

Presting, Günter / Witte-Lakemann, Gabriele / Höger, Christoph und
Rothenberger, Aribert

**Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus
einer multizentrischen Untersuchung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 1, S. 9-15

urn:nbn:de:bsz-psydok-37738

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach)	23
--	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--	--

trolliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenil Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILLOCK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankter Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung¹

Günter Presting, Gabriele Witte-Lakemann, Christoph Höger und Aribert Rothenberger

Zusammenfassung

Es wird die Notwendigkeit einer koordinierten multizentrischen Dokumentation zur Qualitätssicherung begründet. Basierend auf den Erfahrungen mit einer Patientendokumentation, an der ein Jahr lang 13 kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken der Bundesländer Niedersachsen und Bremen beteiligt waren, werden Probleme mit einem Dokumentationssystem dargestellt und diskutiert. Abschließend werden Empfehlungen für die Durchführung derartiger Untersuchungen, die im Rahmen von Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zukünftig vermehrt von Bedeutung sind, gegeben.

1 Qualitätssicherung auf Länderebene

Die Notwendigkeit einer auf die Diagnose und Behandlung des einzelnen Patienten bezogenen Erfassung von sozialen, psychopathologischen, kognitiven und somatischen Angaben in der stationären und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist evident. Das betrifft grundsätzlich die Dokumentationspflicht ärztlicher Leistungen. Eine systematische datenverarbeitungsgerechte Erfassung von Patientendaten ist zudem Voraussetzung für die Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen. Zukünftig wird einem Dokumentationssystem im Rahmen der Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen, wie sie seit kurzem durch den Gesetzgeber (§ 137 SGB V) vorgeschrieben ist, eine zentrale Aufgabe zukommen. Wichtig ist dabei die Vergleichbarkeit von Qualitätsparametern; wobei zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterschieden wird. Strukturelle Merkmale beziehen sich zum einen auf regionale psychosoziale Versorgungssysteme wie etwa ‚Gemeindenähe‘ (Psychiatrie-Enquete 1975), zum anderen auf die personelle Ausstattung einzelner Einrichtungen. Hierfür können aus der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) Standards abgeleitet werden (vgl. ROTHHAUS 1993, JUNGSMANN 1994). Die Diskussion um Qualitätsstandards für die Behandlung (Prozeßqualität) hat inzwischen auch in Deutschland begonnen (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1993), nachdem in den USA erste Schritte in diese Richtung unternommen wurden (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1991, 1992). Hinsichtlich der Ergebnisqualität geht

es neben der Effektivität (GRAHAM 1993) um die Kosten-Nutzen-Relation therapeutischer Maßnahmen. In diesem Zusammenhang wird es auch – wie schon in den USA (vgl. GOLD et al. 1993) – eine Diskussion um Verweildauern geben. Grundvoraussetzung für wissenschaftliche Untersuchungen und Erhebungen im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen ist eine weitgehend standardisierte Erfassung von personen-, diagnose- und behandlungsbezogenen Patientendaten mit denselben Instrumenten, um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten.

Im Bereich kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsforschung ist bisher noch keine Untersuchung an mehreren Einrichtungen gleichzeitig durchgeführt worden. Es liegt lediglich eine vergleichende Studie zur Inanspruchnahme der Universitätskliniken in Berlin, Mannheim und Zürich von CORBOZ et al. (1983) vor. Dort wurden ähnliche Dokumentationssysteme verwendet, so daß diagnostische Zuordnungen nach dem Multitaxialen Klassifikationsschema nach Rutter, Shaffer und Sturge (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1977, 1986) und Angaben zur Symptomatik verglichen werden konnten. Eine Forderung für die Zukunft muß aber sein, daß die o.g. Qualitätsparameter zumindest in einer gut überschaubaren und versorgungsmäßig integrierten Region (z.B. Bundesländer) an allen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gleichermaßen erfaßt und bewertet werden. Dies zu erreichen, macht erforderlich, daß sich auch nicht-universitäre Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Forschungsprojekten beteiligen. Dafür spricht, daß es z.B. kaum veröffentlichte Daten zu Inanspruchnahmepopulationen der etwa 90 bundesdeutschen Einrichtungen (ca. 80%), die nicht an Hochschulen angesiedelt sind, gibt².

Dies war entscheidend dafür, an den 13 Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bundesländer Niedersachsen und Bremen eine versorgungsepidemiologische Untersuchung durchzuführen, bei der 1992/93 ein Jahr lang alle stationären Behandlungsepisoden (N = 1236) sowie an 9 Kliniken alle ambulanten Erstkontakte (N = 2618) mit einem einheitlichen Dokumentationsbogen erhoben wurden³. Beteiligt waren – neben der Universitätsklinik Göttingen – fünf Landeskliniken, drei Abteilungen an Kinderkliniken, drei eigenständige Klini-

¹ Herrn Prof. Dr. med. Friedrich Specht zum 70. Geburtstag gewidmet.

