

Englert, Ekkehart und Poustka, Fritz

**Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische
Dokumentationssystem - Entwicklung und methodische
Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 5, S. 158-167

urn:nbn:de:bsz-psydok-38326

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-	
--	--

troliertem 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 asthmakrankender 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	

Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung

Ekkehart Englert und Fritz Poustka

Zusammenfassung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind angesichts des zunehmenden Kostendrucks und der veränderten Gesetzeslage unabdingbar geworden. Grundlage hierfür sollte ein Dokumentations-

system sein, das eine reliable Zuordnung möglichst objektiv erhebbarer Kerndaten der Patienten unter Einschluß eines standardisierten psychopathologischen Befundes und der neuesten Version des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) umfaßt. In einem kurzen Überblick wird die historische Entwicklung von Dokumentationssystemen

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 44: 158–167 (1995), ISSN 0032-7034

© Vandenhoeck & Ruprecht 1995

in der Psychiatrie bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben, die erst in jüngster Zeit Bestrebungen hin zu einer allgemein verbindlichen Standardisierung erkennen läßt. Allgemeine methodische Grundlagen klinischer Dokumentation werden beschrieben, bevor schließlich das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem vorgestellt wird, das in den Jahren 1987 bis 1993 an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt a. M. entwickelt wurde und bereits an mehreren Universitätskliniken im Gebrauch ist. Es besteht aus einem sechsteiligen Dokumentationsbogen, einem ausführlichen Glossar und einem speziellen Computerprogramm zur Dateneingabe und -verwaltung. Erfasst werden soziodemographische und anamnestiche Daten, der psychopathologische und somatische Befund, die diagnostischen Einschätzungen i. R. des MAS und Angaben über durchgeführte Maßnahmen und Behandlungserfolg. Das Computerprogramm, das auf jedem IBM-kompatiblen PC lauffähig ist, ermöglicht eine benutzerfreundliche Eingabe der Daten am Bildschirm, regelt die Fallnummernzuteilung, kontrolliert wichtige Kerndaten auf Plausibilität und überwacht die regelmäßige Erstellung von Sicherungskopien. Abschließend wird die Anwendbarkeit zur klinischen Qualitätssicherung erörtert.

1 Qualitätssicherung und klinische Befunddokumentation

Im Rahmen der allgemeinen Kostendiskussion bzw. fortschreitender Maßnahmen zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen wird in Zukunft verstärkt die Frage auch auf den Kinder- und Jugendpsychiater zukommen, wie effizient seine Behandlungsmethoden im Sinne der Kosten/Nutzenrechnung sind. Zu unterscheiden ist hier zwischen „Wirksamkeit“ und „Effizienz“, wobei letztere den Quotienten aus erwünschter Wirkung und Behandlungsbzw. Kostenaufwand darstellt. Im stationären Bereich ist, wie KUNZE und KALTENBACH (1992) betonen, aufgrund der durch die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vom Dezember 1990 zu erwartenden Personalaufstockung mit den entsprechenden finanziellen Konsequenzen für die Kostenträger eine entsprechend höhere Verantwortung für den Einsatz des teuren Personals verbunden. Außerdem wurde bereits mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes im Jahre 1989 die Qualitätssicherung gesetzlich verankert: Nach § 137 SGB V – Art. 1 GStruktG – sind die Krankenhäuser „... verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsprozesse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden“ (GAEBEL u. WOLPERT 1994). Einzelfallbezogene Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) „... zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung“ sind nach § 275 SGB V ebenso vorgeschrieben (WÖLK 1994), wie stichprobenartige Leistungsüberprüfungen im Rahmen der Psychiatrie-Personalverordnung bezüglich des Leistungsspek-

trums der Kliniksabteilungen und der Einstufungen in die verschiedenen Behandlungsbereiche (ROTTHAUS 1993).

Auch in Großbritannien haben, wie GRAHAM (1993) berichtet, politische Veränderungen, die sich auf den gesamten staatlichen Gesundheitsdienst auswirkten, nicht nur zu einem erhöhten Kostenbewußtsein, sondern auch zur Anforderung von Rechenschaftsberichten (Audit) geführt. Diese werden vom Department of Health definiert als eine „systematische kritische Analyse der medizinischen Versorgung einschließlich der Verfahren, die zur Erstellung einer Diagnose und der Durchführung der Behandlung angewandt wurden, sowie der Nutzung von Ressourcen und des daraus resultierenden Ergebnisses für den Krankheitsverlauf und für die Lebensqualität des Patienten“. GRAHAM betont hierbei, wie wichtig es ist, daß innerhalb des Fachgebietes eine Übereinstimmung darüber besteht, welche therapeutischen Vorgehensweisen für effektiv erachtet werden, weil sonst die Verwaltungsfachleute das Vertrauen in derartige Expertisen verlieren.

In den USA begann die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 1991, Qualitätsstandards für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie zu formulieren, die Serie der Publikationen beginnend mit dem Hyperkinetischen Syndrom (AACAP 1991). In der Folge kam es auch innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer Diskussion über Nutzen und Risiken von allgemeinen Qualitätsstandards (DÖPFNER u. LEHMKUHL 1993).

Qualitätssicherung bedeutet auch Qualitätskontrolle; wenn es um die Beurteilung von Therapieindikation, Schweregrad der Symptomatik, Behandlungsmodus, Therapieverlauf und -erfolg geht, kommt der Krankenakte eine zentrale Bedeutung zu. Eine adäquate Dokumentation ist eine wesentliche Grundlage für systematische Qualitätsanalysen (GAEBEL u. WOLPERT 1994; STIEGLITZ 1994). Eine systematische Basisdokumentation erleichtert nicht nur die Auswertung am Computer, sondern sie erhöht auch – sofern die Dokumentationsbögen in der Krankenakte verbleiben – die Übersichtlichkeit und den Informationsgehalt des Krankenblattes. Bei der systematischen Aufarbeitung von alten Krankenakten, die noch ohne Dokumentation geführt wurden, mußte immer wieder festgestellt werden, daß die durchschnittliche Informationsdichte zu gering war und z.T. selbst wichtigste Angaben fehlten (DONIKE u. WANKE 1971).

