

Lorenz, Alfred L.

Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45 (1996) 1, S. 19-24

urn:nbn:de:bsz-psydok-38834

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

Begutachtung bei strittigen Sorge- und Umgangsrechtsfragen

- DU BOIS, R./RÖCKER, D.: Zur Dynamik der kindlichen Suggestibilität beim Vorwurf des sexuellen Mißbrauchs im Scheidungsverfahren (Allegations of Sexual Abuse in Divorce Conflicts and the Problem of Suggestibility) 339
- KARLE, M./KLOSINSKI, G.: Empfehlungen zum Ausschluß des Umgangsrechts – Gründe und Begründungen aus 30 Gutachten (Recommendations for the Exclusion of the Right of Visitation – Reasons and Substantiations from 30 Expert Opinions) 331
- ROHMANN, J.A.: Elternschaft und Kooperation in der Sorgerechts-Begutachtung (Parenthood or rather Parenting and Cooperation. Topics of Forensic Psychology Dealing with Custody Problems) 323
- SIEFEN, R.G./BOERGER, G./KLAR, W.: Familienrechtliche Begutachtung bei Alkoholerkrankung der Eltern (Legal Testimony in Families with Alcohol Abusing Parents) 343

Erziehungsberatung

- LÜTKENHAUS, P./HASLER-KUFNER, P./PLAUM, E.: Evaluation eines präventiven Gruppenangebots für Scheidungskinder (Evaluation of a Preventive Group Intervention Program for Children of Divorce) 238
- MADERTHANER, A./HABEL, G./SAMITZ, U./SPRANGER, B.: Das Linzer Modell: Trennung – Scheidung – Neubeginn (The Linz-Project: Separation – Divorce – New Beginning) 244

Forschungsergebnisse

- HIRSCHBERG, W.: Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (In-Patient Social Therapy with Conduct-Disordered Adolescents) 374
- HOPF, H./WEISS, R.H.: Horror- und Gewaltvideokonsum bei Jugendlichen. Eine Untersuchung von Sprachproben von Videokonsumenten mit der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse (Consumption of Horror and Violence Videos by Adolescents) 179
- KLICPERA, C./GASTEIGER KLICPERA, B.: Die Situation von „Tätern“ und „Opfern“ aggressiver Handlungen in der Schule (The Situation of Bullies and Victims of Aggressive Acts in School) 2

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Entwicklungspsychopathologie

- BERGER, C.: Soziale Beziehungen von Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung mit dem SOBEKI-Verfahren an acht- bis elfjährigen Grundschulkindern (Social Relations of Children in Primary School Age. An Investigation of Eight-to Eleven-Year-Old Primary School Children with the „SOBEKI-Verfahren“) 102
- CRITTENDEN, P.: Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoreti-

- scher Sicht (Evolution, Experience, and Intimate Relationships: An Attachment Perspective on Mental Health) 147
- DOERFEL-BAASEN, D./RASCHKE, I./RAUH, H./WEBER, C.: Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder (School Beginners in Previously East and West Berlin: Socio-emotional Adoption and its Relation to Attachment Patterns) 111
- FEGERT, J.M.: Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern (Behavior and Emotional Problems in Two-to Three-Year-Old German Children) 83
- HUSS, M./LEHMKUHL, U.: Coping im familiären Kontext: Aktive und vermeidende Strategien bei Jugendlichen aus Scheidungsfamilien (Coping in the Context of the Family: Active and Avoidant Strategies of Adolescents of Divorce) 123
- KREPPNER, K.: Kommunikationsverhalten zwischen Eltern und ihren jugendlichen Kindern und der Zusammenhang mit Indikatoren des Selbstwertgefühls (Communication Behavior in the Family and the Development of Self-esteem during Adolescence: Links between Judgement and Reality) 130
- LEHMKUHL, U./RAUH, H.: Die Bedeutung entwicklungspsychologischer Modelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Relevance of Developmental Psychology Models for Child and Adolescent Psychiatry) 78
- ZIEGENHAIN, U./MÜLLER, B./RAUH, H.: Frühe Bindungserfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern in einer sozialen und kognitiven Anforderungssituation (Influence of Attachment Quality and Intensity of Attachment Insecurity on Cognitive Performance and Emotional State of 20 Months-Old Infants in a Test Situation) 95

Praxisberichte

- KLOSINSKI, G.: Bibliothераapeutische Traumarbeit nach akuter psychotischer Dekompensation (Bibliothераapeutic Dream Work after Acute Psychotic Decomperensation) 174
- KLOSINSKI, G.: Muttermord durch die Tochter – Familiendynamik und Mythologie (Matricide by the Daughter – Familydynamic and Mythology) 217
- LORENZ, A.L.: Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung (Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance) 19
- MACKENBERG, H.: Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines varierten Reizkonfrontationsverfahrens (Case Study of a Treatment of School Phobia using a Varied Scheme of Stimulus Confrontation) 57

Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen: individuelle und institutionelle Reaktionen

- BERGER, C./KLOPPER, U./BREUER, B./DEGET, F./WOLKE, A./FEGERT, J. M./LEHMKUHL, G./LEHMKUHL, U./LÜDERITZ, A./WALTER, M.: Institutioneller Umgang mit strafrechtlichen Maßnahmen bei sexuellem Mißbrauch. Ergebnisse einer Expertenbefragung (German Criminal Law in Cases of Sexual Abuse. An Expert Interview Study on Attitudes towards Criminal Prosecution) . . . 300
- BUSSE, D./VOLBERT, R.: Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren (Emotional Impact of Criminal Court on Children) . . . 290
- HÄUSSERMANN, R.: Spannungsfeld Familie während der Situation des Verdachts (The Family as Area of Conflict while in a Situation of Suspicion) . . . 280
- KIRCHHOFER, F.: Institutioneller Umgang mit sexueller Kindesmißhandlung (Institutional Handling of Sexual Abuse) . . . 294
- KIRCHHOFF, S.: Kommentar zu dem Beitrag „Belastungserleben von Kindern in Strafverfahren“ . . . 293
- OBERLOSKAMP, H.: Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch (Official Approach to Sexual Abuse) . . . 273
- RAACK, W.: Kommentar zu dem Beitrag „Staatlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch“ . . . 279
- REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffs (Towards an „Objectivation“ of the Term „Child Well-being“ in its Contents: Contribution of Child and Adolescent Psychiatry and Developmental Psychology) . . . 266
- ROHLEDER, C./WEBER, M.: Zwei Schritte vor und einer zurück? – Antworten der Jugendhilfe auf sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen (Two Steps ahead, one Step back? – Sexual Abuse and Changes in the System of Social Help) . . . 297
- WIESNER, R.: Zwischen familienorientierter Hilfe und Kinderschutz – Interventionen im Rahmen des KJHG: Ein unlösbares Dilemma? (Family-Oriented Support or Child Protection – Interventions within the KJHG (German Child Care and Protection Legislation): An Irreconcilable Dilemma?) . . . 286

