt im Grunde also die parallelen Formulierungen der diagnostischen Kriterien. Für Sie als Diagnostiker ist es wichtig zu wissen, dass bei einem Patienten mit multipler Abhängigkeit jeweils nur das Symptom mit der stärksten Belastung angezeigt wird.

Persönlichkeitsstörungen: In der ICD-10 und im Hauptteil des DSM-5 sind 10 bzw. 12 Persönlichkeitsstörungen als Prototypen beschrieben. Sowohl der prototypische Ansatz an sich als auch die Formulierung der jeweiligen Kriterien sind wissenschaftlich jedoch sehr umstritten und führen zu gravierenden diagnostischen Ungenauigkeiten. Bereits für das DSM-5 wurde daher in über 10-jähriger Forschungsarbeit ein neues diagnostisches Konzept entwickelt, das in einem ersten Schritt vier Kernmerkmale der Persönlichkeitsfunktionalität erfasst (Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe) und in einem zweiten Schritt sechs verschiedene Persönlichkeitseigenschaften (Traits) identifiziert. Dieses innovative Modell konnte sich in den Schlussverhandlungen des DSM-5 zwar nicht vollständig durchsetzen, widerspiegelt aber dennoch ein grundsätzliches Umdenken, was die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen angeht. Auch im Entstehungsprozess der ICD-11 ist dieses Umdenken zu verfolgen.

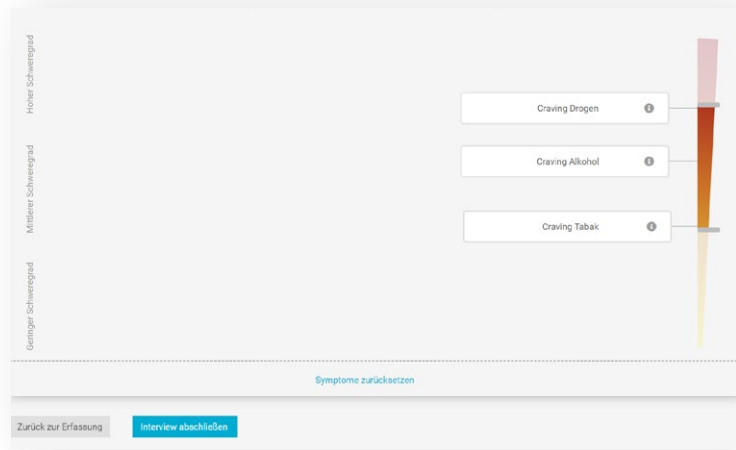


Selbstauskunft



Beurteilung durch den Diagnostiker

Abbildung 17: Die Intensivmerkmale in der Selbstauskunftskarte.



Um die neue Denkweise zu berücksichtigen, orientiert sich Klenico bei der Operationalisierung von Persönlichkeitsstörungen am Kriterium A (Kernmerkmale) des Alternativen DSM-5-Modells. Das soll Ihnen als Diagnostikerin einen Eindruck ermöglichen, ob grundsätzlich eine Persönlichkeitsstörung vorliegen könnte, wobei für die genaue Abklärung spezialisierte und umfangreichere Instrumente herangezogen werden sollten. Gleichzeitig sollen die aus dem Kriterium A abgeleiteten Symptome (bzw. Items) aber auch im Sinne der weiterhin gültigen Prototypen von Persönlichkeitsstörungen interpretiert und abgebildet werden können, um die Kompatibilität mit der aktuellen diagnostischen Praxis zu gewährleisten. Auf der Klenico-Symptomkarte sind deswegen die gängigsten Prototypen eingezeichnet und mit ihren Überschneidungen dargestellt (vgl. Abbildung 19).

Demenzen: Dieser Störungsbereich wird aus Effizienzgründen nur dann der Befragung zugeschaltet, wenn das Alter des Patienten über 55 Jahren liegt. Bei jüngeren Patienten erscheint der Bereich in der Symptomkarte leer. Auch bei Demenzen empfiehlt sich der Einsatz von etablierten Messinstrumenten, wobei die Ergebnisse gut ins Klenico-System übertragen werden können.