Daher sind in Zukunft für die kinder- und jugendpsychiatrische Befunddokumentation gewisse Standards erforderlich, die nicht nur eine Präzisierung der Datenerhebung und -aufzeichnung beinhalten, sondern auch eine Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Kliniken/Behandlungseinrichtungen sicherstellen sollten. In der Diagnosen- und psychopathologischen Befunddokumentation verfügen wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mittlerweile über ein gut erprobtes Instrumentarium, welches den Kern einer solchen Dokumentation bilden sollte:

- das Multiaxiale Klassifikationsschema (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986), das unter Verwendung der ICD-10 (DILLING et al. 1991) und der neugestalteten und erwei-

terten Achse V (Abnorme psychosoziale Umstände, deutsche Fassung: POUSTKA 1994) sowie unter Einschuß einer sechsten Achse (Globaleinschätzung der psychosozialen Behinderung, WHO 1991) wesentliche Verbesserungen erfahren hat, und

- die Psychopathologische Befunddokumentation („Kinder-AMDP“, DÖPFNER et al. 1993), die in Anlehnung an das AMDP-System (FÄHNDRICH u. STIEGLITZ 1989) und unter Einbeziehung der Diagnosekriterien der ICD-10 und des DSM-III-R entwickelt wurde und in dieser Form bereits an mehreren deutschsprachigen Kliniken eingeführt worden ist.

Erste gemeinsame Auswertungen der Universitätskliniken in Frankfurt und Köln konnten eine überraschend hohe Übereinstimmung zwischen den in der Routinedokumentation der beiden Kliniken an unabhängigen Stichproben erhobenen Daten hinsichtlich der faktoriellen Struktur des Psychopathologischen Befundes belegen (ENGLERT u. DÖPFNER 1992). Nicht nur die Vergleichbarkeit der Daten und die bessere Auswertbarkeit sprechen eindeutig für eine Standardisierung des psychopathologischen Befundes, sondern vor allem auch der – entgegen landläufigen Vorurteilen – wesentlich höhere Informationsgehalt gegenüber freien Aufzeichnungen, wie WEITZEL und Mitarbeiter (1973) eindrucksvoll belegen konnten. In einer Untersuchung, die SCHÜTZWOHL und HÄFNER-RANABAUER (1994) anhand der am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim in Gebrauch befindlichen Routinedokumentation durchführten, konnten allein aus dem standardisierten psychopathologischen Befund (AMP-System) diskriminanzanalytisch die Aufnahmediagnosen nach ICD-8 bzw. -9 mit hoher Übereinstimmung zugeordnet werden, das heißt, es konnte der Nachweis geführt werden, daß die Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen ganz wesentlich durch den psychopathologischen Aufnahmebefund bestimmt sind.

Da in Zukunft damit zu rechnen ist, daß die Indikationsstellung für kostenintensive Behandlungsmaßnahmen (ambulante Psychotherapie, stationäre Behandlung) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kritischen Überprüfungen durch die Kostenträger unterzogen werden, ist ein gut und reliabel dokumentierter psychopathologischer Befund zur Dokumentation des Vorstellungs- und Behandlungsanlasses sowie zur Verlaufskontrolle unentbehrlich.

2 Zur historischen Entwicklung

Eine erste überregionale psychiatrische Medizinalstatistik bestand bereits ab 1877 in Form der sog. „Reichs-Heilanstaltsstatistik“, die von der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater zuletzt im Jahre 1938 vorgelegt wurde (ECKMANN et al. 1973). Nach 1945 gab es kein bundeseinheitliches Dokumentationsverfahren, sondern es setzte die Entwicklung verschiedener versorgungs- und trägerspezifischer Dokumentationssysteme ein. In den 60er Jahren ging mit dem Einzug der EDV die Etablierung erster computergestützter Dokumentationssysteme in

der Psychiatrie einher (BOCHNIK 1967); am Zentrum der Psychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt a.M. wurde im Jahre 1968 eine computergestützte Kerndokumentation eingeführt, in der pro Aufnahme bis zu 550 Einzelmerkmale erfaßt wurden (DONIKE u. WANKE 1971). In diese Zeit fiel auch die Entwicklung operationalisierter Psychopathologie-Skalen, wie z.B. der IMPS (LORR et al. 1963) und des standardisierten psychopathologischen Befundes der „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“ (AMP, SCHARFETTER 1971).

In einer im Jahre 1971 durchgeführten Umfrage bei psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik und in Österreich fanden ECKMANN und Mitarbeiter (1973) in der Synopsis von 60 Rückantworten eine „Kerngruppe“ von gerade 9 übereinstimmenden Merkmalen, die zudem weder einheitlich definiert noch unterteilt waren; zehn Jahre später mußten DILLING und Mitarbeiter (1983) feststellen, daß es noch immer nicht gelungen war, die bestehenden Dokumentationssysteme in der Bundesrepublik zu einer generell akzeptierten Basisdokumentation zusammenzufügen; der neue überarbeitete Vorschlag der DGPN wurde unterteilt in einen Minimalkatalog und darüber hinaus empfohlene Merkmale für die Basisdokumentation.

Bei einer erneuten Erhebung zum Stand der psychiatrischen Basisdokumentation (Indexjahr: 1986) fanden JOHN und DILLING (1989), daß rund ein Drittel der insgesamt 231 Institutionen über keine Basisdokumentation verfügte, wobei sich die Universitätskliniken keineswegs von den übrigen Institutionen unterschieden. Als Gründe für das Fehlen einer Basisdokumentation wurde von den betreffenden Einrichtungen an erster Stelle der Personalmangel bei der Datenverarbeitung genannt, an zweiter Stelle der Mangel an technischen Auswertungsressourcen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde von einer Kommission „Erhebungsbogen“ der „Bundeskongferenz für Erziehungsberatung“ in den Jahren 1973–1975 ein Basisdokumentationsbogen entwickelt, der 1976 in 20 Erziehungsberatungsstellen in verschiedenen Bundesländern eingeführt wurde; erste, ermutigende Ergebnisse im Sinne einer hinreichenden Beschreibung der Inanspruchnahmepopulation veröffentlichten REY et al. 1978. Die Mannheimer kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation (ABA et al. 1977) bildete schließlich die Grundlage für die Dokumentationen zahlreicher anderer kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken (Berlin, Münster, Frankfurt, Köln).

Aus der Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin berichteten JUNG-MANN und Mitarbeiter (1978) über die Erfahrungen mit der Mannheimer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation, die dort 1976 eingeführt worden war. Eine Weiterentwicklung der Mannheimer Basisdokumentation stellt schließlich unser hier vorgestelltes Frankfurter System dar.

Mittlerweile hat sich auch innerhalb des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung mit der Erarbeitung einer Basisdokumentation für die Praxis niederge-

lassener Kinder- und Jugendpsychiater befaßt. Ein entsprechender Entwurf auf der Grundlage der Dokumentationsbögen der Marburger Universitätsklinik wurde jüngst von WIENAND und LAM (1994) vorgestellt.