² Eine Ausnahme bildet die Herborner Klinik, deren Leiter an der Entwicklung einer ersten Version eines Dokumentationsbogens beteiligt war (vgl. ABA u. HENDRICHS 1989).

³ Die Untersuchung wurde durch das Niedersächsische Sozialministerium finanziert.

ken in freier Trägerschaft und eine an einer Klinik für Erwachsenen-Psychiatrie.

Nach Abschluß der Untersuchung geht es uns hier um eine kritische Darstellung der Erfahrungen bei der Implementierung des Dokumentationssystems und der Durchführung der Erhebung. Die Ergebnisse zu den Hauptfragestellungen der Untersuchung werden an anderer Stelle berichtet.

2 Konzeption und Anpassung der Dokumentation

Die Entwicklung eines fallbezogenen Dokumentationsbogens geht ursprünglich auf Arbeiten einer Kommission der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit zurück (ABA et al. 1977). Nachdem schon 1966 erste Mittel des Bundesfamilienministeriums für die Entwicklung bereitgestellt wurden, konnten von 1973 bis 1975 an insgesamt 92 Erziehungsberatungsstellen Klientendaten erhoben werden (vgl. ABA et al. 1978, REY et al. 1978). Erste Ergebnisse zu kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen liegen für die Poliklinik an der Freien Universität Berlin aus dem Jahre 1976 vor (JUNGMANN et al. 1978). Enthalten ist bereits das fünfachsige Diagnoseschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS; REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1977, 1986). Inzwischen sind an den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätseinrichtungen derartige Dokumentationssysteme eingeführt, die mit PC-gestützten Statistikprogrammen ausgewertet werden (vgl. ENGLERT u. POUSTKA 1993).

Anders als an den Hochschuleinrichtungen beschränkte sich in den Kliniken der Untersuchungsregion die systematische Erfassung von diagnose- und behandlungsbezogenen Patientendaten neben den Krankengeschichten auf ein Minimum zu Abrechnungs- und Verwaltungszwecken. In den meisten Kliniken wurde nicht multiaxial klassifiziert.

Nachdem alle in Frage kommenden Einrichtungen ihre Teilnahme zugesichert hatten, ging es darum, einen dem klinischen Alltag angepaßten Dokumentationsbogen zu entwickeln. Gefordert war sowohl eine an den versorgungsepidemiologischen Fragestellungen der Untersuchung orientierte Itemauswahl, als auch eine an der Praktikabilität des Dokumentationssystems und der Akzeptanz der örtlichen Mitarbeiter ausgerichtete Beschränkung des Umfangs des Bogens. In einer Pilotphase wurde zunächst die Göttinger Version des 1982 von der Berliner Klinik (STEINHAUSEN u. GÖBEL 1981, 1982) übernommenen Dokumentationsbogens erprobt und modifiziert (zur Methodik s. nächstes Kapitel). Inhaltlich gliedert sich die in der Untersuchung für *stationäre Entlassungen* verwendete Fassung wie folgt⁴:

- Formale Daten: Kliniks-Kennziffer, Fall-Nummer, Zahl bisheriger Dokumentationen in derselben Einrichtung,

Jahr der Erstvorstellung, Name des/der Dokumentierenden.

- Aufnahme und Entlassung: Aufnahme- und Entlassungsdatum, Aufnahme- und Entlassungsmodalitäten (z.B. Krisenintervention, Behandlungsabbruch), Lebensort vor und nach der Entlassung, Wechsel des Lebensortes.
- Personen- und familienbezogene Angaben: Geschlecht, Alter, Nationalität, familiäre Konstellation (Elternstatus, Geschwister), Erwerbstätigkeit der Eltern, Schichtzugehörigkeit.
- Zugang: vorherige Konsultationen, Anregung zur Vorstellung in der Klinik (Mehrfachnennungen möglich).
- Symptomatik: chronische körperliche Erkrankungen/Beeinträchtigungen, psychomotorische Auffälligkeiten, psychosomatische Auffälligkeiten, Auffälligkeiten im Sozialverhalten, aggressives Verhalten, Kontaktprobleme, Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten, Auffälligkeiten im emotionalen Bereich, Auffälligkeiten im Sexualverhalten, Sprachstörungen, Vermeiden/Verweigern von Schule/Ausbildungsstelle, suizidale Handlungen, Drogen-/Alkohol-/Medikamentenmißbrauch (kategoriale Zuordnung).
- Multiaxiale Diagnostik nach ICD-10: 1.Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom; 2.Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen; 3.Achse: Intelligenzniveau; 4.Achse: körperliche Symptomatik; 5.Achse: Abnorme psychosoziale Umstände; 6.Achse: Psychosoziale Anpassung⁵.
- Behandlungsbezogene Angaben: Medizinische Behandlung, patientenbezogene psychotherapeutische Verfahren, funktionelle und andere Therapien (z.B. Krankengymnastik, Logopädie), familienbezogene Interventionen, institutionsbezogene Beratungen (Mehrfachnennungen).
- Empfehlungen für nachstationäre Maßnahmen (Mehrfachnennungen).
- Ergebniseinschätzung bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation des Patienten (ordinalskaliert).