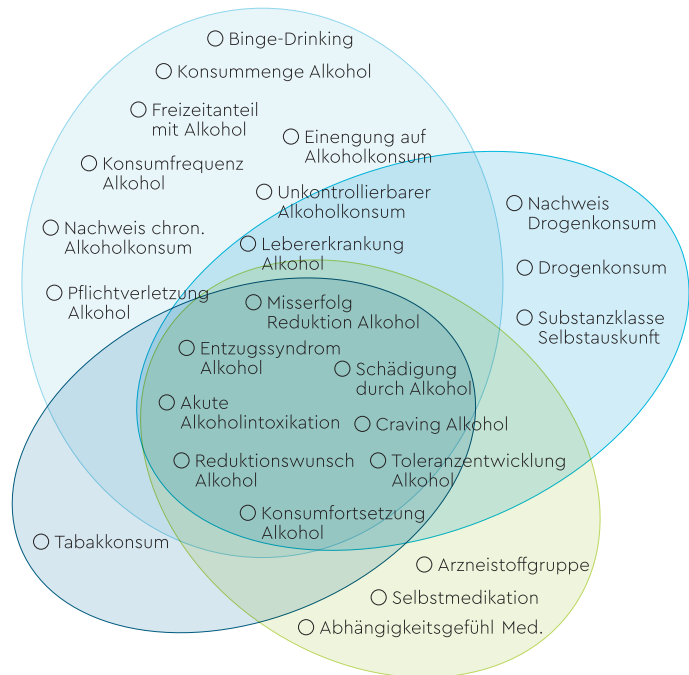
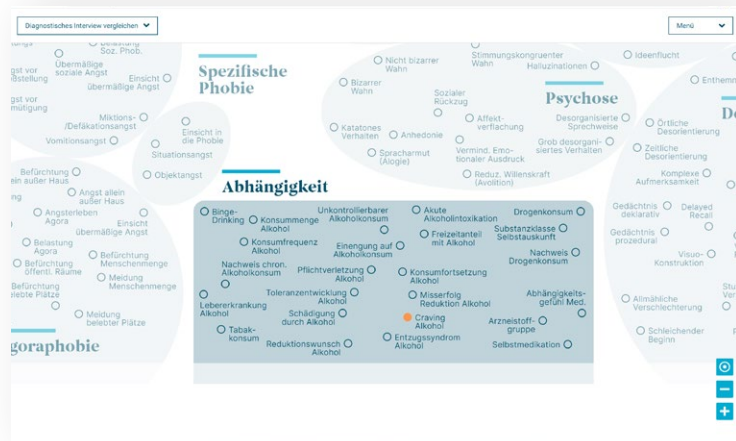


Abbildung 18: Einige Symptompunkte im Bereich der Abhängigkeiten werden von vier verschiedenen Substanzklassen geteilt, was hier durch die Überschneidungen der gestrichelten Linien symbolisiert wird. Die Beschriftungen wechseln je nach Stärke der angegebenen Belastung.

10. Gesamter Ablauf der diagnostischen Erhebung mit Klenico

Das Klenico-System ist darauf ausgelegt, den Patienten ebenso wie den Diagnostiker durch den gesamten Prozess einer deskriptiven Symptomerfassung zu leiten. Die Abfolgen und Verschaltungen zwischen den einzelnen Elementen wurden so konzipiert, dass sie logisch aufeinander aufbauen und immer die vorhandenen Informationen nutzen. Die dadurch entstandene Komplexität bleibt im Hintergrund: Eine klare Abfolge von Selbstauskunft, Symptomkarte, Diagnostischem Interview und Expertenkarte erfordert von den Nutzerinnen keine Übertragung von Informationen: Alles ist dort verfügbar, wo man es braucht. Die nebenstehende schematische Darstellung gibt Ihnen einen Überblick zum standardmäßigen Ablauf der Symptomerhebung.

Schritt 1: Die Selbstauskunft beinhaltet fünf Teile. (Der Patient kann die Erhebung unterbrechen, der erreichte Stand wird jeweils gespeichert.)

1. Allgemeines Screening – akute Symptomatik (5 Bildschirme mit ca. 60 Items)
2. Adaptive Vertiefung je nach Screening-Angaben – akute Symptomatik (max. 550 Items)
3. Schweregrad-Anordnung der ausgewählten Ich-Aussagen – akute Symptomatik
4. Allgemeines Screening – anamnestische Symptomatik (3 Bildschirme mit ca. 30 Items)
5. Adaptive Vertiefung – anamnestische Symptomatik (max. 250 Items)

Schritt 2: Wenn der Patient mindestens die ersten drei Teile der Selbstauskunft vollständig ausgefüllt hat, wird eine Patienten-Symptomkarte erstellt und dem Diagnostiker verfügbar gemacht.