3 Methodische Grundlagen klinischer Dokumentation

Als „Basisdokumentation“ ist die systematische Erhebung von soziodemographischen, regionalen, diagnostischen und behandlungsbezogenen Grunddaten zu verstehen, die individuell bei Aufnahme und/oder Entlassung im stationären, teilstationären oder ambulanten Bereich erfolgt (JOHN u. DILLING 1989). Zu unterscheiden ist hierbei zwischen der ärztlich/psychologischen Dokumentation, die Gegenstand dieser Darstellung ist und einer verwaltungstechnischen Dokumentation, die zu Abrechnungszwecken mit den Kostenträgern dient und nur die im SGB V geforderten Daten (incl. Diagnose gem. ICD-9) enthält.

Der Begriff „Basisdokumentation“ steht nicht nur für den standardisierten Erhebungsbogen, sondern für ein komplettes Dokumentationssystem aus Erfassungs- (Dokumentations-)Bogen, darauf speziell abgestimmtem Computerprogramm zur Dateneingabe, -ordnung und -sicherung mit angeschlossenen Auswertungsmöglichkeiten (Statistikprogramm oder Datentransfer in ein Rechenzentrum) und einer kliniksinternen Struktur, in der die Kontrolle der Durchführung und der Vollständigkeit der Dokumentation sowie die Modalitäten der diagnostischen Klassifikation und des Abschlusses der Krankenakte geregelt sein müssen.

Die einzelnen Komponenten eines Dokumentationssystems und den Fluß der Daten zeigt die Abbildung 1 in der Übersicht; die einzelnen Schritte werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

3.1 Umfang der in einer Basisdokumentation zu erhebenden Daten

„Basis“-Dokumentation bedeutet, daß diese Dokumentation als Grundlage für alle innerhalb der betreffenden Klinik vorgesehenen statistischen Auswertungen dienen soll, d.h. auch bei *allen* Patienten durchführbar sein soll und daß die Datensammlung für speziellere wissenschaftliche Fragestellungen entsprechenden Forschungs-Protokollbögen vorbehalten sein sollte. Daher hat sich der Umfang sowie die Art und Weise der Durchführung einerseits nach der gebräuchlichen Kliniksroutine und den zeitlichen sowie personellen Gegebenheiten, andererseits auch nach den Besonderheiten der Inanspruchnahmepopulation zu richten. So unterschieden KATSCHNIG und POUSTKA (1976) sogenannte „billigere“ (routinenähe) Informationen, die ohne zusätzlichen Aufwand innerhalb der Routine ohnehin in jedem Einzelfall automatisch generiert werden, von sogenannten „teuren“ (routinefernen) Informationen, die einen zusätzlichen Arbeitsgang zu ihrer Erhebung erfordern. Bei der Neukonzeption eines Dokumentationssystems ist überdies eine Gesetzmäßigkeit zu beachten, die BROOKE (1973) postuliert hat, nämlich, daß

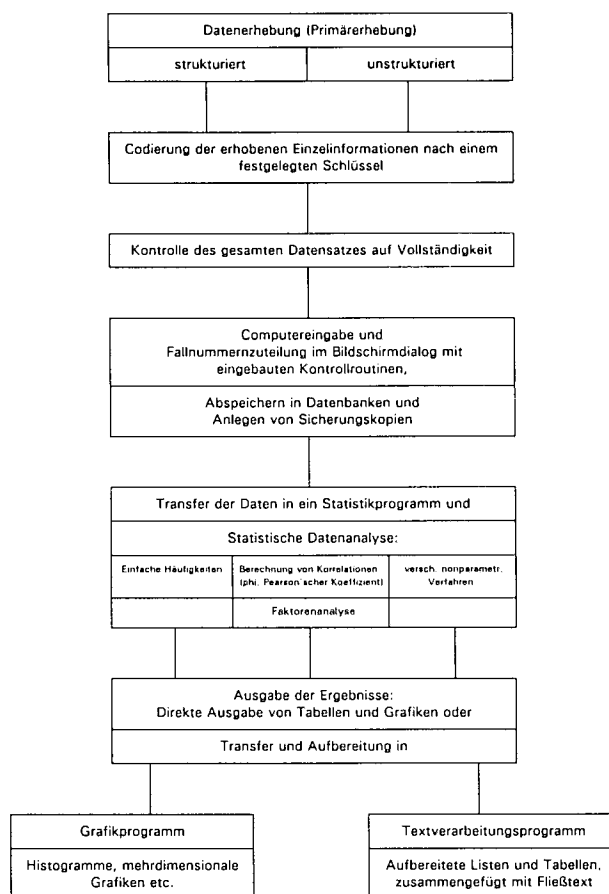


Abb. 1: Flussdiagramm der Datenerhebung und -verarbeitung in der Basisdokumentation (in Anlehnung an BOCHNIK et al. 1967)

desto weniger Information gemeinsam erhebbar ist, d.h. das Dokumentationssystem kürzer sein muß, je mehr Teilnehmer ein gemeinsames Dokumentationssystem hat.

3.2 Erhebung und Kategorisierung der Informationen und Befunde

Die Datenerhebung erfolgt in der Aufnahmesituation und wird im Verlauf der Behandlung durch weitere Informationen ergänzt. Die Daten stammen aus den unterschiedlichsten Quellen: aus der Exploration, aus vom Untersucher beobachteter Symptomatik, Fremdanamnese, Laborwerten, Auswertungen anderer apparativer Untersuchungen, aus testpsychologischen Befunden oder anderen bekannten Vorbefunden und werden im allgemeinen nicht standardisiert erhoben.

Die Gesamtheit aller erhobenen Daten einer Behandlungsepisode eines Patienten wird als „Datensatz“, jedes erfaßte Einzelmerkmal als „Item“ bezeichnet. Dieser Datensatz besteht, wie in obiger Auflistung bereits erkennbar, aus formal und inhaltlich sehr heterogenen Einzelinformationen. Um die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) sinnvoll und ökonomisch nutzen und die Daten statistisch aufbereiten zu können, müssen diese in eine für den Computer einfach zu verar-

beitende Form gebracht, das heißt in die Form diskreter quantitativer Daten transformiert werden: Stetige quantitative Meßgrößen müssen auf eine zuvor festgelegte Anzahl von Dezimal- bzw. Kommastellen gerundet werden, und alle qualitativen Daten müssen codiert (verschlüsselt) werden: In einer Rangfolge angeordnete qualitative Merkmale werden durch ganze Zahlen entsprechend der Hierarchie der Merkmalsausprägungen codiert, bei nicht geordneten qualitativen Variablen wird jedem Ausprägungsgrad ein beliebig festzulegender, aber eindeutiger Schlüssel in Form einer ganzen Zahl zugeordnet.