Die Dokumentation bei Abschluß der stationären Behandlung gewährleistet nach unserer Erfahrung am ehesten eine effektive Kontrolle der vollständigen Einbeziehung aller Behandlungsepisoden. Nach einer Einarbeitungsphase beträgt der Zeitaufwand für das Ausfüllen des Bogens etwa 15 Minuten, für denjenigen, dem der Patient gut bekannt ist und der auf eine Krankengeschichte zurückgreifen kann.

Zusätzlich zu den genannten Inhaltsbereichen war es beabsichtigt, Daten zur Struktur des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebots der beiden Bundesländer zu erheben. Ein wichtiges Merkmal der Strukturqualität ist eine gemeindenähe Versorgung. Um diesbezüglich zu gesicherten Ergebnissen zu gelangen, war es erforderlich, den Wohnort des Patienten (vor der Aufnahme) zu erheben. Auch um datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu entsprechen, wurde dazu ein relativ aufwendiges Verfahren

⁴ Die folgende Darstellung entspricht nicht der Chronologie des Bogens. Da es hier allein um eine methoden- und inhaltsbezogene Darstellung gehen soll, halten wir eine graphische Darstellung des Instruments nicht für erforderlich.

⁵ Die 6.Achse ist dem Dokumentationsbogen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg (Leiter: Prof. Remschmidt) entnommen.

entwickelt: Grundlage ist die mit einem Raster (20×20 km) überzogene Landkarte der Untersuchungsregion, der die Koordinaten des jeweiligen Wohnortes entnommen werden, die gleichzeitig zu Kodierungen im Dokumentationsbogen dienen. Gegenüber der Wohnortkodierung per Postleitzahl, die zudem schon bei vierstelligen Ziffern durch den Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten als rechtlich bedenklich eingestuft wurde, bietet dieses Vorgehen die Möglichkeit zu angenäherten Entfernungsbestimmungen. Weiterhin wurde erhoben, ob die Behandlung (zeitweise) zum Schutz des Patienten oder anderer auf einer ‚geschlossenen Station‘ stattgefunden hat⁶. In Anbetracht fehlender definierter Einzugsbereiche bzw. Pflichtaufnahmegebiete in der Untersuchungsregion waren zusätzlich Items zur Einschätzung der fachlichen und regionalen Zuständigkeit seitens der behandelnden Klinik aufgenommen worden. Bei den im Anschluß an die stationäre Behandlung empfohlenen Maßnahmen sollte ergänzend eingeschätzt werden, ob diese realisierbar waren oder nicht, um Rückschlüsse auf das Versorgungsangebot am Wohnort des Patienten ziehen zu können.

Für die Erhebung von Daten zur *ambulanten Erstvorstellung* (nach Abschluß der diagnostischen Phase) wurde der Dokumentationsbogen wesentlich gekürzt, um die Handhabung den Bedingungen der (Ermächtigungs-)Ambulanzen anzupassen. Beibehalten wurden – neben formalen Angaben – Items zum Alter, Geschlecht, Wohnort, zur Sozialschicht, Anregung zur Vorstellung sowie die ‚klinisch-psychiatrische Diagnose‘ und die zu ‚umschriebenen Entwicklungsstörungen‘ (1. und 2. Achse des MAS) als auch Empfehlungen für nachstationäre Maßnahmen. In der Göttinger Poliklinik wurde auch für Erstkontakte die ausführliche Version verwendet.