Übersichten

- BERNS, U.: Das zentrale Beziehungsgeschehen – seine Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (The Core Relational Process – Its Dynamic in the Child and Youth-Psychotherapy) . . . 205
- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Geschwister chronisch kranker Jugendlicher: Hat die chronische Erkrankung Auswirkungen auf ihre Entwicklungsmöglichkeiten? (Siblings of Physically Ill Adolescents: Does Chronic Illness Affect Their Developmental Possibilities?) . . . 356
- DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Mißerfolgs- und Widerstandsanalyse in der Verhaltenstherapie am Beispiel eines Eltern-Kind-Programmes zur Behandlung von hyperkinetisch und oppositionell auffälligen Kindern (Analysis of Failure and Resistance in Behavior Therapy using the Example of Parent-Child-Program for the Treatment of Hyperactive and Oppositional Children) . . . 10
- HIRSCH, M.: Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud (Two different

- Kinds of „Identification with the Aggressor“ – following Ferenczi and Anna Freud) . . . 198
- KOPECKY-WENZEL, M./HIPFNER, A./FRANK, R.: Fragen zur psychosexuellen Entwicklung – Entwurf eines Leitfadens zur Diagnostik von sexuellem Mißbrauch (A Questionnaire Relating to the Psychosexual Development of Children) . . . 230
- LANDOLT, M.: Psychologische Aspekte bei schweren Brandverletzungen im Kindes- und Jugendalter (Psychological Aspects of Severe Burn Injuries in Children and Adolescents) . . . 47
- MARTINIUS, J./KRICK, G./REITINGER, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung (Child and Adolescent Psychiatry and Social Welfare Services and Child Protection: A Study of Transferral Practices and Obstacles to Cooperation) . . . 170
- RAUCHFLEISCH, U.: Zur Beratung männlicher Adoleszenten mit homosexueller Orientierung und ihrer Eltern (Counseling of Adolescents with a Homosexual Orientation and their Parents) . . . 166
- RUDNITZKI, G.: Gruppenbilder der Adoleszenz – Erfahrungen mit Adoleszenzphänomenen aus der gruppenanalytischen Position (How the Group Reflects Adolescence – Group Analytical Experience with the Phenomena of Adolescence) . . . 362
- SCHMIDT, B.: Psychoanalytische Überlegungen zur rechts-extremistischen Orientierung männlicher Jugendlicher (Psychoanalytic Thoughts on Extreme Right-Wing Tendencies of Male Youth) . . . 370
- TSCHUSCHKE, V.: Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapie bei Jugendlichen (Research Results in Regards to Therapeutic Factors and Outcome in Group Therapies With Adolescents) . . . 38

Workstattberichte

- BOHLEN, G.: Das Früherkennungsteam – ein Modell für institutionsübergreifende Zusammenarbeit in der Diagnostik von Entwicklungsverzögerungen im ländlichen Raum (The Diagnostic Team – a Way of Interinstitutional Cooperation in Diagnosing Developmental Disorders in the Country) . . . 25

Buchbesprechungen

- AMELANG, M./ZIELINSKI, W.: Psychologische Diagnostik . . . 32
- ARENZ-GREIVING, I./DILGER, H. (Hrsg.): Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis . . . 162
- ARNOLD, W./EYSENCK, K. J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Bd. 1–3 . . . 230
- BECKER, M.: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe . . . 230
- BIEN, W./KARIG, U./LANG, G./REISSIG, M.: Cool bleiben – Erwachsen werden im Osten . . . 159
- BLANZ, B.: Psychische Störungen und Compliance beim juvenilen Diabetes mellitus . . . 256
- BOTT, R. (Hrsg.): Adoptierte suchen ihre Herkunft . . . 317
- BÜTTNER, C.: Gruppenarbeit – eine psychoanalytisch pädagogische Einführung . . . 225
- DEGENER, G.: Anamnese und Biographie im Kindes- und Jugendalter . . . 228