Schritt 3: Die Angaben des Patienten dienen gleichzeitig als Grundlage für das Diagnostische Interview (= Beurteilung durch den Diagnostiker): Alle relevanten Störungsbereiche und alle vom Patienten angegebenen Symptome werden dort entsprechend markiert. Das dient der Diagnostikerin zur Orientierung. In jedem einzelnen Störungsbereich führt das Diagnostische Interview durch folgenden Ablauf:

6. Symptomauswahl – akut
7. (ggf. Symptomauswahl – anamnestisch)
8. Verlaufsbestimmung (nur falls Symptomatik vorhanden)

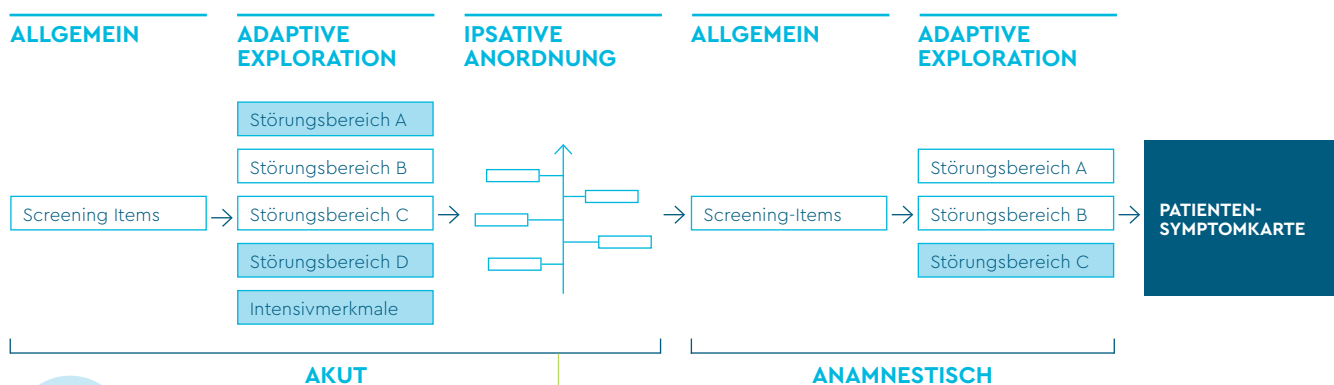
Wenn die Symptomauswahl und die Verlaufsbestimmung abgeschlossen sind, erfolgt der letzte Teil für alle „vorhandenen“ akuten Symptome:

9. Ipsative Anordnung (Schweregradbestimmung) – akut

Schritt 4: Schließlich wird die zweite Variante der Symptomkarte erstellt, die Expertenkarte.



Selbstauskunft (= Innenperspektive)



Beurteilung durch Diagnostiker (= Außenperspektive)

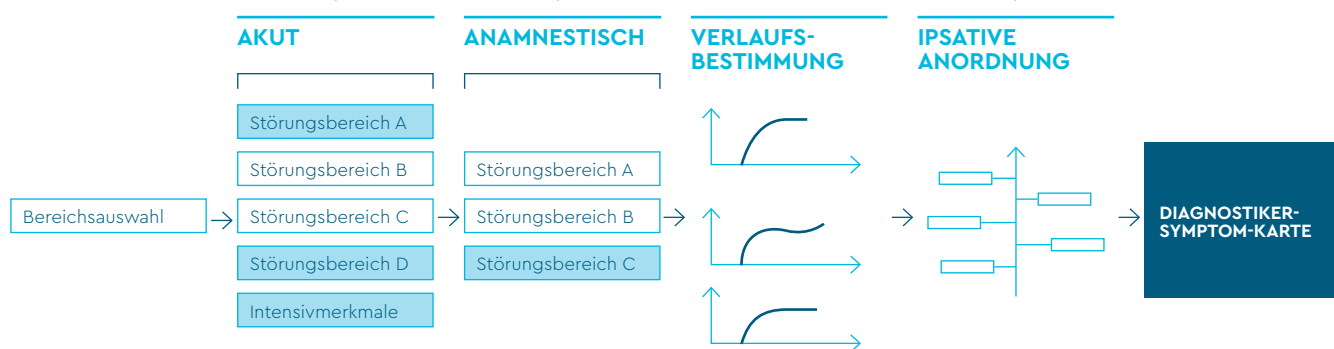


Abbildung 20: Schematisch dargestellter Ablauf der Symptomerfassung mit dem Klenico-System. Die grünen Pfeile zeigen, welche Informationen aus der Selbstauskunft automatisch ins Diagnostische Interview übertragen werden.