3 Ratertraining und Auswertung

Die Variablen eines Dokumentationsbogens sollten grundsätzlich den Testgütekriterien genügen. Um Objektivität zu gewährleisten, müssen die Items gut operationalisiert sein, was mit Hilfe von Glossaren erreicht werden kann. Für das Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) nach RUTTER, SHAFFER und STURGE (dt. REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1977, 1986), das üblicherweise den diagnostischen Teil eines Dokumentationsbogens abdeckt, liegen für die bis dato gebräuchliche Fassung nach ICD-9 Reliabilitäts-Untersuchungen vor, die sich überwiegend auf die Interrater-Reliabilität beziehen (REMSCHMIDT et al. 1983). Die Autoren kommen – mit Einschränkungen bezüglich der sog. 5. Achse (aktuelle abnorme psychosoziale Umstände; vgl. auch VAN GOOR-LAMBO 1984) – insgesamt zu befriedigenden Ergebnissen, die auch die Effektivität des Glossars belegen. BLANZ und SCHMIDT (1990) konnten im Rahmen ihrer Reliabilitätsuntersuchung zur 1. Achse (kli-

nisch-psychiatrisches Syndrom) der inzwischen im universitären Bereich eingeführten ICD-10 (DILLING et al. 1991) ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse erzielen. Berufserfahrene Kinder- und Jugendpsychiater erreichten bei einer Studie von STEINHAUSEN und ERDIN (1991) höhere Übereinstimmungen bei den diagnostischen Zuordnungen als jüngere Ärzte sowie Psychologen und Sozialarbeiter, wobei die Gesamtergebnisse in etwa denen der Mannheimer Untersuchung entsprechen. Die Reliabilitäts-Untersuchungen zur revidierten 5. Achse (vgl. VAN GOOR-LAMBO et al. 1990) sind noch nicht abgeschlossen (z. B. BÄSTLEIN u. POUSTKA 1993). Die Übereinstimmung scheint jedoch (auf der Basis des klinischen Eindrucks) bei einer mehrstufigen Skalierung gegenüber einer kategorialen Einordnung geringer zu sein (vgl. HÖGER et al. 1994), das gilt auch für die Datenerhebung in der ambulanten Routinediagnostik im Vergleich zu einem (halb)standardisierten Interview (vgl. OVERMEYER et al. 1993).

Methodische Voraussetzungen für die Durchführung der Erhebung waren ein klinikübergreifendes Ratertraining sowie ein Probelauf des Dokumentationsbogens. Wegen einer Verzögerung bei der Mittelbereitstellung folgte die Hauptphase der Untersuchung nicht unmittelbar auf die Pilotphase. Entsprechend konnten zunächst nur die nach einem vierwöchigen Probelauf an den 12 nicht-universitären Kliniken erforderlichen itembezogenen Anpassung des Bogens an einrichtungsspezifische Besonderheiten (z. B. bestimmte Therapieangebote) umgesetzt werden. Nachdem zwischenzeitlich Kapitel V (F) der ICD-10 (DILLING et al. 1991) erschienen war und die neue Fassung der 5. Achse (VAN GOOR-LAMBO et al. 1990) sowie die 6. Achse verfügbar waren, konnte direkt vor Beginn der Erhebungsphase ein Ratertraining zum diagnostischen Teil des Dokumentationsbogens (nach ICD-10) durchgeführt werden:

Jede Klinik bestimmte eine(n) bzw. zwei sog. Dokumentationsbeauftragte, der/die die praktische Durchführung vor Ort leiteten (Anonymisierung, Fallnummernzuordnung nach Personen und Behandlungsepisoden, Vollständigkeit der Bögen). Diese Kollegen und Kolleginnen, die als Teilnehmer des Ratertrainings und Multiplikatoren in der eigenen Einrichtung die diagnostischen Feststellungen in den Erhebungsbögen überprüften bzw. selbst alle stationären Entlassungen der Klinik dokumentierten, waren in der Regel leitende Ärzte, Oberärzte oder Klinische Psychologen. Am ersten Tag des Trainings, das in zwei Gruppen an je zwei Tagen stattfand, wurde eine Einführung in Kapitel V (F) der ICD-10 (DILLING et al. 1991) gegeben. Im Anschluß wurden anhand verschrifteter Fallbeispiele aus der Studie von BLANZ und SCHMIDT (1990) die diagnostischen Zuordnungen diskutiert. Für den zweiten Tag des Ratertrainings, der im Abstand von zwei Wochen stattfand, wurden die Teilnehmer/innen gebeten, Fälle aus der eigenen Praxis zu dokumentieren. Dabei aufgetretene Probleme mit der sechssachigen Klassifikation nach ICD-10 wurden beim zweiten Treffen ausführlich diskutiert. Nach den Ergebnissen der Mannheimer Interrater-Reliabilitätsstudie (BLANZ u. SCHMIDT 1990), an der auch der Leiter unseres Ratertrainings teilgenommen hatte, und unseren

⁶ Die geschlossene Unterbringung innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik war während des Erhebungszeitraumes (01.06.92–30.05.93) nur in einer Einrichtung möglich. In anderen Kliniken mußten die Patienten ggf. in eine Einrichtung für Erwachsene verlegt werden.

praktischen Erfahrungen gingen wir davon aus, daß durch das Training eine befriedigende Übereinstimmung bei der Diagnostik erzielt würde, obwohl dies von uns nicht statistisch geprüft wurde.