DETER, H.-C./HERZOG, W.: Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese	315	KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.): Erziehungsberatung und Wandel der Familie	67
DULZ, B./SCHNEIDER, A.: Borderline-Störungen. Theorie und Therapie	189	LOTZ, W./KOCH, W./STAHL, B. (Hrsg.): Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen	191
DUSS-VON WERDT, J./MÄHLER, J./MÄHLER, H.-G. (Hrsg.): Mediation: Die andere Scheidung. Ein interdisziplinärer Überblick	195	LUKESCH, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik	33
EGGERS, C./BILKE, O.: Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter	230	MANES, S.: Mama ist ein Schmetterling. Papa ein Delphin	252
EICKHOFF, F.W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 35	351	MOGEL, H.: Geborgenheit. Psychologie eines Lebensgefühls	229
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 34	313	MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels. Die Bedeutung des Spiels als Lebensform der Kinder, seine Funktion und Wirksamkeit für die kindliche Entwicklung	189
EIHLER, U.: Über das Bettnässen und wie man es los wird	255	NISSEN, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie	255
ERMERT, C.: Spielverhalten im Scenotest. Entwicklung und Erprobung von Beobachtungssystemen bei Kindern im Vorschulalter	188	NISSEN, G. (Hrsg.): Angsterkrankungen – Prävention und Therapie	226
FRANKE, U. (Hrsg.): Therapie aggressiver und hyperaktiver Kinder	314	OERTER, R./MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie	225
FREEMAN, A./REINECKE, M.A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten	253	Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse XII	192
FRITZ, J. (Hrsg.): Warum Computerspiele faszinieren. Empirische Annäherungen an Nutzung und Wirkung von Bildschirmspielen	350	PETERMANN, F. (Hrsg.): Asthma und Allergie. Verhaltensmedizinische Grundlagen und Anwendungen	193
FRÖHLICH, V.: Psychoanalyse und Behindertenpädagogik	162	PETERMANN, U. (Hrsg.): Verhaltensgestörte Kinder	31
GÄNG, M. (Hrsg.): Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren	227	RAUE, R.: Im Labyrinth der Gewalt. Jugendliche zwischen Macht und Ohnmacht	191
HARNACH-BECK, V.: Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe	187	REISTER, G.: Schutz vor psychogener Erkrankung	232
HARNISCH, G.: Was Kinderträume sagen	226	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern	161
HAUG, H.-J./STIEGLITZ, R.-D. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychiatrie	252	RIEGEL, K./OHRT, B./WOLKE, D./ÖSTERLUND, K.: Die Entwicklung gefährdet geborener Kinder bis zum fünften Lebensjahr	194
HÉDERVÁRI, E.: Bindung und Trennung. Frühkindliche Bewältigungsstrategien bei kurzen Trennungen von der Mutter	192	SALGO, L.: Vom Umgang der Justiz mit Minderjährigen	316
HOCKE, M./SCHÄFTER, G.: Mädchenwelten: Sexuelle Gewalterfahrungen und Heimerziehung	66	SAYLOR, C.F. (Hrsg.): Children and Disasters	29
HOLLER-NOWITZKI, B.: Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter. Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streß-Reaktionen	186	SCHARFETTER, C.: Der spirituelle Weg und seine Gefahren	66
HOLTSTIEGE, H.: Montessori-Pädagogik und soziale Humanität	188	SCHLACK, H. (Hrsg.): Sozialpädiatrie. Gesundheit – Krankheit – Lebenswelten	316
HUNDSALZ, A./KLUG, H.-P./SCHILLING, H. (Hrsg.): Beratung für Jugendliche. Lebenswelten, Problemfelder, Beratungskonzepte	311	SCHMALOHR, E.: Erklären statt Beschuldigen. Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern	253
HUNDSALZ, A.: Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden	259	SCHMID, R.G./TIRSCH, W.S.: Klinische Elektroenzephalographie des Kindes- und Jugendalters. Ein Atlas der EEG-Aktivität: Altersbezogene Normkurven und Pathologie	258
JÄGER, R./PETERMANN, F. (Hrsg.): Psychologische Diagnostik. Ein Lehrbuch	231	SCHON, L.: Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind	158
KAUFMANN-HUBER, G.: Kinder brauchen Rituale. Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende	230	SCHULTE, D.: Therapieplanung	312
KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten	257	SCHUSTER, M.: Kinderzeichnungen. Wie sie entstehen, was sie bedeuten	30
KÖTTER, S.: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern-Pflegekind-Herkunftseltern“	158	SCHWERIN, A.-C.: Sterben, Tod und Trauer im Bilde verwaister Eltern	190
KRAPPMANN, L./OSWALD, H.: Alltag der Schulkinder. Beobachtungen und Analysen von Interaktionen und Sozialbeziehungen	232	SEHRINGER, W./JUNG, G.: Schulreform von unten – Leistungsdifferenzierung an einem Gymnasium und Begabungsuntersuchungen an weiterführenden Schulen in einer süddeutschen Region	350
KUBINGER, K.: Einführung in die Psychologische Diagnostik	231	SOREMBA, E.M.: Legasthenie muß kein Schicksal sein	67
		SPANGLER, G./ZIMMERMANN, P. (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung	229
		TEXTOR, M./WARNDORF, P.K. (Hrsg.): Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung	228
		VOGT, M./WINIZKI, E.: Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen	227
		WINNICOTT, D.W.: Die spontane Geste. Ausgewählte Briefe	190
		WOLFRAM, W.-W.: Präventive Kindergartenpädagogik. Grundlagen und Praxishilfen für die Arbeit mit auffälligen Kindern	313

ZIMBARDO, P.G.: Psychologie	258	Editorial 77, 265, 322
ZOLLINGER, B.: Die Entdeckung der Sprache	68	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 28, 64, 155, 186, 223, 251, 307, 349, 383
		Ehrungen 383
		Zeitschriftenübersicht 64, 156, 223, 309, 383
		Tagungskalender 34, 69, 163, 196, 233, 260, 318, 353, 390
		Mitteilungen 35, 69, 164, 196, 234, 261, 319, 353, 390

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im
Zentralkrankenhaus Bremen-Ost (Leiter: Dr. A. Richard)

Versorgungsdokumentation und Qualitätssicherung: Vorschläge für eine praktikable Lösung

Alfred L. Lorenz

Zusammenfassung

Es wird vorgeschlagen, mit einer praktikablen Versorgungsdokumentation eine interne Qualitätssicherung zu etablieren, die zugleich geeignet ist, den Anforderungen externer Qualitätssicherung zu genügen. Ein graphisch ökonomisch gestalteter Erhebungsbogen wird vorgestellt. Durch Hereinnahme des Diagnostikstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Fragebogen – für jede Klinik konkretisiert – in einer kommunikativen und dialogischen externen Qualitätssicherung verwendbar. Am Beispiel konkreter Daten aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus Bremen-Ost wird aufgezeigt, wie in der Versorgungsdokumentation geeignete Indikatoren für Qualität enthalten sind.

Eine Versorgungsdokumentation als Routine zu entwickeln, ist nicht ganz einfach. Zwei Probleme müssen gelöst werden:

(a) Niemand hat so recht Lust, umfangreiche Dokumentationsbögen auszufüllen, die sich gar noch über mehrere Seiten erstrecken. Ohne Akzeptanz bei denen, die

diese Arbeit machen sollen, führen Dokumentationsvorhaben zu Unmut und Desinteresse. Darunter leidet die Qualität, die Angaben werden ungenau, die Bögen unvollständig ausgefüllt, nicht selten sind in der Vergangenheit Dokumentationsvorhaben im Sande verlaufen.

(b) Niemand hat so recht Lust, Dinge zu tun, von denen sie/er annimmt, es kommt sowieso nichts dabei heraus. „Da werden nur Daten erzeugt, und es ändert sich nichts.“

Beide Probleme müssen gelöst werden. Das erste läßt sich praktisch lösen, wir machen hier einen Vorschlag. Das zweite Problem wird aus ganz anderen Gründen angegangen werden müssen. Stichwort: Qualitätssicherung.

1 Ein Vorschlag für einen Erhebungsbogen

Unsere Klinik hat an der Göttinger Untersuchung teilgenommen (PRESTING et al. 1995). Rückmeldungen der Ergebnisse, die Möglichkeiten, sich aus Göttingen zu ganz konkreten Fragen (z. B. nach dem Medikamenteneinsatz in der eigenen Klinik) informieren zu lassen, schließlich die positiven Erfahrungen mit der öffentlichen Präsentation der Ergebnisse bei Veranstaltungen in unserem

Hause führten zur Entscheidung, die Dokumentation fortzusetzen. Dafür haben wir zuerst den Bogen äußerlich gründlich überarbeitet. Es ist uns gelungen, alles auf zwei Seiten, damit auf einem DIN A4-Blatt unterzubringen: einfache Handhabung, kein Umblättern, kein Auseinanderfallen der Papiersätze, alle Informationen lesbar aufgenommen. Es kam dabei zu keinen Informationsverlusten. Der Bogen ist nun in der Handhabung so einfach, daß er nach kurzer Zeit der Einarbeitung, die bei uns durch die Phase des Göttinger Projektes bereits gegeben war, ohne Hinzuziehung eines Glossars ausgefüllt werden kann. Wir haben dabei folgende Änderungen vorgenommen:

Die soziodemographischen Daten sind konkreter, an die Stelle einer Schichtzuordnung setzen wir Informationen über Ausbildung und ausgeübten Beruf. Das erspart vor allem den sonst notwendigen ständigen Rückgriff auf das Glossar zur Schichtzugehörigkeit. Das Konstrukt Schichtzugehörigkeit ist hochgradig theoriegeleitet und in der Auswertung daher unflexibel. Den Abschnitt „Behandlung“ haben wir auf die bei uns praktisch vorkommenden Maßnahmen reduziert.