11. Symptomkarten und -befunde im klinischen Alltag

Die Klenico-Symptomkarten stellen visuelle Protokolle der erhobenen Symptombefunde dar. Alle verfügbar gemachten Daten werden darin kompakt und übersichtlich abgebildet. Somit eignen sich Symptomkarten für eine ganze Reihe von Einsatzmöglichkeiten im psychiatrischen Alltag:

- ▶ Gewinnen Sie Zeit, indem Sie Ihre Patientinnen die Symptomerfassung so weit wie möglich selbstständig bearbeiten lassen. Das Klenico-System bietet dazu eine methodisch elaborierte, systematische Vorgehensweise.
- ▶ Holen Sie die Selbstauskunft über die Symptome der Patientin schon vor dem Erstgespräch ein. So kommen Sie im Gespräch mit dem Patienten schneller auf die wesentlichen diagnostischen Punkte zu sprechen.
- ▶ Besprechen Sie die Symptomkarten gemeinsam mit Ihren Patientinnen. Damit haben Sie eine etablierte Grundlage, um beispielsweise Differenzen der Innen- und Außenperspektive zu klären.
- ▶ Für Patientinnen ist es oft hilfreich und erleichternd, wenn sie realisieren, dass ihre Beschwerden bekannte psychische Phänomene sind und auch schon bei anderen Personen erfolgreich behandelt wurden.
- ▶ Nutzen Sie die Symptomkarten zur internen Kommunikation in Ihrer Klinik oder Gruppenpraxis. Die Symptombeschwerden einer Patientin werden für das ganze Behandlungsteam schnell und leicht erfassbar.
- ▶ Verwenden Sie die Symptomkarten als systematisches Dokumentationsmaterial zur Kommunikation nach außen, z.B. gegenüber Krankenversicherungen oder bei der Überweisung einer Patientin. In der Übersichtsform oder auch als störungsspezifischer Ausschnitt werten die Karten den Verständigungswert eines schriftlichen Berichts auf.
- ▶ Nutzen Sie Veränderungskarten (vgl. S. 25) zur Visualisierung Ihres Behandlungserfolgs! Dazu benötigen Sie mindestens zwei Erhebungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Therapieverlauf. Wenn die Änderungen in bestimmten Teilbereichen negativ ausfallen (d.h. rot angezeigt werden), eignet sich eine solche Veränderungskarte beispielsweise auch als Argumentationsstütze für einen Antrag auf Therapieverlängerung.

Wenn Symptombefunde, die mit dem Klenico-System erhoben worden sind, vorliegen, ergeben sich nützliche Möglichkeiten, um sich zwischen verschiedenen Klenico-Nutzern auszutauschen. Selbstverständlich werden datenschutzrechtliche Belange dabei in hohem Maße berücksichtigt.

- ▶ Laden Sie einen Kollegen oder die leitende Ärztin ein, sich das Symptombild der Patientin anzuschauen. Bei der Auswahl bestimmen Sie, wer Einsichtsrechte in die Symptomprofile eines Patienten erhält, die Daten dabei aber nicht verändern kann.
- ▶ Übertragen Sie die Bearbeitungsrechte für ein Patientenprofil an einen anderen Therapeuten, wenn Sie die Patientin überweisen. Das kann innerhalb Ihrer eigenen Institution geschehen, aber auch im Austausch mit anderen Kliniken oder mit niedergelassenen Ärztinnen und Therapeuten, die bei Klenico registriert sind.
- ▶ Speichern und archivieren Sie die Datensätze einer Patientin. Zu einem späteren Zeitpunkt – z.B. bei einem Wiedereintritt der Patientin in die Klinik – können die Daten wieder aktiviert werden.



12. Wissenschaftliche Evaluation

Wissenschaftliche Methodik: Das Klenico-System ermöglicht eine symptomorientierte, deskriptive Diagnostik auf der Basis von Symptomkarten. Das Grundprinzip dieser Karten wurde zuvor anhand von umfangreichen AMDP-Datensätzen (>10 000 Patienten) und Datensätzen zu spezifischen Inventaren (wie z.B. BDI, Hamilton oder PANSS) an der Universität Zürich mathematisch entwickelt. Heute wird es auch in der psychiatrischen Grundlagenforschung erkenntnisgewinnend eingesetzt.