Neben den Erhebungsbögen wurden die Glossare zur 1. Achse (DILLING et al. 1991) und 5. Achse⁷ sowie ein 20seitiges Glossar zur Handhabung des Dokumentationsbogens (einschließlich einer Kurzübersicht zur Diagnosenkodierung) den Dokumentierenden zur Verfügung gestellt.

Die Eingabe und Auswertung (Programmpakete ‚SAS‘ und ‚SPSS für Windows‘) der in den Kliniken anonymisierten Daten erfolgte zentral für alle durch die Göttinger Arbeitsgruppe. Dort wurde vor der Dateneingabe eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Waren die Datensätze schließlich akzeptabel, so wurden die Bögen dann den Dokumentationsbeauftragten zurückgegeben; gleichzeitig erfolgte die per Werkvertrag vereinbarte Überweisung des Honorars. Die (klinikspezifischen) Ergebnisse wurden den beteiligten Einrichtungen über den Projekt-Abschlußbericht und über (angeforderte) Einzelauswertungen rückgemeldet.

4 Kritischer Kommentar und Empfehlungen

Nach Abschluß der Erhebung und der Datenauswertung kann zusammenfassend festgestellt werden, daß

- epidemiologische Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie flächendeckend an sehr unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt werden kann, ohne auf methodische Standards zu verzichten;
- sich die zentrale Datenerfassung und -auswertung in einer Klinik bewährt hat, wobei die Bündelung von wissenschaftlichen und technischen Ressourcen auch die kostengünstigste Lösung ist;
- die Implementierung eines Dokumentationssystems im klinischen Alltag aller kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gut umzusetzen ist, wenn der fallbezogene Arbeitsaufwand resp. der Umfang des Dokumentationsbogens begrenzt wird;
- die Verwendung eines Dokumentationssystems für nicht-universitäre Kliniken lohnend ist, da die Ergebnisse auch für den klinischen Alltag relevant sind (z. B. bei Überlegungen zu Behandlungsabbrüchen).

Gleichwohl sind wir auf methodische und inhaltliche Probleme gestoßen, die überwiegend erst bei der Auswertung deutlich wurden und die z. T. die Beantwortung von spezifischen Fragestellungen einschränken:

- (a) Die Erfassung der *Wohnorte der Patienten* erfolgte – wie dargestellt – anhand der Koordinaten eines einheitlichen Kartenrasters. Dieses Vorgehen hatte bei der Auswertung den Nachteil, daß die für Planquadrat erhobenen Angaben nicht immer eindeutig auf Verwaltungsgren-

zen und dementsprechend vorhandene Bevölkerungsdaten zu beziehen waren.

(b) In dem *Glossar zum Dokumentationsbogen* waren nicht alle Items enthalten, sondern nur solche, die aufgrund langjähriger Dokumentierens als erläuterungsbedürftig angesehen wurden, was bei den folgenden Variablen zu Mißverständnissen führte:

- Das Item ‚Anregung zur Vorstellung‘ wurde in den Dokumentationsbogen aufgenommen, um Fragestellungen hinsichtlich des Zugangs zu stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung beantworten zu können. Die Kodierung sollte für die (vorgegebenen) Institutionen erfolgen, die aufgrund therapeutischer Erwägungen einen Kontakt mit der dokumentierenden Klinik empfohlen hatten. Die Vorgabe ‚Ärzte/Kliniken‘ wurde z. T. aber auch dann kodiert, wenn eine ärztliche Überweisung allein aus formalen Gründen erfolgte resp. erforderlich war.
- Bei dem Item ‚empfohlene Maßnahmen nach der stationären Behandlung‘ sollte durch eine ergänzende Ziffer für jede Kodierung (Mehrfachnennungen möglich) eingeschätzt werden, ob die nachstationäre Behandlung/Beratung als realisierbar eingeschätzt wird. Die inhaltlich damit verbundene Intention, auf diese Art Rückschlüsse auf das psychosoziale Versorgungsangebot am Wohnort des Patienten zu erhalten, ließ sich – trotz einer entsprechenden Formulierung im Glossar – nicht umsetzen. So wurde von einigen Kollegen/innen die ablehnende Haltung seitens der Patienteneltern gegenüber der Empfehlung (z. B. Familientherapie) auch als ‚fehlende Realisierbarkeit‘ der Maßnahme kodiert.