Aus der Göttinger Erhebung unverändert übernommen wurden das Multiaxiale Klassifikationssystem (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986), mit Verwendung des ICD 10, die neugestaltete 5. Achse zu abnormen psychosozialen Umständen (POUSTKA 1994) und die 6. Achse zur Global-einschätzung der psychosozialen Behinderung (WHO 1991). Diese Diagnosedokumentation wird in den meisten (universitären) kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen beherrscht (ENGLERT u. POUSTKA 1995). Die Symptomatik ist ebenfalls so aufgenommen, wie sie in der Göttinger Erhebung eingeführt wurde (vgl. REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994).

Der Fragebogen wurde mit dem DTP-Programm Page-Maker 5.0 erstellt (s. Anhang). Er kann leicht modifiziert werden, um ihn den konkreten Verhältnissen (z. B. Anzahl, Art der Stationen) und der konkreten Arbeitsweise (z. B. Therapien, Weiterempfehlungsmöglichkeiten) anzupassen.

2 Ein Vorschlag zur Qualitätssicherung

Wir haben nun ein Jahr Erfahrung mit diesem Bogen im Rahmen einer eigenen wissenschaftlichen Studie (vollständige Erfassung von 189 Behandlungsabschlüssen im Jahre 1994, die kontinuierlich fortgeführt wird). Wir führen dieses Vorhaben fort mit dem Ziel zu ermitteln, wie die Dokumentation in einem internen Qualitätssicherungskonzept nutzbar gemacht werden kann.

Die Dokumentation aufgrund von Vorschriften aus dem Krankenhausrecht (Diagnosestatistik, Fallzahl und Verweildauerermittlung) geschieht im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost unabhängig von unserer Erhebung. Eine Integration ist vorstellbar, muß jedoch das dezentrale Umgehen mit den Daten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleisten.

Die Daten können mit jedem Statistikprogramm auf einem Arbeitsplatzrechner ausgewertet werden (z. B. SPSS oder StatView). Die Dateneingabe pro Blatt dauert ca.

zwei Minuten. Der Aufwand hält sich bei laufender Eingabe neu vorliegender Bögen in Grenzen (bei uns ca. 10 Minuten pro Woche).

Dadurch, daß wir die Daten kliniksintern auswerten können, haben wir auch die Möglichkeit, uns solchen Fragen zuzuwenden, die in unserer konkreten Arbeit eine Rolle spielen. So können wir bestimmte Problemgruppen identifizieren: z. B. Suizidpatienten (Item 2.13) oder Patienten aus Familien mit leiblichen Eltern (Item 1.11 „Leibliche Mutter“ und Item 1.12 „Leiblicher Vater“). Wir können uns z. B. auch fragen, bei welchen Patienten wir Beratungen außerhalb der Klinik durchgeführt haben. Es ist auch möglich, für ein in der Klinik auftretendes aktuelles Problem Hinweise zu geben (z. B. Sollen wir unsere Fortbildungsanstrengungen auf Fragen des sexuellen Mißbrauchs konzentrieren?): Wie oft hatten wir mit dem Problem zu tun (Item 3.5.1.4 oder 3.5.6.4)? Hatten wir bei diesen Patientinnen und Patienten einen Beratungskontakt (Item 4.9), konnten wir Weiterbehandlung vermitteln (Item 4.10 der Angabe „realisierbar“)?

So ist eine Rückmeldung für diejenigen, die die Mühsal der Datenerhebung haben, für die Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik, jederzeit möglich. Zumindest wissen sie dann, wofür sie sich die Arbeit gemacht haben, die Ergebnisse haben etwas mit dem Alltag in der Klinik zu tun. Es können die Fragen der Mitarbeiter/innen aufgegriffen werden, die die Verantwortung für das Erheben der Daten haben.

Dieses Vorgehen ist in eine Strategie interner Qualitätssicherung (s. dazu etwa HILDEBRANDT 1995) integrierbar. Organisationsentwicklung und Innovationen in Behandlungskonzepten können sich auf eine Problemanalyse des realen Arbeitsgeschehens stützen. Der Dokumentationsbogen enthält zumindest an zwei Stellen auch Indikatoren für Ergebnisqualität: „Ergebnis“ (Item 4.5) und „Weiterempfehlung realisierbar“ (Item 4.10). Es wäre zu prüfen, ob andere Qualitätsindikatoren zu entwickeln und in die Erhebung oder in die Auswertung aufzunehmen sind. Angaben über Zeitaufwände für bestimmte Maßnahmen (PRESTING et al. 1995, S.13) sind selbst noch kein Indikator für Qualität. Die Verwendung und Entwicklung solcher Indikatoren (zur Bedeutung KALTENBACH 1993, S.235 ff.) ist eine wesentliche Grundlage von Qualitätssicherungskonzepten. Bei allen Dokumentationen ist ja darauf zu achten, daß nicht sinnlos Datenberge entstehen (SELBMANN 1995), aus denen keine relevanten Schlußfolgerungen gezogen werden können.

An einigen konkreten Beispielen soll dargestellt werden, welchen praktischen Nutzen dieses Vorgehen haben kann:

(a) Vor einigen Jahren haben wir für unsere Klinik folgendes Ziel formuliert: „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie darf nicht zum Abschieben sozial auffälliger Kinder und Jugendlicher mißbraucht werden.“ Um dieses Ziel zu erreichen und zugleich unserem Versorgungsauftrag zuverlässig nachzukommen, haben wir folgendes Vorgehen entwickelt: Werden uns Kinder oder Jugendliche vorgestellt, bei denen eine akute soziale Problematik im Vordergrund steht und/oder bei denen wir erkennen, daß eine Fremdplatzierung angestrebt wird, dann machen wir

den künftigen Patientinnen und Patienten, Bezugspersonen und beteiligten Institutionen ein konkretes Angebot: Diagnostik und Abklärung therapeutischer Notwendigkeiten (und ggf. Möglichkeiten) in einem Zeitraum von maximal 6 Wochen. Aus heutiger Sicht würde man dies einen Behandlungsstandard nennen. Anhand der Daten läßt sich darüber folgendes aussagen.

Die Ergebnisse der Göttinger Untersuchung (PRESTING et al. 1995) lassen erwarten, daß die Verweildauer bei Fremdplazierungen länger ist. Das war auch bei uns der Fall: Diese beträgt bei denjenigen Patientinnen und Patienten, bei denen wir eine Fremdplatzierung vorschlagen und diese als geplant bezeichnen (Item 4.10.01 und 4.10.02 bei 53 Patientinnen und Patienten von insgesamt 189 erfaßten abgeschlossenen Behandlungen) 85 Tage (vs. 75 Tage bei den anderen Patientinnen und Patienten). Bei einer differenzierten Betrachtung stellen wir fest, daß die Verteilung der Verweildauer auf typische Zeiträume (1 Woche, 6 Wochen, ein viertel Jahr, ein halbes Jahr, ein Jahr, länger als ein Jahr) sich unterscheidet: nach der Entlassung waren fremdplazierte Kinder und Jugendliche sehr oft nur bis zu 6 Wochen bei uns. Die Unterschiede sind sehr signifikant: Chi Quadrat = 16 (DF = 5), $p = ,0068$ (Abb. 1).

In den 28 Fällen, in denen wir eine Fremdplatzierung anregen, aber für nicht realisierbar hielten, war die Verweildauer noch länger: im Durchschnitt 108 Tage. Bei diesen Patientinnen und Patienten ist die Verteilung auf die typischen Behandlungszeiträume jedoch nicht anders als bei denen, für die eine Fremdplatzierung nicht vorgeschlagen wurde.

Im Sinne einer Evaluation unserer Behandlungsziele ist festzustellen: Wir scheinen unser Ziel häufig zu erreichen. Von den Patientinnen und Patienten, deren Fremdplatzierung geplant ist, sind 45,3% zwischen einer und 6 Wochen bei uns; bei den anderen Patientinnen und Patienten sind nur 22,8 Prozent über diesen Zeitraum bei uns. Steigen wir weiter in dieses Problem ein: Patientinnen und Patienten, bei denen das Jugend-/Sozialamt eine Anregung zur Aufnahme gab ($n = 32$), haben eine deutlich geringere

Verweildauer (53,6 Tage) als solche, bei denen diese Ämter nicht beteiligt waren (85,9 Tage). Sind Ärzte und Kliniken mit einer Anregung zur Aufnahme beteiligt ($n = 108$), ist die Verweildauer länger (94,5 vs. 61,6 Tage). Dies wirft die Frage auf, ob bei bestehenden Kontakten mit den Ämtern Behandlungen verkürzt werden können. Tatsächlich werden bei Kindern, bei denen Ärzte/Kliniken die Anregung gaben, nur in 22,2% (von $n = 108$) der Fälle eine Fremdplatzierung geplant, regte das Jugend-/Sozialamt die Aufnahme an, waren es 46,9% (von $n = 32$). Diese Aussagen sind relevant: Es gab nur 3 Fälle, bei denen sowohl Ärzte/Kliniken als auch Jugend-/Sozialamt die Aufnahme angeregt hatten.

(b) Ein zweites Beispiel: die Evaluation unserer Psychopharmakabehandlung. Wir differenzieren die Diagnosen in Gruppen nach der ICD 10, vergleichen Medikamentenbehandlung bei Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose „Depression“ aus der Gruppe F3 mit denen einer Diagnose „depressive Anpassungsstörung“ aus der Gruppe F4 und erwarten, daß – wenn überhaupt – Psychopharmakabehandlung bei ersteren angezeigt sein kann. Die Daten bestätigen das: 5 von 7 Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der „Affektiven Störungen“ (F3; 71,4%) erhielten Psychopharmaka, aber nur 2 von 16 Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F4; 12,5%).

Im Sinne einer effektiven internen Qualitätssicherung ist festzuhalten: Es werden zunächst mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet. Ein Beispiel dazu aus der Analyse des Fremdplatzierungsproblems: Was bedeutet es, wenn Patientinnen und Patienten, bei denen wir eine Fremdplatzierung vorschlagen, die aber nicht realisierbar ist, so erheblich länger in der Klinik bleiben? Dies könnte darauf verweisen, daß hier vergebliche Bemühungen zu einer Verlängerung der Behandlung führen, die dann aber auch therapeutisch keinen Sinn gemacht hätte. Wir könnten hier reagieren und unseren Umgang mit den zuständigen Ämtern überprüfen; 50 Prozent dieser Fälle ($u = 14$) etwa kommt aus zwei Bremer Stadtbezirken, in denen 30 Prozent unserer Patien-

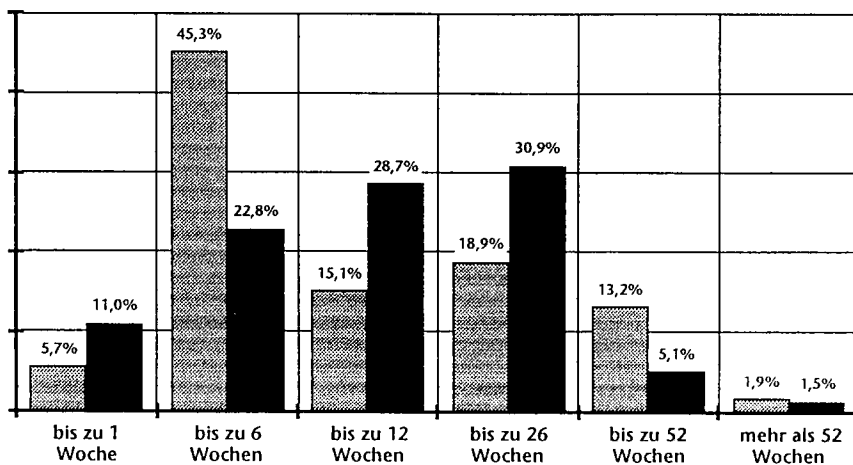


Abb. 1: Verweildauer und geplante Fremdplatzierung
 Linke Säule: Fremdplatzierung geplant ($n = 53$)
 Rechte Säule: Übrige Patient/innen/en ($u = 136$)

tinnen und Patienten wohnen. Auch daß die Verweildauer dann, wenn das Jugend-/Sozialamt die Aufnahme angeregt hat, wir eine Fremdplazierung für angezeigt aber nicht realisierbar hielten (5 Fälle), nur noch 32 Tage im Durchschnitt betrug, gibt Anlaß zu einer solchen Überprüfung. Möglich ist aber auch, daß wir es nur mit besonderen Einzelproblemen zu tun hatten: Zu dieser Gruppe gehört der Patient mit der längsten Behandlungsdauer (487 Tage), und 4 weitere Patienten haben ungewöhnlich lange Behandlungszeiten von rund einem halben Jahr und länger.

Eine Antwort im Sinne einer Begründung der beobachteten Daten ist gemeinsam in der Klinik zu suchen. Begründungen enthalten dann handlungsrelevante Erkenntnisse, die zu einer Verbesserung der Arbeit führen können. Vorstellbar ist, einen Qualitätszirkel einzurichten, der die Dokumentation systematisch beurteilt mit dem Ziel, konkrete Probleme zu erkennen, die dann in anderen Zusammenhängen (Projekte mit den am Problem Beteiligten, ggf. auch mit externen Stellen) gelöst werden können.

3 Zusammenhang mit externer Qualitätssicherung

Durch die Standardisierung der Diagnostik-Dokumentation, die Plausibilität der Behandlungsdokumentation und die prinzipielle Vergleichbarkeit von soziodemographischen Daten ist diese Dokumentation in ein System externer Qualitätssicherung einzubringen (CORDING 1995). Systeme externer Kontrolle des Behandlungsgeschehens unter Kostensenkungsgesichtspunkten bei Offenlegung der Daten sind aus politischer Motivation denkbar. Aber „externe Qualitätskontrollen können nur dann erfolgreich sein, wenn in den Krankenhäusern aktives Qualitätsmanagement betrieben wird“ (SELBMANN et al. 1994, S. II 17). In § 137 Sozialgesetzbuch V heißt es, daß Qualitätssicherung so zu gestalten ist, daß „vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.“ Das schreibt nicht völlig vereinheitlichte und zentralisierte Erhebungs- und Datenverarbeitungskonzepte vor.

Besser ist es, die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie warten die Entwicklung nicht ab, sondern setzen fort, was bisher schon erarbeitet wurde: Eine dialogisch entwickelte, öffentliche und transparente Kommunikation zwischen den Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht die Entwicklung besserer Behandlungskonzepte. Anregungen zu einem entsprechenden Qualitätszirkel wurden bereits gemacht (Bundesarbeitsgemeinschaft 1994).

Summary

Proposals for a Practical Solution of Care Documentation and Quality Assurance

It is proposed to establish an internal quality assurance with a practical care documentation which at the same time will also fulfill the requirements of external quality

assurance. A graphically economically designed questionnaire is presented. The integration of the diagnostic standards for child and adolescent psychiatry makes the questionnaire – made concrete for every clinic – usable in a communicably and dialogically external quality assurance. With the example of concrete data from the clinic of child and adolescent psychiatry in the hospital Bremen-East is shown how suitable indicators for quality are included in the care documentation.

Literatur

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. – CORDING, C. (1995): Basisdokumentation und Ergebnisqualität. In: GAEBEL, W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Wien, New York: Springer. – ENGLERT, E./POUSTKA, F. (1995): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44, 158–167. – HILDEBRANDT, R. (1995): Total Quality Management. *f&w* 12 (1), 31–42. – KALTENBACH, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Melsungen: Bibliomed. – PRESTING, G. / WITTE-LAKEMANN, G. / HÖGER, C. / ROTHENBERGER, A. (1995): *Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation*. Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44, 9–15. – POUSTKA, F. (1994) unter Mitarbeit von B. BURK, M. BÄSTLEIN, S. DENNER, G. VAN GOOR-LAMBO, D. SCHERMER: *Assoziierte Aktuelle Abnorme Umstände. Achse Fünf des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*. Glossar der WHO in deutscher Übersetzung. Frankfurt/M.: Swets Test. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1986): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge*. Bern: Huber; 2. Aufl. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICI-10 der WHO*. Bern: Huber; 2. rev. Aufl. – SELBMANN, H. K./PIETSCH-BREITENFELD, G./BLUMENSTOCK, G./GERAEDTS, M. (1994): *Evaluation der Qualitätssicherungs-Maßnahmen im Gesundheitswesen*. In: *Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme*. Band 38 *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden: Nomos. – SELBMANN, H. K. (1995): *Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung*. In: GAEBEL, W. (Hrsg.): *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Wien, New York: Springer. – World Health Organisation (1991): *Multiaxial version of ICD-10 prepared for use by clinicians dealing with child and adolescent psychiatric disorders*. Draft, Genf: WHO.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Psych. Alfred L. Lorenz, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, Züricher Str. 40, 28325 Bremen.

Dokumentation von:
Name:
Datum:

ZentralKrankenhaus Bremen-Ost

Versorgungsdokumentation Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Patient/in

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Anonymisierung

☐ ☐

2. Wievielte Aufnahme

☐ ☐

3. Jahr der Erstaufnahme

4. Behandlungsdauer

4.1 Datum Aufnahme

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4.2 Datum Entlassung

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Stationäre Aufnahme als Krisenintervention (0) nein (1) ja

☐

6. Geburtsdatum (Monat/Jahr)

☐ ☐ ☐ ☐

7. Geschlecht (1) männlich (2) weiblich

☐

8. Nationalität (1) deutsch (2) andere

☐

9. Wohnort vor der Aufnahme (Neue PLZ)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. Anregung zur Aufnahme

3 Nennungen möglich

01 Jugendliche/r selbst

02 Erziehungsberechtigte/r

03 Bekannte, Nachbarn

04 Ärzte/Kliniken

05 Kindergarten/Hort

06 Schule/Lehrer

07 Heim

08 Jugend-/Sozialamt

09 Gesundheitsamt

10 Polizei

11 Schulpsychologischer Dienst

12 EB

13 Eigene Ambulanz

14 Frauenhaus

15 Jugendgerichtshilfe/JVA

16 Psychotherapeutische Ambulanz

19 unbekannt

Patient/in wohnt bei

11. Mutter/ Ersatzmutter

☐

1 Leibliche Mutter

2 Stiefmutter

3 Adoptivmutter

4 Pflegemutter

5 Großmutter

6 Verwandter/sonstige Ersatzmutter

7 Nicht bei Mutter/
Ersatzmutter

12. Vater/ Ersatzvater

☐

1 Leiblicher Vater

2 Stiefvater

3 Adoptivvater

4 Pflegevater

5 Großvater

6 Verwandter/sonstiger Ersatzvater

7 Nicht bei Vater/
Ersatzvater

Ausbildung

13. Mutter/ Ersatzmutter

☐

1 Ohne abgeschlossene Ausbildung

2 Hauptschule/Realschule mit abgeschlossener Lehre/Ausbildung

3 höhere Schulen

4 Abitur

5 Hochschulausbildung

14. Vater/ Ersatzvater

☐

1 Ohne abgeschlossene Ausbildung

2 Hauptschule/Realschule mit abgeschlossener Lehre/Ausbildung

3 höhere Schulen

4 Abitur

5 Hochschulausbildung

Tätigkeit

15. Mutter/ Ersatzmutter

☐

1 ganztags erwerbstätig

2 regelmäßig teilzeitbeschäftigt

3 zeitweise beschäftigt/

Gelegenheitsarbeit

4 ohne Arbeitsstelle/
Ausbildungsstelle

5 in Ausbildung/
Umschulung

6 Rentner

7 im Haushalt tätig

8. Kind lebt nicht bei Mutter/
Ersatzmutter

9. selbstständig/freiberullich

0 unbekannt

16. Vater/ Ersatzvater

☐

1 ganztags erwerbstätig

2 regelmäßig teilzeitbeschäftigt

3 zeitweise beschäftigt/
Gelegenheitsarbeit

4 ohne Arbeitsstelle/
Ausbildungsstelle

5 in Ausbildung/
Umschulung

6 Rentner

7 im Haushalt tätig

8. Kind lebt nicht bei Vater/
Ersatzvater

9. selbstständig/freiberullich

0 unbekannt

17. Kinderzahl in der Aufenthaltsfamilie

Gegenwärtige Kinderzahl (einschl. Patienten)

98 Kind lebt nicht bei Eltern/Ersatzeltern

99 unbekannt

☐ ☐

3. Diagnose

nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

1. Achse ICD 10

Klinisch-psychiatrisches Syndrom. 2 Diagnosen zugelassen. Sicherheitsgrad 5. Stelle: (0) sicher (1) unsicher

F ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

F ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Diagnose im Wortlaut, wenn gewünscht:

2. Achse

Umschrieben Entwicklungsstörungen. 3 Nennungen

zugelassen. Aus ICD 10

Gruppe F 8,

jedoch nicht: F 84

(diese unter 1. Achsel)

F ☐ ☐ ☐ ☐

F ☐ ☐ ☐ ☐

F ☐ ☐ ☐ ☐

3. Achse Intelligenzniveau

0 Weit über-

durchschnittliche...

1 über-

durchschnittliche...

2 durchschnittliche...

3 unter-

durchschnittliche...

Intelligenz

4 leichte...

5 mittelgradige...

6 schwere...

7 schwerste...

8 nicht näher

bezeichnete...

...Beeinträchtigung

9 unbekannt

☐

4. Achse

Körperliche Symptomatik

3 Nennungen zugelassen.

Falls erforderlich die neurologische Diagnose.

Aus ICD 10

☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐ ☐

2. Auffällige Erscheinungen

Beobachtungen und Feststellungen innerhalb der letzten 6 Monate vor der gegenwärtigen Aufnahme

1. Chronische körperliche Erkrankungen (0) nein (1) ja

(Wenn ja, bitte die entsprechende Schlüsselnummer auf der 4. Achse eintragen!)

Körperbehinderungen, cerebrale Anfallsleiden, Seh- und Hörstörungen, motorische Funktionsstörungen, chron. organische Erkrankungen

☐

2. Psychomotorische Auffälligkeiten

(0) nein (1) ja

Psychomotorische Unruhe (Hyperaktivität), Tics, Grimassen, Verlegenheitsmotorik, Stereotypen, Kopflernen, Wiegen, Schaukeln

☐

3. Psychosomatische Auffälligkeiten

(0) nein (1) ja

Schlafstörungen (nicht Pavor), Eßstörungen (Unlust, Gier), Erbrechen, Würgen, Darmfunktionsstörungen, Bauchschmerzen (Nabelkoliken), Enuresis, Enkopresis, Kotschmierer, Kopfschmerzen, Herzschmerzen, Atmungsstörungen, Hautallergien, allergische Reaktionen

☐

4. Sprachstörungen (0) nein (1) ja

Mutismus, Stummheit, Stottern, Poltern, Stammeln, Artikulationsmängel, Dys-/Agrammatismus, Aphasie, vorzeitige/verzögerte Sprachentwicklung

☐

5. Drogen-/Alkohol-/

Medikamentenmißbrauch (0) nein (1) ja

☐

6. Auffälligkeiten im Sexualverhalten

(0) nein (1) ja

Auffälliges Verhalten, Beteiligung an Handlungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung als Täter

☐

7. Auffälligkeiten im Sozialverhalten

(0) nein (1) ja

Schwindeln, Lügen, Entwendungen, Weglaufen, Zündeln, Brandstiftungen

☐

8. Meiden/Verweigern des Auf-

suchens von Schule, Ausbildungs-

und Arbeitsplatz (0) nein (1) ja

☐

9. Aggressives Verhalten (0) nein (1) ja

Zerstörung, Beschädigung von Sachen, Selbst-

aggression, Automutilation, ungewöhnliche

Wutausbrüche, tätliche Angriffe

☐

2.10 Kontaktprobleme (0) nein (1) ja

Soziale Isolation, Abkapselung, Scheu, Kontaktangst, überangepaßtes Verhalten

☐

2.11 Auffälligkeiten im Spiel- und

Leistungsverhalten (0) nein (1) ja

Besondere/mangelnde Leistungsansprüche, Empfindlichkeit/Gleichgültigkeit bei Mißerfolg, Perfektionismus, Langsamkeit, Konzentrationsstörungen, Unselbständigkeit, Leistungsschwankungen, umschriebenes/allgemeines Leistungsvermögen

☐

2.12 Auffälligkeiten im emotionalen

Bereich (0) nein (1) ja

Emotional ungenügend schwingungsfähig, Stimmungsinstabilität, kurzfristige Stimmungsschwankungen, längerandauernde Veränderungen der Stimmungslage, abern, läppisch, Minderwertigkeits-/ Überwertigkeitsgefühle, ungewöhnliche allgemeine Ängstlichkeit, Angst vor bestimmten Situationen, umschriebene Ängste, Zwangshandlungen, zwanghafte Vermeidungen, suizidale Äußerungen

☐

2.13 Suizidale Handlungen

(0) nein (1) ja

☐

Versorgungsdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie

5. Achse:

Abnorme psychosoziale Umstände

Codierung:

- 0 nicht zutreffend, normal
1 zutreffend, aber nicht mit ausreichendem Schweregrad
2 trifft sicher zu
8 logisch nicht möglich
9 unbekannt

5.1 Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 1.0. Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
1.3 Körperliche Kindesmißhandlung
1.4 Sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)
1.8 Andere

5.2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten/Behinderung in der Familie

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 2.0. Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils
2.1 Behinderung eines Elternteils
2.2 Behinderung der Geschwister
2.8 Andere

5.3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

5.4 Abnorme Erziehungsbedingungen

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 4.0. Elterliche Überfürsorge
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
4.3 Unangemessene Forderungen und Nötigungen durch die Eltern
4.8 Andere

5.5 Abnorme unmittelbare Umgebung

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 5.0. Erziehung in einer Institution
5.1 Abweichende Elternsituation
5.2 Isolierte Familie
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
5.8 Andere

5.6 Akute, belastende Lebensereignisse

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 6.0. Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung
6.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
6.4 Sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)
6.5 Unmittelbar beeinträchtigende Ereignisse
6.8 Andere

5.7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 7.0. Verfolgung oder Diskriminierung
7.1 Migration oder soziale Verpfanzung
7.8 Andere

5.8 Chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 8.0. Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder

8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule/Arbeitssituation

8.3 Andere

5.9 Belastende Lebensereignisse oder Situationen infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderung des Kindes

bei Codierung 0 in allen Unterpunkten genügt

Eintragung hier:

- 9.0. Institutionelle Erziehung
9.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Heransetzung der Selbstachtung führen
9.8 Andere

6. Achse: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 Gute...
1 befriedigende...
2 Leichte...
3 mäßige...
4 deutliche...
5 deutliche und übergreifende...
6 tiefgreifende...
7 Beeinträchtigung
8 Braucht beträchtliche Betreuung
9 Braucht beständige Betreuung
9 unbekannt

4. Behandlung

1. Station

- (1) Kinder
(2) Jugendliche
(3) Psychotherapie

2. Art

- (1) stationär
(2) tagesklinisch

3. Therapien

(7 Nennungen möglich, in der Reihenfolge der Wichtigkeit)

- | | einzel | in Gruppe |
|---|--------|-----------|
| 00 keine | | |
| 01 Soziotherapie | | |
| 02 Klinikunterricht/schul.Förderung/Schulbesuch | | |
| 03 Ergotherapie | | |
| 04 psychomotorische Übungsbehandlung | | |
| 05 Mototherapie | | |
| 06 Wahrnehmungstraining | | |
| 07 Logotherapie | | |
| 08 Kunsttherapie | | |
| 09 Physiotherapie | | |
| 10 Arbeitstraining | | |
| 11 Musiktherapie | | |
| 12 Psychodrama | | |
| 13 Rollenspiel | | |
| 14 Entspannungstraining | | |
| 15 Krankengymnastik | | |

4. Psychotherapeutische Verfahren beim Kind

(3 Nennungen möglich, in der Reihenfolge der Wichtigkeit)

- | | einzel | in Gruppe |
|--|--------|-----------|
| 00 keine | | |
| 01 nicht methodenspezifische ki.-ju.-psychiatrische Behandlung | | |
| 02 analytische/tiefenpsychologische Verfahren | | |
| 03 klientenzentr. Gesprächstherapie | | |
| 04 Kinderspielltherapie | | |
| 05 Meditationsverfahren (z.B. Katathymes Bilderleben) | | |
| 06 Verhaltenstherapie | | |
| 07 Gestalttherapie | | |
| 08 andere psychotherapeutische Verfahren | | |

5. Ergebnis

- | | 4. 10.1 bzgl. Symptomatik | 4. 10.2 bzgl. Gesamtsituation |
|----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 0 entfällt (Abbruch) | | |
| 1 völlig gebessert | | |
| 2 deutlich gebessert | | |
| 3 etwas gebessert | | |
| 4 unverändert | | |
| 5 verschlechtert | | |
| 9 Nicht beurteilbar | | |

6. Ende der Behandlung

- 1 durch therapeutische Vereinbarung
2 Abbruch durch Patienten/Eltern...
3 Abbruch durch die Klinik

7. Psychopharmako-Therapie

(5 Nennungen möglich, in der Reihenfolge der Wichtigkeit)

- 0 keine
1 antikonvulsiv
2 thymoleptisch
3 Stimulantien
4 neuroleptisch
5 Tranquillizer
6 Lithium/Carbamazepin
7 andere

8. Beratungen und Behandlungen bei Eltern/Ersatzeltern/Familien

(3 Nennungen möglich, in der Reihenfolge der Wichtigkeit)

- 0 Keine
1 Beratung
2 Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)
3 Familiensitzung
4 systemische Therapie/Famillientherapie
5 andere

9. Beratungen bei anderen Erziehungspersonen/Institutionen

(4 Nennungen möglich, in der Reihenfolge der Wichtigkeit)

- 0 Keine
1 Beratung/Intervention bei Erziehungspersonen (Eltern ausgenommen)
2 Beratung von Schulen/Kindergärten
3 Beratung von Heimen
4 Beratung sozialer Dienste
5 Hellerkonferenz
6 andere
7 Ärzte, Kliniken, andere Psychotherapeuten
8 andere Therapeuten (z.B. Krankengymnasten, Logopäden)

10. Empfohlene Weiterbehandlung

(6 Nennungen möglich, in der Reihenfolge der Wichtigkeit, unabhängig von der Realisierbarkeit)

Realisierbarkeit 3. Kästchen:

- | | ist geplant | scheint nicht realisierbar |
|--|-------------|----------------------------|
| 00 keine | | |
| 01 Heim/Wohngruppe | | |
| 02 therapeutisches Heim | | |
| 03 Internat | | |
| 04 Pflegestelle/Adoption | | |
| 05 Umschulung/Rücksetzung | | |
| 06 Tagesstätte/Sonderschule G | | |
| 07 Werkstatt für Behinderte | | |
| 08 Kindergarten/Hort | | |
| 09 Erziehungsberatung | | |
| 10 nachgehende Fürsorge | | |
| 11 Sonderpädagogik/Förderung | | |
| 12 Kinder- und Jugendpsychiater | | |
| 13 analytisch/tiefenpsychologische Therapie | | |
| 14 klientenzentrierte Therapie | | |
| 15 Verhaltenstherapie | | |
| 16 Gruppentherapie | | |
| 17 Familientherapie | | |
| 18 Elterntherapie | | |
| 19 eigene Ambulanz | | |
| 20 eigene Klinik, stationär | | |
| 21 andere Kinderpsychiatrie | | |
| 22 Erwachsenenpsychiatrie, stationär | | |
| 23 Teilstationäre Ki-Ju/Tagesklinik | | |
| 24 andere teilstationäre Behandlung | | |
| 25 andere ambulante medizinische Behandlung | | |
| 26 andere stationäre medizinische Behandlung | | |
| 27 alltagsorientierte Empfehlungen | | |

11. Entlassung wohin?

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| 01 Elternhaus | 07 andere Ki-Ju Klinik |
| 02 andere Verwandte | 08 Erwachsenenpsychiatrie |
| 03 andere Familie | 09 andere Klinik |
| 04 Internat | 10 JVA |
| 05 Heim/WG | 11 sonstiges |
| 06 eigene Wohnung | 99 unbekannt |

12. Gleicher Wohnort?

Ist der Wohnort identisch mit dem Wohnort bei Aufnahme?
1 Ja
2 Nein