Exemplarisch für die Resultate sind die folgenden Publikationen:

- ▶ Läge, D., Egli, S., Möller, H.-J. & Riedel, M. (2012). Exploring the Structure of Psycho-pathological Symptoms – Reconsidering the AMDP Factor-Analytic Syndromes by Combining the Categorical and the Dimensional Perspective. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 227–238.
- ▶ Bühler, J., Keller, F. & Läge, D. (2012). Die Symptomstruktur des BDI-II: Kernsymptome und qualitative Facetten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41, 231–242.
- ▶ Egli, S., Streule, R. & Läge, D. (2008). The Structure-Based Expert Model of the Mental Disorders – a Validation Study. *Psychopathology*, 41, 286–293.
- ▶ Voderholzer, U., Hessler-Kaufmann, J.B., Lustig, L. & Läge, D. (2019). Comparing severity and qualitative facets of depression between eating disorders and depressive disorders: Analysis of routine data. *Journal of Affective Disorders*, 257, 758–764.

Entwicklung der Inhalte auf wissenschaftlicher Basis: Ausführliche Interviews mit insgesamt 18 führenden Psychiatrie-Experten im deutschsprachigen Raum (vgl. Tabelle) gewährleisteten die Korrektheit und die wissenschaftliche Aktualität der Symptomauswahl. Basierend auf ICD-10 und DSM-5 konnten so alle Symptome aus den diagnostischen Kriterien abgeleitet und sorgfältig in die Formulierung von Items umgesetzt werden, unter Berücksichtigung sowohl der Experten-Interviews als auch bereits bestehender, etablierter Erhebungsinstrumente.

Zertifizierung des technischen Systems als Medizinprodukt: Das auf dieser doppelten wissenschaftlichen Basis implementierte Klenico-System ist für die Anforderungen der Praxis gebaut. Es umfasst die folgenden Grundkomponenten:

- ▶ systematische und umfassende Einschätzung aller relevanten Störungsbereiche mit einem implementierten, hocheffizienten Screening-Verfahren
- ▶ Erfassung der Symptomatik über gängige Störungskategorien hinweg
- ▶ übersichtliche, visuelle Darstellung des Symptombefundes beim individuellen Patienten
- ▶ solide Basis für Differenzialdiagnostik auf der Basis von DSM-5 und ICD-10
- ▶ elaborierte Methodik, die es erlaubt, dass vorab $\frac{3}{4}$ aller Symptome ohne Aufwand der Diagnostikerin direkt beim Patienten in Selbstauskunft erhoben werden
- ▶ automatische Protokollierung, sofortige Auswertung und einfache Archivierung der Befunde
- ▶ automatische Berechnung von Symptomveränderungen im Lauf des Therapieprozesses und visuelle Darstellung in Form von übersichtlichen Veränderungskarten

Diese Komponenten wurden im Zuge der Anmeldung des Klenico-Systems als Medizinprodukt im ersten Halbjahr 2019 auf ihre fachliche Korrektheit und technische Sicherheit hin überprüft. Die Schweiz- und EU-weit gültige CE-Zertifizierung liegt seit Juli 2019 vor.

Beständige empirische Validierung: Zusätzlich durchläuft das Klenico-Verfahren einen weiteren, kontinuierlichen Evaluierungsprozess, bei dem die verwendeten Item-Formulierungen sowie die Struktur der Störungsbereiche in der Symptomkarte empirisch überprüft werden. In diesem Prozess stehen im Zentrum:

- ▶ systematischer Abgleich zwischen den diagnostischen Kriterien von DSM-5 und ICD-10, so dass Klenico beides abzudecken in der Lage ist
- ▶ Review der Items und der Symptomauswahl durch die jeweiligen Experten
- ▶ Durchführung der Multicenter-Studie zur Erfassung von zusätzlichen Datensätzen bei Patienten in psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen
- ▶ Datenanalyse zur Überprüfung der Items auf Störungsbereichsebene (Vergleich mit parallel erhobenen und bereits evaluierten Erhebungsinstrumenten), Überprüfung der Screening-Items und Validierung der Symptomkarten-Struktur aufgrund der empirischen Daten
- ▶ Erhebung bei einer gesunden Vergleichsstichprobe zur Berechnung von Normtabellen (= Schweregrad-Normierung oder sog. „Parametrisierung“) für die einzelnen Störungsbereiche
- ▶ Publikation der Ergebnisse in Fachzeitschriften mit wissenschaftlichem Peer-Review
- ▶ Anpassung an ICD-11, insbesondere in den sich fundamental ändernden Bereichen PTBS, Persönlichkeitsstörungen und Süchte