(c) Bei einer Reihe von Items bestand die Möglichkeit bis zu sieben Antwortvorgaben zu kodieren, die jeweils in der Reihenfolge der Wichtigkeit (oder Bedeutung) in dem jeweiligen Zusammenhang erfolgen sollte. Durch die Rangfolge sollte eine inhaltliche Gewichtung der durchgeführten Therapiemaßnahmen möglich sein. Letztlich zeigte sich jedoch, daß die Kodierungen häufig in der Reihenfolge der Antwortvorgaben erfolgten.

(d) Bei den durchgeführten Behandlungen waren unter dem Item ‚funktionelle und andere Therapien‘ 18 *verschiedene Behandlungen* aufgeführt, die zudem nach Einzel- und Gruppenbehandlungen unterschieden werden sollten. Hier zeigte sich, daß die inhaltliche Repräsentanz des heterogenen Angebots in den 13 Kliniken (von Krankengymnastik bis Reithherapie) für die Auswertung wenig hilfreich war, da z. B. ‚Motopädie‘ und ‚Mototherapie‘ sowie andere Bewegungstherapien zusammengefaßt werden mußten, um zu schlüssigen Ergebnissen zu gelangen (vgl. REMSCHMIDT et al. 1994).

(e) Bei dem Item ‚empfohlene Maßnahmen nach der stationären Behandlung‘ (s. o.) standen 27 Nennungsmöglichkeiten zur Auswahl. Die Dokumentierenden sollten angeben, welche (psycho-)therapeutischen, (sonder-)pädagogischen oder Jugendhilfemaßnahmen sie für die Zeit nach der Entlassung für notwendig erachteten. Ebenso konnten Institutionen kodiert werden, die eine weitere Behandlung/Beratung durchführen sollten. Bei zwei Ant-

⁷ Fünfundzwanzigseitige Version der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Frankfurt a. M. (Leiter: Prof. Poustka), die an der Neukonstruktion der 5. Achse nach ICD-10 durch die WHO beteiligt war (WHO 1988; vgl. auch BURK u. POUSTKA 1993; ENGLERT 1993; POUSTKA u. SCHMECK 1993).

wortvorgaben wurden Art und Ort der Maßnahme vermischt:

- Bei der Nennung ‚Erziehungsberatung‘ war nicht klar, ob die Eltern des Patienten weiterhin Beratung in Erziehungsfragen benötigten oder ob sie die Erziehungsberatungsstelle an ihrem Wohnort aufsuchen sollten.
- Bei der Nennung ‚eigene kinderpsychiatrische Klinik ambulant‘ war kein Rückschluß auf den inhaltlichen Schwerpunkt einer zukünftigen Arbeit mit dem Patienten/der Familie möglich.

Ein Teil der genannten methodischen und inhaltlichen Probleme ist für zukünftige Untersuchungen durch einen verbesserten Leitfaden zur Handhabung des Dokumentationsbogens, in dem alle Items ausreichend operationalisiert sind, zu lösen. Dabei ist zu beachten, daß der Umfang des Bogens und damit auch der der Glossare (zur Diagnostik und den Dokumentationsbogen) einen benutzerfreundlichen Umfang behält, da ggf. die beabsichtigte Verbesserung der Objektivität nicht gewährleistet ist. Beispielsweise wurden in unserer Untersuchung – trotz ausreichender Operationalisierung in dem umfangreichen Glossar – teilweise die Kategorien 6.3 und 9.2 der fünften Achse gleichbedeutend verwandt, ohne zu berücksichtigen, daß sich letztere auf ‚Herabsetzungen der Selbstachtung des Kindes/Jugendlichen infolge seiner Verhaltensstörung bzw. Behinderung‘ bezieht.

Eine Gewichtung therapeutischer Maßnahmen bezogen auf den Patienten, auf Bezugspersonen oder andere (semi-) professionelle Helfer ließe sich durch eine Quantifizierung der Angaben (Stundenzahl) erreichen. Eine entsprechende Leistungsdokumentation, die in der Regel Bestandteil der Krankengeschichte ist, wäre zusammen mit anderen zudem ein wichtiges Instrument zur Erhebung von Merkmalen zur Prozeßqualität. Die Auswertung von Mehrfachnennungen kann dadurch vereinfacht werden, daß die Zahl der Nennungsmöglichkeiten verringert wird und eine inhaltliche Zusammenfassung erfolgt.