3.3 Die elektronische Datenverarbeitung

Waren ehemals für die Verwaltung größerer Datenmengen Großrechenanlagen bzw. Rechenzentren vonnöten, so ist es heute möglich, die gesamte Basisdokumentation einer Abteilung auf einem handelsüblichen Personal Computer (PC) abzuwickeln. Die Daten müssen dann nicht unbedingt anonymisiert gespeichert werden, da sie den medizinischen Bereich bzw. die betreffende Abteilung nicht verlassen, und der Anwender ist unabhängig von den Gegebenheiten eines Rechenzentrums (wie z.B. zusammenbrechende Standleitungen, „Computerviren“, „Hacker“). Zur Dateneingabe bzw. -organisation kann auf handelsübliche Programme (Software) zurückgegriffen werden, ebenso existieren leistungsfähige Statistikprogramme für PCs (z.B. SAS, SPSS/PC+, SPSS INC. 1988). Auf der Grundlage eines Datenbankprogramms (z.B. „dBase“, „Paradox“, BORLAND INC.) können benutzerfreundliche Eingabeprogramme erstellt werden, die mit „Eingabemasken“ und Kontrollroutinen so gestaltet werden können, daß die Dateneingabe auch von Laien (z.B. Schreibkräften) mit geringer Fehlerquote zu bewältigen ist. Der Vorteil des Einsatzes solcher Standardsoftware liegt vor allem darin, daß sie auch nach Erstellung eines speziellen Anwendungsprogramms flexibel bleibt, die Programme modifiziert werden können und der Zugriff auf die Daten auch unabhängig von dem Anwendungsprogramm erfolgen kann. Neue Mitarbeiter können sich dank vorhandener Lernprogramme und umfangreicher Sekundärliteratur in relativ kurzer Zeit in das Datenbanksystem einarbeiten und Auswertungen vornehmen.

3.4 Der Codierungs- (Dokumentations-) Bogen

Die Gestaltung des Dokumentationsbogens sollte möglichst routinenah sein, sowohl was den Umfang der Datenerhebung als auch die Reihenfolge der Items betrifft. Die Einzelinformationen sollten in einer logisch sinnvollen Abfolge erfragt werden und in den entsprechenden Teilen (Anamnese, psychopathologischer und somatischer Befund) dem gewohnten Gang der Untersuchung folgen. Dabei sollte auch genügend Raum für handschriftliche Vermerke vorhanden sein, so daß hier auch die üblichen Notizen und Zusatzinformationen (z.B. Namen der Geschwister oder der Schule) eingetragen werden können.

Das Codierschema möglichst aller Items muß so gestaltet sein, daß grundsätzlich für jeden Fall eine Eintragung vorgenommen werden kann, also keine Felder leer bleiben. Bei allen Items, bei denen dies zu erwarten ist, muß auch eine Codierung des Sachverhaltes erfolgen können, daß der betreffende Punkt z.B. mangels Information nicht beurteilbar ist. Auf diese Weise läßt sich später bei der Auswertung unterscheiden, ob das betreffende Item einfach übersehen wurde, oder ob bei ordnungsgemäßer Codierung die betreffende Information fehlte. Wenn keiner der zur Verschlüsselung festgelegten Auswahlpunkte zutrifft, weil das ganze Item auf den betreffenden Fall nicht anwendbar ist oder weil eine andere, nicht aufgeführte Ausprägung dieses Merkmals zutrifft, muß dennoch auch diese Tatsache in einer Codierung ihren Ausdruck finden können.

Es hat sich bewährt, die Dokumentationsbögen als festen Bestandteil der Krankenakte zu führen, da sie – unabhängig von der EDV – den Informationsgehalt der Akte wesentlich erhöhen, schließlich enthalten sie alle zentralen Informationen in übersichtlicher, komprimierter Form; zudem entfällt damit eine zusätzliche Archivierung der Dokumentationsbögen.

3.5 Das Problem der Fallnummernzuteilung

Um die Daten auch anonymisiert auswerten zu können, muß jedem Datensatz eine Dokumentationsnummer zugeordnet werden. Da ja einzelne Episoden verschlüsselt werden sollen, hätte eine rein randomisierte Nummernzuteilung

Eigenschaft des Merkmals		Information liegt vor als	Codierung als	Beispiel
quantitativ	diskret (zählbar)	Festkomma-Zahl (diskret springend)	Original-Zahl	Geschwisterzahl
	stetig (meßbar)	Gleitkomma-Zahl (kontinuierlich variierend)	auf eine feste Anzahl Stellen gerundete Zahl	Gewicht in kg, gerundet auf eine Kommastelle
qualitativ	rangmäßig anordenbar	Nummer der Rangklasse	Ziffern/Buchstaben in größenmäßiger Reihung	Einschätzung des Schweregrades
	wertungsfrei klassifizierbar	beliebiges Klassenkennzeichen	rein formale, willkürliche Zuordnung von Ziffern	Zuweisungsart

Abb. 2: Codierung der verschiedenen Merkmalsarten (in Anlehnung an HEITE 1970 und NEISS 1976)

lung zu jeder dokumentierten Episode zur Folge, daß später bei der Auswertung des anonymisierten Datensatzes nicht mehr zwischen Fall- und Episodenanzahl unterschieden werden könnte, was in Abhängigkeit von der Anzahl der Wiederaufnahmen zu ganz erheblichen Verzerrungen statistischer Aussagen führen kann, wie bereits DONIKE u. WANKE (1971) beschrieben; z.B. könnte nicht unterschieden werden, ob in einem bestimmten Zeitraum zehn anorektische Patienten behandelt wurden oder ob fünf Patienten mit dieser Diagnose je zwei Behandlungsepisoden hatten. Daher ist es notwendig, jedem Patienten eine eigene Identifikations- oder Fallnummer zuzuweisen, die er auch bei wiederholten Behandlungsepisoden beibehält. Die Episodenanzahl kann getrennt codiert und gespeichert werden.

4 Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem

Unser Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrisches Dokumentationssystem besteht aus den folgenden drei Komponenten:

- (1) Dokumentationsbögen für die sechs Teile der Dokumentation;
- (2) umfangreiches Glossar (ENGLERT u. POUSTKA 1993) zur Anwendung der Dokumentation, mit Definitionen der Einzelitems und Anleitung zur Durchführung der neuropsychologischen Untersuchung;
- (3) Computerprogramm zur Dateneingabe und -sicherung.

Das Glossar entstand auf der Grundlage der letzten Version des Glossars für die Mannheimer Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentation (LAUCHT 1990). Das Computerprogramm, das wir auf der XXI. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München erstmals vorstellten (ENGLERT 1989), wurde seit 1987 an unserer Abteilung entwickelt und im Laufe der Jahre im klinischen Alltagsbetrieb ständig optimiert; die jetzige Version 4.0 ist seit Herbst 1993 im Gebrauch. Inzwischen wurde das Frankfurter Dokumentationssystem in dieser Form von den kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken in Erlangen und Heidelberg übernommen.

4.1 Aufbau und konstruktive Merkmale der Items

Die Basisdokumentation gliedert sich in sechs farblich unterschiedlich gestaltete Teile:

- (I) Soziodemographische Dokumentation (gelb),
- (II) ergänzende Anamnesedokumentation (violett),
- (III) psychopathologischer Aufnahmebefund (rosa),
- (IV) somatisch-neurologische Befunddokumentation (blau),
- (V) Diagnosebogen (grün) und
- (VI) durchgeführte Maßnahmen (braun).

Für jede zu dokumentierende Behandlungsepisode eines Patienten werden alle sechs Teile ausgefüllt: die Teile I bis

III direkt im Anschluß an die Aufnahme, die Teile IV bis VI nach der Entlassung des Patienten.

Alle sechs Teile sind in der gleichen Weise aufgebaut: Sie bestehen aus einer Anzahl Items, denen der Dokumentierende durch Ankreuzen eine oder mehrere der mit Ziffern versehenen Auswahlmöglichkeiten zuordnet. Der Gestaltung der Auswahlpunkte der einzelnen Items liegt das Prinzip zugrunde, daß alles, was im allgemeinen als „normal“ bzw. „unauffällig“ gilt, an die erste Stelle gesetzt und mit „1“ codiert wird. Falls die aufgeführten Kategorien zur adäquaten Beschreibung des betreffenden Sachverhaltes nicht ausreichend sein sollten, ist hierfür im allgemeinen eine Restkategorie „Sonstige(s)“ vorhanden, die in der Regel mit „8“ bzw. „88“ codiert wird.

4.2 Wer dokumentiert wann?

Für die vollständige Erhebung bzw. Eintragung ist der jeweils behandelnde Arzt bzw. Psychologe zuständig. Eine neue Dokumentation wird bei jeder neuen ambulanten Behandlungsepisode und jeder neuen (teil-)stationären Episode (auch wenn sie direkt auf eine ambulante folgt) angelegt. Bei langjährigen Therapien wird nach jeweils zwei Jahreswechseln eine neue Dokumentation erstellt. Eine Behandlungsepisode gilt als abgeschlossen entweder durch Abschluß expressis verbis mit Arztbrief, oder wenn mindestens sechs Monate kein Kontakt zum Patienten stattgefunden hat. Eine einmalige ambulante Vorstellung zur Abklärung einer stationären Behandlungsindikation mit konsekutiver stationärer Aufnahme wird nicht als „Behandlungsepisode“ gewertet und nicht gesondert dokumentiert. Nach kurzen Zwischen- oder Probeentlassungen oder kurz aufeinander folgenden Behandlungsepisoden wird ebenfalls keine neue Dokumentation angelegt.

4.3 Was wird in den einzelnen Teilen dokumentiert?

Die ‚Soziodemographische Dokumentation‘ (22 Items) beinhaltet die wichtigsten soziodemographischen Angaben des Patienten (Geschlecht, Geburtsdatum, Nationalität, Schulbesuch, Sozialstatus der Eltern) sowie die Zuweisungsmodalitäten und Angaben zur psychiatrischen Vorbehandlung.

Die ‚Ergänzende Anamnesedokumentation‘ (25 Items), die ohne weiteres während der Anamneseerhebung mit den Eltern ausgefüllt werden kann, enthält die wichtigsten Daten aus der Entwicklung des Patienten in biographisch geordneter Reihenfolge, beginnend mit dem Alter der Mutter bei der Entbindung, über Schwangerschafts-, Geburts- und postpartalen Verlauf, die kindliche Entwicklung bis zum Einschulungsalter und dem gegenwärtigen Schulbesuch. Die Dokumentationsbögen dieses Teils sind mit zahlreichen Leerräumen und nicht EDV-erfaßten Items (z.B.: Name der Schule) so gestaltet, daß während der Befragung der Eltern auch die entsprechenden Notizen dort eingetragen werden können.

Der ‚Psychopathologische Aufnahmebefund‘ („Kinder-AMDP“; 19 Hauptitems mit jeweils 3 bis 13 Unteritems) sollte direkt im Anschluß an die Erstuntersuchung des

Patienten ausgefüllt werden; er ist gegliedert in 19 obligatorische „Hauptitems“, die grundsätzlich für jeden Patienten auszufüllen sind, und eine Anzahl „Unteritems“ zur näheren Spezifikation. Die Beurteilung der Auffälligkeiten erfolgt auf einer Schweregradskala von 1 bis 4. Die Definition der Einzelsymptome findet sich im zugehörigen Glossar (DÖPFNER et al. 1991). An die Psychopathologie schließt sich die „Beurteilung wichtiger Funktionsbereiche“ an; hier soll das psychosoziale Adaptationsniveau des Patienten in fünf wichtigen Bereichen (Soziale Fertigkeiten, Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung, Verhältnis zu Eltern/engen Bezugspersonen, Schule und Freizeitgestaltung/Hobbies) bewertet werden. Diese Skala, die als Maß für die Schwere der durch die Psychopathologie verursachten Behinderung im Alltagsleben dienen soll, findet sich in derselben Form in Teil VI der Dokumentation „Durchgeführte Maßnahmen und Behandlungserfolg“ wieder, wo sie nach Abschluß der Behandlung erneut eingeschätzt wird.

In der *„Somatisch-Neurologischen Befunddokumentation“* (50 Items) werden die bei der somatischen Untersuchung des Patienten erhobenen Befunde eingetragen. Abschließend wird eine Globalbeurteilung des neurologischen, des feinmotorischen und des somatischen Befundes vorgenommen.

Im *„Diagnosebogen“* (26 Items) wird die Codierung auf den Achsen I bis VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas für Psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986) vorgenommen, wobei die Klassifikationen auf der ersten, zweiten und vierten Achse bereits gemäß der 10. Revision der ICD (WHO 1989) erfolgen können (alternativ können auch ICD-9- Ziffern eingegeben werden). Die Achse V wurde bereits gemäß der modifizierten Version (POUSTKA 1994) gestaltet. Desweiteren wird auf dem Diagnosebogen die Einschätzung der Prognose, getrennt für die Symptomatik, die wichtigen Funktionsbereiche und die psychosozialen Bedingungen eingetragen.

Auf dem letzten Bogen *„Durchgeführte Maßnahmen und Behandlungserfolg“* (15 Items) werden die durchgeführten Untersuchungen (Laborbefunde, apparative Untersuchungen) mit einer groben Bewertung der Befunde als „unauffällig“, „leichte Auffälligkeit ohne eigenen Krankheitswert“ oder „pathologischer Befund“ dokumentiert, sowie die zur Anwendung gekommenen Therapieverfahren, getrennt nach medikamentöser, anderer somatischer Therapie, kindbezogener Therapie und familienbezogenen Maßnahmen. Der Behandlungserfolg wird auf drei Ebenen eingeschätzt: hinsichtlich der Symptomatik, der psychosozialen Bedingungen und der wichtigen Funktionsbereiche. Abschließend werden noch der Entlassungsmodus und die empfohlene Weiterbehandlung codiert.

4.4 Die elektronische Datenverarbeitung

Das Computerprogramm dient der Erfassung, Speicherung und statistischen Auswertung der in der Dokumentation enthaltenen Daten und ist ein „dBASE IV“ (BORLAND INTERNATIONAL 1993) Datenbankprogramm.

4.4.1 Die erforderliche Hardware

Um mit dem dBASE IV-Datenbankprogramm arbeiten zu können, wird als Mindestanforderung ein IBM-Personal Computer (PC) bzw. ein 100% kompatibles Gerät mit einem 286-, 386- oder höheren Prozessor benötigt. Der Arbeitsspeicher (RAM) muß mindestens 2 MByte umfassen. Empfehlenswert ist die Ausstattung mit einer ausreichend großen Festplatte, auf der mindestens 20 Mbyte freier Speicherplatz vorhanden sein sollte sowie mit einem 3 1/2 Zoll Diskettenlaufwerk mit 1,44 MByte. Ferner muß als Betriebssystem DOS ab Version 3.3 installiert sein, am besten DOS 6.2. Es empfiehlt sich, den PC mit einem hochauflösenden Farbmonitor (VGA) auszustatten, da das Dokumentationsprogramm mit verschiedenfarbigen Bildschirmanzeigen arbeitet und hierdurch die Arbeit am Bildschirm als wesentlich weniger belastend empfunden wird. Zur Druckerausgabe genügt ein einfacher handelsüblicher 12- oder 24-Nadel-Drucker.

4.4.2 Die Software: das Datenbankprogramm

Die Daten der Dokumentation werden in drei sogenannten Datenbanken abgespeichert. Die Namen und Geburtsdaten wurden in eine eigene Datenbank ausgelagert; diese kann, den jeweiligen Sicherheitsanforderungen entsprechend, getrennt vom übrigen Datensatz in einem gesonderten Verzeichnis oder nur auf Disketten betrieben werden, die separat gesichert aufbewahrt werden können, so daß auf der Festplatte nur der anonymisierte Datensatz vorhanden ist.

Der Programmablauf wird durch ein Menüsystem gesteuert; um die Dateneingabe direkt aus den Dokumentationsbögen heraus zu vereinfachen, wurden sogenannte Eingabemasken erzeugt, d.h. eine Bildschirmgestaltung, die möglichst genau dem Layout der Dokumentationsbögen entspricht. Hierbei entspricht im allgemeinen eine Bildschirmseite einer Seite in der Dokumentation, so daß parallel in der Dokumentation und am Bildschirm quasi „umgeblättert“ werden kann. Der gesamte Programmablauf wurde so gestaltet, daß der Benutzer bei der Eingabe trotz der sehr hohen Zahl an Items pro Datensatz (insgesamt 524) mit einem Minimum an Tastenanschlägen auskommt. Für die komplette Eingabe eines Datensatzes werden in der Routine ca. 4–7 Minuten benötigt.

Bei der Eingabe eines neuen Datensatzes überprüft das Programm zuerst, ob dieser Patient bereits eine Dokumentation aus einer vorangegangenen Behandlungsepisode hat; in diesem Falle wird der neuen Dokumentation automatisch dieselbe Fallnummer zugeteilt, andernfalls weist das Programm eine neue Fallnummer aus dem Jahr der Aufnahme zu. Bereits eingegebene Datensätze können anhand ihrer „Code- Nummer“ wieder aufgefunden und korrigiert werden.

Aufgrund der im Klinikalltag gewonnenen Erfahrungen mit häufig vorkommenden Eingabefehlern haben wir im Laufe der Zeit verschiedene Kontrollfunktionen in den Programmablauf eingebaut, so daß das Programm beispielsweise Aufnahme- und Entlassungsdaten auf Plausibilität kontrolliert und automatisch verhindert, daß sich verschiedene

Behandlungsepisoden eines Patienten zeitlich überschneiden oder daß das Alter des Patienten einen bestimmten Range über- oder unterschreitet. Außerdem enthält es Zusatzfunktionen, die das Anfertigen von Sicherungskopien, Ausdrucken von Namenslisten oder die Selektion von Datensätzen für weitere Auswertungen ermöglichen.

Zur Erstellung umfangreicherer statistischer Analysen ist zusätzlich zu dem Datenbankprogramm ein Statistikprogramm erforderlich; an unserer Klinik ist hierzu das Programm SPSS/PC+ (SPSS Inc. 1988) in Gebrauch. Die dBASE-Datenbanken können direkt in SPSS eingelesen und dort weiterverarbeitet werden. Als typisches Auswertungsbeispiel aus unserer Dokumentation ist eine Arbeit über die klinische Anwendbarkeit der psychosozialen Achse V zu nennen (ENGLERT 1993). Hierbei konnten wir in der Routineklassifikation abnormer psychosozialer Umstände charakteristische Muster bzw. Konstellationen psychosozialer Belastungsfaktoren innerhalb verschiedener diagnostischer Gruppen auffinden.

4.5 Aspekte der Qualitätssicherung

Die Basisdokumentation ist zunächst ein Instrument zur internen Qualitätssicherung (STIEGLITZ 1994); der Beitrag, den sie zur Qualitätssicherung leistet, läßt sich unterteilen in die Verbesserung und Kontrolle der Prozeßqualität und die Kontrolle der Ergebnisqualität:

Die *Prozeßqualität* schließt alle Maßnahmen ein, die von Behandlungsbeginn bis zum Abschluß der Behandlung zur Erreichung eines Therapiezieles erfolgen, mithin alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Durch die Vorgaben der ausführlichen soziodemographischen und anamnestischen Dokumentation werden kliniksinterne Standards für die Anamneseerhebung gesetzt, die gewährleisten, daß bei jedem Patienten ein als unverzichtbar erachtetes Minimum an soziodemographischen und anamnestischen Informationen mit entsprechender Kontrollmöglichkeit über die EDV erhoben und dokumentiert wird. Dies trifft analog auch für die somatisch-neurologische Untersuchung zu. Einen wichtigen Beitrag zur Prozeßqualität stellt die Verwendung eines standardisierten diagnostischen Instrumentariums dar (STIEGLITZ 1994), das in unserem Dokumentationssystem in Form des Psychopathologischen Befundes und des Multiaxialen Klassifikationsschemas integriert ist; somit kommen in der Diagnostik kliniksübergreifende Standards zur Anwendung, die eine spätere Vergleichbarkeit der Daten hinsichtlich der Inanspruchnahmepopulation und Indikationsstellung für therapeutische Maßnahmen ermöglichen. Erfahrungsgemäß vermag die klinisch- psychiatrische Hauptdiagnose (z.B. „Anorexie“) im Einzelfall nur sehr wenig über die erforderliche Behandlungsintensität auszusagen; der Verlauf kann kompliziert sein durch ein hohes Maß an Begleitsymptomatik (schwere depressive Symptomatik, Zwangshandlungen, Automutilationen, Antriebsstörungen), durch Funktionseinschränkungen in verschiedenen Bereichen (Schule, zwischenmenschliche Beziehungen) oder schwierige psychosoziale Hintergrundbedingungen. Diese zusätzlichen Faktoren zu erfassen, erfordert einen

erheblichen Dokumentationsaufwand (Psychopathologischer Befund, „Achse VI“, Skala „Wichtige Funktionsbereiche“, „Achse V“), ermöglicht es aber, anhand dieser Daten „unkomplizierte“ von „schwierigen“ Fällen mit derselben Diagnose zu unterscheiden und die Indikationsstellung für unterschiedliche therapeutische Maßnahmen zu überprüfen (z.B. ambulante vs. stationäre Behandlung, einzeltherapeutische vs. familienzentrierte Maßnahmen) bzw. langdauernde und kostenintensive stationäre Behandlungen zu begründen. Die Leistungsdokumentation ermöglicht qualitative Aussagen über Art und Umfang zusätzlicher diagnostischer Maßnahmen sowie der erbrachten therapeutischen Leistungen (s.o.). Eine Quantifizierung (z.B. Anzahl der Therapiesitzungen) ist in der jetzigen Version noch nicht vorgesehen, sondern kann nur näherungsweise über die Behandlungsdauer erfolgen.

Die *Ergebnisqualität* wird einerseits über die direkte Einschätzung des Behandlungserfolges, getrennt für die Symptomatik und die psychosozialen Bedingungen, dokumentiert, ist andererseits auch über den Vergleich der Skala „Wichtige Funktionsbereiche“ möglich, die sowohl bei Behandlungsbeginn (Psychopathologischer Befund) als auch bei Abschluß der Behandlung erhoben wird, so daß Rückschlüsse darüber möglich sind, in welchen Teilbereichen Veränderungen eingetreten sind. Im Bedarfsfall könnte auch der gesamte Psychopathologische Befund bei Therapieende oder in verschiedenen Zeitabständen erneut eingeschätzt werden, da er als eigenständiger Baustein handhabbar ist.

Einschränkungen in der Brauchbarkeit der Basisdokumentation für die Qualitätssicherung ergeben sich daraus, daß die bisher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gebräuchlichen Dokumentationssysteme – so auch das unsrige – ursprünglich primär für Forschungszwecke entwickelt wurden. Daher sind, um den neuen Erfordernissen der Qualitätssicherung Rechnung zu tragen, in Zukunft entsprechende Modifikationen erforderlich, die v.a. die Leistungsdokumentation betreffen, siehe hierzu auch die ausführliche Diskussion bei MATTEJAT et al. (1994) bzw. REMSCHMIDT et al. (1994). Eine entsprechende Überarbeitung unseres Frankfurter Dokumentationssystems erfolgt derzeit im Zusammenhang mit der Entwicklung einer gemeinsamen Dokumentation durch die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitäts- und Landeskliniken sowie des Berufsverbands der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Summary

The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment

Measures to ascertain qualified work in child and adolescent psychiatry have become a great necessity, because of increasing financial pressures and changing laws. One basic measure should be a documentation system, which should include reliable basic data on the patient, stand-

ardized data of the psychopathological status and the latest version of the Multiaxial Classification System (MAS). The second chapter gives a brief overview of the historic development of documentation systems in psychiatry resp. child and adolescent psychiatry. Only very recently a trend toward a generally binding standardization has emerged. The third chapter describes the general methodological principles of clinical documentation. Finally, the Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System is presented, which has been developed between 1987 and 1993 at the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Frankfurt University School of Medicine. It is presently used in several german university hospitals. It consists of a six-part documentation sheet, a detailed glossary and a special computer program for data entry and data administration. It includes sociodemographic and anamnestic data, the psychopathological and somatic status, diagnostic assessment for the MAS and data on therapeutic measures and treatment outcome. The computer program, which can be used on any IBM-compatible PC, allows easy data input on the screen, controls distribution of case numbers, plausibility of important core data and ongoing security copies. The possible use of the documentation system for clinical quality assessment is discussed.