Einschätzung und Empfehlung: Aufgrund der engen inhaltlichen Anlehnung an die diagnostischen Kriterien aus DSM-5 und ICD-10 kann das Klenico-System zu diagnostischen Zwecken verwendet werden. Die bei einem Patienten erfassten Selbstaussagen sollten – wie immer bei Selbstaussagen in der Psychopathologie – allerdings nur als diagnostische Hinweise dienen: Eine definitive Diagnose bedarf stets der Einschätzung einer Fachperson. Für komplexe Störungsbilder (z.B. ADHS, Autismus, Demenz oder Persönlichkeitsstörungen) kann Klenico lediglich diagnostische Anhaltspunkte liefern, so dass eine weiterführende Exploration mit Spezialinventaren nicht ersetzt werden kann.

Klenico-Experten

18 führende Experten der deutschsprachigen Psychiatrie haben für ihre jeweiligen Spezialgebiete dazu beigetragen, aus den beiden diagnostischen Verzeichnissen DSM-5 und ICD-10 die einzelnen Symptome sorgfältig abzuleiten. Einige dieser Experten arbeiten aktiv an der Entwicklung der neuen ICD-11 mit, so dass die neuesten Konzepte in der Struktur der Symptomkarte enthalten sind. Die ausformulierten 612 Items sowie die Struktur der Symptomkarte wurden den Experten zum Review vorgelegt und entsprechend angepasst.

STÖRUNGSBEREICH	ITEM-REVIEW DURCH	BERUF	ANSTELLUNG
1 Psychosen	Assoz.-Prof. Dr. Alex Hofer	Psychiater	Medizinische Universität Innsbruck
2 Persönlichkeitsstörungen	Prof. Dr. Sabine C. Herpertz	Psychiaterin	Klinik für Allg. Psychiatrie Heidelberg
3 ADHS	N.N.		
4 Autismus	Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst	Psychiater	Universitätsklinik Freiburg
5 Manie	N.N.		
6 Depression	Prof. Dr. Martin Hautzinger	Psychologe	Universität Tübingen
7 Somatoforme Störungen	Prof. Dr. Peter Henningsen	Psychiater	TU München
8 Zwänge	Prof. Dr. Ulrich Voderholzer	Psychiater	Schön Klinik Roseneck, Prien a. Chiemsee
9 Panikstörung	Prof. Dr. Borwin Bandelow	Psychiater	Universitätsmedizin Göttingen
10 Agoraphobie			
11 Soziale Phobie			
12 Spezifische Phobien			
13 Gen. Angststörung			
14 Alkoholabhängigkeit	Prof. Dr. Karl Mann	Psychiater	(Emeritus)
15 Drogenabhängigkeit			
16 Medikamentenabhängigkeit			
17 Tabakabhängigkeit			
18 Essstörungen	Prof. Dr. Ulrich Voderholzer	Psychiater	Schön Klinik Roseneck, Prien a. Chiemsee
19 Belastungsstörungen	Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker	Psychologe/ Psychiater	Universität Zürich
20 Demenzen	Prof. Dr. Johann Förstl	Psychiater	TU München
21 Intensivmerkmale	N.N.		

Beratung in weiteren Expertisebereichen

Diagnostik in der klinischen Versorgung	Prof. Dr. Mathias Berger	Psychiater	Universitätsklinikum Freiburg
Psychosen/Schizophrenie	Prof. Dr. Wolfgang Fleischhacker	Psychiater	Med. Universität Innsbruck
Qualitätsentwicklung/ Patientenbeteiligung/ Komorbidität	Prof. Dr. Dr. Martin Härter	Psychologe/ Psychiater	Universität Hamburg
Depression	Prof. Dr. Ulrich Hegerl	Psychiater	Universitätsklinikum Leipzig
Schizophrenie/ allg. Symptomerfassung	Prof. Dr. Wolfgang Maier	Psychiater	Universitätsklinikum Bonn
Allg. Item-Formulierung	Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz	Psychologe	Universität Basel
Diagnostiksysteme	Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen	Psychologe	TU Dresden
neue diagnostische Ansätze zu Persönlichkeitsstörungen	Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Psychologe	Psychologische Hochschule Berlin

13. Datensicherheit

Gesundheitsdaten gehören zu den besonders schützenswerten Daten. Aus diesem Grunde hat Klenico höchste Sicherheitsansprüche und erfüllt sämtliche Bestimmungen des Schweizer Datenschutzgesetzes (DSV) sowie der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Die Speicherung der Daten erfolgt in zwei getrennten Datenbanken:

- ▶ Gesundheitsdaten umfassen alle Angaben zu den vorhandenen und nicht vorhandenen Symptomen sowie die Diagnoseschlüssel nach ICD und DSM.
- ▶ Abrechnungsbezogene Daten beinhalten den Vor- und Nachnamen, das Geburtsdatum, die eingetragene E-Mail-Adresse, das Eintrittsdatum sowie die von der Klinik verteilten Patientennummern.

Durch die Aufsplittung der Datensätze ist es sowohl für die Mitarbeiter der Klenico AG als auch für unbeteiligte Dritte unmöglich, Rückschlüsse auf Personen und deren Erkrankungen zu ziehen. Einzig die fallführende Ärztin einer bestimmten Klinik verfügt über den Schlüssel, die Daten zusammen führen zu können. Dazu ist eine Anmeldung mit einer 2-Faktoren Authentifikation über Passwort und mTAN-Code im Klenico-Account notwendig.

Die Datenübertragung erfolgt ausschließlich über SSL-Verschlüsselung, wodurch die Daten im Fall eines Abfangens unlesbar werden. Die Speicherung der Daten erfolgt bei lokalen Hosting-Firmen, die ISO 27001 zertifiziert sind und über eine stets hochmodern gehaltene IT-Infrastruktur verfügen. Die Datacenter sind mit Sicherheitssystemen in Bezug auf Datenraub, Bränden oder Wasserschäden ausgestattet. Den Hosting-Firmen ist es aufgrund der Sicherheitsarchitektur nicht möglich, die zusätzlich nochmals verschlüsselten personenbezogenen Daten mit Gesundheitsdaten zusammen zu führen.

Das Klenico-System hat seit Juli 2019 die CE-Zertifizierung als Medizinprodukt. Alle oben genannten Sicherheitsaspekte sind dabei detailliert berücksichtigt.



14. Warum Klenico?

Weltweit nehmen psychische Erkrankungen zu: Jede 3. Krankschreibung erfolgt aus psychischen Gründen. Dies droht zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu führen. Krankenkassen und Gesundheitsbehörden suchen nach Möglichkeiten dem entgegen zu wirken.

Ärzte und Psychologinnen möchten ihren Patienten so gut wie möglich helfen. Dazu müssen sie die individuelle Erkrankung verstehen. Drei Viertel der Symptome kann man nicht direkt sehen, sondern sich nur von Patienten berichten lassen.

Bei psychischen Erkrankungen geht es um den ganzen Menschen. Man sollte im Gespräch mit dem Patienten systematisch alle Bereiche psychischer Erkrankungen ansprechen. Heute sind Dutzende Störungsbereiche mit Hunderten miteinander verwobenen Symptomen bekannt. Deshalb ist eine umfassende Diagnostik unter Zeit- und Kostenaspekten heute kaum zu bewältigen. Ärzte stehen vor der Herausforderung eine Diagnose zu stellen und gleichzeitig zügig mit der Therapie zu beginnen.

Das Problem verschärft sich, da Psychiaterinnen und Psychotherapeuten über qualitativ hochwertige spezialisierte Ausbildungen verfügen. Sie ermöglichen ihnen eine effektive Behandlung unterschiedlicher Typen von psychischen Erkrankungen. Deshalb ist es wichtig, dass Patienten von Anfang an einer passenden Spezialistin zugewiesen werden. So ist die Behandlung effizient und effektiv und einer drohenden Kostenexplosion wird entgegengewirkt.

**Das Klenico-System liefert
visuelle Befunde, die auf nur einen
Blick Erkenntnisse vermitteln**

**Es deckt alle Störungsbereiche
der Psychiatrie ab**

**Es basiert auf den weltweiten
Standards DSM und ICD und
bildet diese ab**



Klenico AG
Technoparkstr. 1
CH-8005 Zürich
T +41 44 533 13 90
E info@klenico.com

[KLENICO.COM](https://klenico.com)