Die Gestaltung des Dokumentationssystems und der dazugehörigen Instrumente orientiert sich, wie bei allen empirischen Untersuchungen, an der Fragestellung bzw. der Zielsetzung der Erhebung. Auf der Grundlage einer Basisdokumentation, wie wir sie verwendet haben, können in einem Modulsystem verschiedene Inhaltsbereiche bedarfsgerecht erweitert werden⁸. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Nennungsvorgaben für einzelne Items zu ergänzen, wie dies zwei Kliniken in unserer Untersuchung getan haben⁹. Beide Möglichkeiten stehen einer zentralen Datenauswertung nicht entgegen.

Hinsichtlich der Verwendung von Dokumentationssystemen zur Qualitätssicherung kinder- und jugendpsych-

iatrischer Behandlungen lassen sich patientenbezogene Daten schon jetzt relativ befriedigend erheben. Die fallbezogene Erfassung von Behandlungsdaten wäre zunächst durch eine ausführliche *Leistungsdokumentation* zu verbessern, die dann idealtypische (noch zu entwickelnde) Behandlungsstandards wiedergeben würde. Die Ergebnisqualität, d. h. primär der Behandlungserfolg, ist mit der bisher – auch in anderen Untersuchungen resp. Kliniken – verwendeten ordinalskalierten Einschätzung zur Symptomatik und psychosozialen Situation des Patienten seitens der Behandler nur unzureichend zu ermitteln. Allerdings sind für derart komplexe Fragestellung nur schwer dokumentationsgerechte Variablen zu entwickeln, die wissenschaftlichen Gütekriterien genügen (GRAHAM 1993).

Unabhängig von der Zielsetzung kinder- und jugendpsychiatrischer Dokumentationssysteme bietet es sich an, diese in einem *Verbund* mehrerer (sowohl universitärer als auch nicht-universitärer) Einrichtungen durchzuführen: Neben der Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Kliniken, kann ein Teil des organisatorischen Aufwands durch eine zentrale Arbeitsgruppe bewältigt werden, die auch die Auswertung und Berichterstattung übernimmt. Zumal der technische und personelle Aufwand für einzelne Einrichtungen unökonomisch wäre.

Bei der Implementierung eines derartigen Verbundsystems kommt der Motivation der Dokumentierenden eine besondere Bedeutung zu. Die Bereitschaft seitens der Klinikleiter/innen und Mitarbeiter/innen sich im Rahmen einer multizentrischen Untersuchung zu beteiligen kann dadurch gefördert werden, daß

- die Relevanz der Erhebungsergebnisse für den klinischen Alltag über ein allgemeines Forschungsinteresse hinaus deutlich gemacht wird,
- eine Beteiligung an der Konstruktion bzw. Modifikation des Instruments möglich ist;
- ausreichende Hilfestellungen bei der Implementierung des Dokumentationssystems und der praktischen Handhabung (auch vor Ort) gegeben werden;
- (institutionsspezifische) Auswertungen und Ergebnismeldungen angeboten werden (die z. B. bei unserer Untersuchung auch bei Verhandlungen mit Krankenkassen hilfreich waren);
- zeitliche Kapazitäten oder finanzielle Anreize bereitgestellt werden, die die Wichtigkeit des Dokumentierens verdeutlichen.

Zudem bietet sich auf der Basis vergleichbarer Daten die Möglichkeit zum kollegialen Austausch, wie sie die ‚Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen‘ (1994) als Qualitätszirkel vorgeschlagen hat. Die abschließende gemeinsame Diskussion der Untersuchungsergebnisse mit allen Beteiligten unserer Untersuchung ist ein erster Schritt in diese Richtung. Die so gewonnenen praktischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen stellen eine gute Basis dar, um (i. S. fortschreitender Qualitätssicherung) weitere epidemiologische multizentrische Studien zur Versorgungsforschung zu planen.

⁸ Ähnliche Modelle werden bereits an einigen Universitätskliniken verwendet.

⁹ Z. B. wurde der Dokumentationsbogen für eine Einrichtung unter dem Item ‚Beratungen und Behandlungen bei Eltern/Erstzultern/Familie‘ erweitert, damit zusätzlich erhoben werden konnte, ob Angehörige des Patienten in einem auf dem Klinikgelände befindlichen Elternhaus mit aufgenommen worden waren. Eine Möglichkeit, die nur an dieser Klinik bestand.

Summary

Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study

Reasons for the need for a coordinated multi-centered documentation for quality safeguarding are given. Based upon experiences with patient documentation, where 13 child and youth psychiatries in the German states Lower Saxony and Bremen participated for one year, problems with a documentation system are shown and discussed. In conclusion recommendations are given for carrying out such studies, which will become more important in the framework of quality safeguarding in child and youth psychiatries.