Literatur

- ABA, O./GÜNZLER, G./HÄFNER-RANABAUER, W./PFEIFER, W. K./REY, E.-R./SCHLIE/SPECHT, F. (1977): Kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentation. 2. Auflage (zit. nach JUNGMAHN et al. 1978). – ABA, O./GÜNZLER, G./HÄFNER-RANABAUER, W./PFEIFER, W. K. / REY, E.-R./ SCHMIDT, M. H. / SCHWARZBACH, H./SPECHT, F. (1988): Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche. 3. revidierte Fassung. – AMDP (1981): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 4. Aufl. Berlin: Springer. – AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP) (1991): Practice Parameters for the assessment and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. J. Am. Acad. Child and Adolesc. Psychiat. 30, I-III. – BOCHNIK, H. J./BROSZIO, E./DONIKE, H./PITTRICH, W./WILBRANDT, K. (1967): Aufgaben und Organisation einer klinischen Auswertungsabteilung. Method. Inform. Med. 6, 51-64. – BORLAND INTERNATIONAL (1993): dBASE IV Ver. 2.0, deutsch. Scotts Valley, Langen: Borland International Inc. – BROOKE, E. M. (1973): International Statistics. In: J. K. WING/H. HÄFNER (Hrsg.): Tools for Evaluation. An Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services. Proceedings of the International Symposium in Mannheim, July 26-29, 1972. London: Oxford University Press. (Zitiert nach Katschnig/Poustka 1976). – DILLING, H./BALCK, F./BOSCH, G./CHRISTIANSEN, U./ECKMANN, F. et al. (1983): Zur psychiatrischen Basisdokumentation: Ein kurzer Bericht über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe und Vorschlag der DGPN ... zur Vereinheitlichung der Merkmalskataloge. Nervenarzt 54, 262-267. – 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. Z. Kinder- und Jugendpsychiat. 21, 188-193. – DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G. / BERNER, W. / FLECHTNER, H. / SCHWITZGEBEL, P./v. ASTER, M./STEINHAUSEN, H.-C. (1993): Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Z. Kinder- und Jugendpsychiat. 21, 90-100. – DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G./BERNER, W./FLECHTNER, H./STEINHAUSEN, H.-C./v. ASTER, M. (1991): Glossar zur Dokumentation des Psychopathologischen Befundes bei Kindern und Jugendlichen. Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln. – DONIKE, H./WANKE, K. (1971): Probleme der Dokumentation anamnestischer Daten. In: H.-J. HEITE (Hrsg.): Anamnese. Methoden der Erfassung und Auswertung anamnestischer Daten, Stuttgart: Schattauer. – ECKMANN, F./HELMCHEN, H./SCHULTE, P. W./SEELHEIM, H./ZANDER, H. (1973): Die Psychiatrische Basisdokumentation: Übersicht über Dokumentationssysteme im In- und Ausland und Vorschlag der DGPN zur Vereinheitlichung der Merkmalskataloge. Nervenarzt 44, 561-568. – ENGLERT, E. (1989): Das Datenbankprogramm zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation. Handhabbarkeit der klinischen Dokumentation auf einem Personal Computer. Computer-Demonstration i. R. der Posterpräsentationen auf der XXI. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München, 8.-10.05.1989. – ENGLERT, E. (1993): Klinische Untersuchungen zur psychosozialen Achse der WHO. In: F. POUSTKA/U. LEHMKUHL (Hrsg.): Gefährdung der kindlichen Entwicklung, München: Quintessenz. – ENGLERT, E./DÖPFNER, M. (1992): Empirische Ergebnisse zum psychopathologischen Befund: Vergleich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken Frankfurt und Köln. Vortrag auf der Tagung der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie der AMDP am 5. 11. 92 in Darmstadt. – ENGLERT, E./POUSTKA, F. (1993): Glossar zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Basisdokumentation. Unveröffentlichtes Manuskript, Frankfurt/M. – FÄHNDRICH, E./STIEGLITZ, R.-D. (1989): Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Heidelberg: Springer. – GAEBEL, W./WOLPERT, E. (1994): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Ein neues Referat der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPPN). Spektrum Psychiat. und Nervenheilk. 23, 4-13. – GRAHAM, PH. (1993): Untersuchungsstrategien zur Einschätzung des Therapieerfolges. In: F. POUSTKA/U. LEHMKUHL (Hrsg.): Gefährdung der kindlichen Entwicklung. München: Quintessenz. – HEITE, H.-J. (1970): Basisdokumentation klinischer Befunde (der sog. „Allgemeine Krankenblattkopf“). In: C. TH. EHLERS/N. HOLLBERG/A. PROPPE (Hrsg.): Computer: Werkzeug der Medizin. Berlin: Springer. – JOHN, U./DILLING, H. (1989): Stand der psychiatrischen Basisdokumentation in der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 60, 510-515. – JUNGMAHN, J./GÖBEL, D./REMSCHMIDT, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 6, 56-75. – KATSCHNIG, H./POUSTKA, F. (1976): Zur Sozialpsychologie des Dokumentationsverhaltens im Krankenhausbetrieb. Erfahrungen bei der Einführung eines Routinedokumentationssystems in einer psychiatrischen Universitätsklinik. In: O. NACKE/G. WAGNER (Hrsg.): Dokumentation und Information im Dienste der Gesundheitspflege. Stuttgart: Schattauer. – KUNZE, H./KALTENBACH, L. (Hrsg.) (1992): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Berlin: Kohlhammer. – LAUCHT, M. (1990): Glossar für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentation. Mannheim: Unveröffentlichtes Manuskript. – LORR, M./KLETT, C. J./McNAIR, D. M./LASKY, J. J. (1963): Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS). Palo Alto Calif.: Consulting Psychologists Press. – MATTEJAT, F./GUTENBRUNNER, C./REM-

- SCHMIDT, H. (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 22, 154–168. – MÜLLER, H.-W./SCHEUERLE, G. (1961): Statistische Erhebungen über stationär untergebrachte psychisch Kranke. I. Mitteilung. *Nervenarzt* 32, 374–378. – NEIS, A. (1976): Gemeinsame Verarbeitung qualitativer und quantitativer Daten. In: H. J. BOCHNIK/W. PITTRICH (Hrsg.): *Multifaktorielle Probleme in der Medizin*. Wiesbaden: Akadem. Verlagsges. – 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.: SwetsTest. – REMSCHMIDT, H./GUTENBRUNNER, C./MATTEJAT, F. (1994): Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 22, 169–182. – REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H. (1986): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. 2., rev. Auflage. Bern: Huber. – REY, E.-R./ABA, O./PFEFFER, W. K. (1978): Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche aus Erziehungsberatungsstellen. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 6, 40–55. – ROTTHAUS, W. (1993): Orientierung am Patienten: Die Verordnung des Bundesarbeitsministeriums über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: F. POUSTKA/U. LEHMKUHL (Hrsg.): *Gefährdung der kindlichen Entwicklung*. München: Quintessenz. – SCHARFETTER, C. (1971): *AMP-System*. Berlin: Springer. – SCHÜTZWOHL, M./HÄFNER-RANABAUER, W. (1994): Zur Diagnosenstellung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 65, 149–155. – SPSS INC. (1988): *SPSS/PC+*. Chicago: SPSS Inc. – STIEGLITZ, R. D. (1994): Möglichkeiten der Basisdokumentation für die Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Vortrag auf dem Kongreß 1994 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde am 05.09.94 in Darmstadt. – WEITZEL, W. D./MORGAN, D. W./GUYDEN, T. H. E./ROBINSON, J. A. (1973): Toward a more efficient mental status examination. Free-form or operationally defined. *Arch. Gen. Psychiat.* 28, 215–218. – WIENAND, F./LAM, L. (1994): Basisdokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiat. und Psychother.* II/1994, 26–33. – WÖLK, W. (1994): Zur Beurteilung der Notwendigkeit von psychiatrischer Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst. *Spektrum Psychiat. und Nervenheilk.* 23, 92–99. – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989): *The International Classification of Diseases, 10th Revision*. Genf: WHO. – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1991): *Multiaxial version of ICD-10 prepared for use by clinicians dealing with child and adolescent psychiatric disorders*. Draft, Genf: WHO.
- Anschrift des Verfassers: Dr. Ekkehart Englert, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinikum der J. W. Goethe-Universität Frankfurt/M., Deutschordenstr. 50, 60590 Frankfurt a. M.