Literatur

- ABA, O./PFEIFER, W.K./REY, E.R./SPECHT, F. (1977): Abschlussbericht über das Projekt statistischer Erhebungsbogen für Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West. Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung. – ABA, O./PFEIFER, W.K./REY, E.R. (1978): Häufigkeit und Verteilung von Diagnosen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 27–39. – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1991): Practice Parameters for the assessment and treatment of attention-deficit disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30, I–III. – American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1992): Practice Parameters for the assessment and treatment of conduct disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31, IV–VII. – BÄSTLEIN, M./POUSTKA, F. (1993): Anwendbarkeit und Reliabilität der psychosozialen Achse der WHO. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Gefährdungen der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz, S. 66–72. – BLANZ, B./SCHMIDT, M.H. (1990): Reliabilität kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen in der ICD-10. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 18, 78–86. – Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (1994): Aufforderung zu einer Kultur des kollegialen Dialogs – Externe Qualitätssicherung im kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhaus. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43, 115–116. – BURK, B./POUSTKA, F. (1993): Multizentrische Untersuchung zur psychosozialen Achse der WHO unter besonderer Berücksichtigung des West-Ost Vergleiches in Deutschland. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Gefährdungen der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz, S. 57–65. – CORBOZ, R./SCHMIDT, M./REMSCHMIDT, H./SCHIEBER, P./GÖBEL, D. (1983): Multiaxiale Klassifikation in Berlin, Mannheim und Zürich. In: REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Bern: Huber, S. 77–109. – DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber. – DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. (1993): Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, 188–193. – ENGLERT, E. (1993): Klinische Untersuchungen zur psychosozialen Achse der WHO. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Gefährdungen der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz, S. 78–83. – ENGLERT, E./POUSTKA, F. (1994): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Grundlage zur klinischen Qualitätssicherung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (zur Veröffentlichung angenommen). – GOLD, J./SHEIRA, D./CLARKSON, B. (1993): Private Psychiatric Hospitalisation of Children: Predictors of Length of Stay. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32, 135–143. – GRAHAM, P. (1993): Untersuchungsstrategien zur Einschätzung des Therapieerfolgs. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Gefährdungen der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz, S. 5–15. – HÖGER, C./TEMME, M./GEIKEN, G. (1994): Wem nützt systemische Therapie mit einem reflektierenden Team? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22, 16–22. – JUNGMAHN, J. (1994): Zur Qualitätssicherung des klinischen Behandlungsprozesses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vortrag während des Symposiums 'Qualitätssicherung im kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhaus', Nordhausen. – JUNGMAHN, J./GÖBEL, D./REMSCHMIDT, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 56–75. – OVERMEYER, S./BLANZ, B./SCHMIDT, M.H. (1993): Die Diagnostik belastender Lebensereignisse in der klinischen Routine mittels eines (halb)standardisierten Interviews. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 21, 5–13. – POUSTKA, F./SCHMECK, K. (1993): Unterschiedliche Bedeutsamkeit von psychosozialen Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Gefährdungen der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz, S. 84–88. – REMSCHMIDT, H. (1983): Multiaxiale Klassifikation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Bern: Huber, S. 11–42. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber; 2. Aufl. 1986. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H./GÖBEL, D. (1983): Erprobungs- und Reliabilitätsstudie zum multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hrsg.): Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergebnisse empirischer Untersuchungen. Bern: Huber, S. 43–76. – REMSCHMIDT, H./GUTENBRUNNER, C./MATTEJAT, F. (1994): Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 22, 169–182. – REY, E.R./ABA, O./PFEIFER, W.K. (1978): Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche aus Erziehungsberatungsstellen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 40–55. – ROTHHAUS, W. (1993): Orientierung am Patienten: Die Verordnung des Bundesarbeitsministeriums über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: POUSTKA, F./LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Gefährdung der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz, S. 193–200. – STEINHAUSEN, H.C./GÖBEL, D. (1981): Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30, 231–236. – STEINHAUSEN, H.C./GÖBEL, D. (1982): Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31, 3–9. – STEINHAUSEN, H.C./ERDIN, A. (1991): The Inter-Rater Reliability of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in the ICD-10. Journal of Child

Psychology and Psychiatry 32, 921-928. – VAN GOOR-LAMBO, G. (1984): Wie zuverlässig ist die Achse V? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 12, 62-78. – VAN GOOR-LAMBO, G./ORLEY, J./POUSTKA, F./RUTTER, M. (1990): Classification of Abnormal Psychosocial Situations: Preliminary Report of a Revision of a WHO Scheme. Journal of Child Psychology and Psychiatry 31, 229-241. – World Health Organisation (1988): Draft Multiaxial

Classification of Child Psychiatric Disorders. Axis five: Associated Abnormal Psychosocial Situations. Genf.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Sozialwirt Günter Presting, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen, v.-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen.