

Von Aster, Michael / Meier, Matthias und Steinhausen, Hans-Christoph
**Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich:
Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und
Station**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 9, S. 668-682

urn:nbn:de:bsz-psydok-40931

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce)	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation)	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children)	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance)	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy)	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression)	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase)	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis)	511

Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child)	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics)	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children)	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry)	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients)	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study)	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation)	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children)	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood)	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study)	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children)	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample)	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry)	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children)	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations)	668

Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time)	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family)	174
BÜRGIN, D.: Drum zwinde, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?)	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness)	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence)	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach)	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self)	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research)	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry)	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance)	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children)	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance)	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption)	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches)	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents)	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands)	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma)	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders)	96

Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward)	773
---	-----

Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen	264

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362
Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

Aus dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich
(Direktor Prof. Dr. Dr. H.-C. Steinhausen)

Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station

Michael von Aster, Matthias Meier und Hans-Christoph Steinhausen

Summary

Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations

Findings in intervention research are an important basis for the discussion of issues pertaining to quality control. In Switzerland such findings have been rare. The present study of the entire 1988-1995 referred child and adolescent population of the Child and Adolescent Psychiatric Service of the Canton of Zurich (N=7538 treated patients) concentrated on the demographic, diagnostic, and therapeutic attributes of the outpatient, day clinic, and inpatient populations that comprised the referred population. Marked differences are found in comparable studies from Germany with regard to patients treated in an inpatient setting. For example, the mean age of the patients in the Zurich sample is lower and patients with conduct disorders are more frequently represented. On the other hand, patients with psychotic illness are missing and, on the average, the duration of treatment is considerably longer. The reasons for these differences are to be found in the various structural attributes of the cantonal services that are provided in Zurich. In the area of inpatient care, where in comparison to outpatient settings and also day care settings patients with severe disorders are treated, there is a lack of places for the short-term care of acutely ill patients – for example, psychotic patients. This is especially true for adolescent patients. The limitations of traditional outpatient settings are frequently marked by unsatisfactory treatment results in outpatients with conduct disorders, developmental disorders, and a high impact of abnormal psychosocial circumstances.

Zusammenfassung

Ergebnisse der Versorgungsforschung bilden eine wichtige Grundlage für die Diskussion von Fragen der Qualitätssicherung. Für die Schweiz liegen solche Ergebnisse bisher kaum vor. Die vorliegende Untersuchung der vollständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme der Jahre 1988-1995 des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich mit 7538 behandelten Patienten erstreckt sich auf

demographische, diagnostische und therapeutische Merkmale der ambulanten, tagesklinischen und stationären Teilinanspruchnahmepopulationen. Bezüglich der stationär behandelten Patienten bestehen auffällige Unterschiede zu vergleichbaren Untersuchungen aus Deutschland. So ist etwa das Durchschnittsalter geringer, Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens sind häufiger vertreten, dagegen fehlen Patienten mit psychotischen Erkrankungen, auch dauern die Behandlungen im Durchschnitt wesentlich länger. Die Gründe hierfür lassen sich in verschiedenen Strukturmerkmalen des kantonalen Versorgungsangebots in Zürich erkennen. Im stationären Bereich, wo im Vergleich zu Ambulanz und Tagesklinik Patienten mit schwerergradigen Störungen behandelt werden, fehlt es bislang an Plätzen für die kurzfristige Versorgung akutkranker, etwa psychotischer Patienten, insbesondere im Jugendlichenalter. Die Grenzen herkömmlicher ambulanter kinderpsychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungssettings werden deutlich an den häufig nicht zufriedenstellenden Behandlungsergebnissen bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, Entwicklungsstörungen sowie hohen psychosozialen Belastungen.

1 Einleitung

Im Zusammenhang mit den in jüngster Zeit in der deutschsprachigen Fachöffentlichkeit zunehmend diskutierten Fragen der Qualitätssicherung erscheint eine Bestandesaufnahme wesentlicher Aspekte der gegenwärtigen Versorgungsrealität angebracht. Eine solche Bestandesaufnahme ist sowohl im Hinblick auf Fragen der sogenannten Strukturqualität wie auch im Hinblick auf Fragen der Behandlungsqualität (Prozeß- und Ergebnisqualität) von Bedeutung (МАТТЕЈАТ u. REMSCHMIDT 1995). Dabei ist von grundlegendem Interesse, welchen spezifischen Beitrag Institutionen der Krankenversorgung mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln (z. B. Art und Anzahl von Behandlungsplätzen, materielle und personelle Ausstattungen, Qualifikation von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen) zur Diagnostik und Therapie hilfebedürftiger Kinder und Jugendlicher unter den Maßgaben von Nützlichkeit und Verteilungsgerechtigkeit leisten (SPЕCHT 1992).

Einen wesentlichen Beitrag zur Evaluation der Versorgungssituation liefert die Analyse von Basis- und Leistungsdokumentationen aus denen hervorgeht, welche Art von Institutionen welche Leistungen für welche Patienten mit welchem Ergebnis erbringen. Die Resultate können vor dem Hintergrund bereits existierender Ergebnisse aus der Versorgungsforschung diskutiert und im Hinblick auf den immer auch an epidemiologischen Befunden zu orientierenden Auftrag kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung gewertet werden.

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich stellt ambulante, teilstationäre und vollstationäre Behandlungsangebote zur Verfügung. Während das Netz ambulanter Dienststellen in Hinblick auf die 1987 von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich formulierten Planungsvorgaben erheblich ausgebaut werden konnten, bestehen im teil- und vollstationären Bereich bis zum heutigen Zeitpunkt noch deutliche Rückstände. Für einen in diesem Planungskonzept veranschlagten mi-

nimalen Bedarf von 5 teil- und 10 vollstationären Plätzen pro 100000 Einwohner (was in etwa den deutschen Richtwerten entspricht, vgl. SPECHT u. ANTON 1992) stehen 1,8 teil- und 3,4 vollstationäre Plätze¹ zur Verfügung. Der Dienst besteht aus einem Netz von Ambulanzen, einer Tagesklinik für Kinder sowie einer Therapiestation für Kinder.

Zu den ambulanten Einrichtungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich (KJPD) zählen die Psychiatrische Universitätspoliklinik für Kinder und Jugendliche in der Stadt Zürich sowie zwölf Regionalstellen, die über den gesamten Kanton verteilt außerhalb der Stadt Zürich liegen.

Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt über 20 Behandlungsplätze für Kinder im Vorschul- und Schulalter, die in drei Gruppen aufgeteilt sind. Die „Kantonale Kinderstation Brüschalde“ bietet Platz für 29 Jungen und Mädchen im Alter zwischen vier und maximal fünfzehn Jahren, aufgeteilt in fünf Wohngruppen.

Aus der schweizerischen Tradition der sogenannten kinderpsychiatrischen „Beobachtungs- und Therapiestationen“ resultieren gewisse Unterschiede zu stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland: Es besteht eine vergleichsweise stärkere Gewichtung im Bereich der sozial- und sonderpädagogischen Betreuung, was zum Beispiel dadurch zum Ausdruck kommt, daß Mitarbeiter aus Krankenpflegeberufen in der stationären Betreuung kaum vertreten sind.

Ein besonderer Schwerpunkt besteht in einer individualisierten sonderpädagogischen Beschulung. So werden Patienten mehrheitlich sowohl in der Tagesklinik wie in der Station für die Dauer eines ganzen Schuljahres, am Ende der Sommerferien zur Behandlung aufgenommen und mit Beginn der nächsten Sommerferien (am Ende des Schuljahres) entlassen.

2 Stichproben und Methodik

In die vorliegende Untersuchung wurden die vollständigen Inanspruchnahmepopulationen des KJPD der Jahrgänge 1988 bis 1995 einbezogen. Dabei entfielen auf die ambulanten Dienststellen N = 7254, auf die Tagesklinik N = 126 und auf die Station N = 158 Patienten. Die Daten entstammen der Basisdokumentation, die für jeden Patienten durch den jeweils fallführenden Mitarbeiter erstellt wird. Sie enthält Angaben zur Person des Patienten, zu seinem familiären, sozialen und schulischen Umfeld, zur persönlichen und familiären Anamnese, zu klinischen Befunden und Diagnosen sowie zu den erbrachten Leistungen und den Resultaten der Behandlung.

Für die hier vorgenommene Beschreibung und den Vergleich der ambulanten, teilstationären und vollstationären Behandlungsbedingungen beschränken wir uns auf die Darstellung von einigen demographischen, klinisch-diagnostischen und verlaufsbezogenen Merkmalen. Die diagnostische Klassifikation erfolgte nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nach ICD-10 der WHO (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994). Dabei wurden für jeden Patienten auf der Basis der klinischen Befunderhebung im Rahmen wöchentlich stattfindender Fallbesprechungen unter der Leitung einer Oberärztin oder eines Oberarztes die diagnostische Einschätzung diskutiert und die Diagnose im Sinne einer Konsensusdiagnose festgelegt.

¹ 11 Behandlungsplätze der nicht zum KJPD gehörenden psychosomatischen Abteilung des Kinderspitals der Universität Zürich sind eingerechnet.

Wegen der unterschiedlichen Stichprobengrößen im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor sowie der Vielzahl der vorgenommenen Einzelvergleiche mittels χ^2 -Test erfolgte eine Signifikanzkorrektur auf 1%-Niveau. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programm-Paket SPSS 6.1 durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Dauer der Behandlung

Die Anzahl der Kontakte schwankte im ambulanten Setting zwischen einer und 152 Sitzungen (Median = 10). Bei 44,4% der ambulanten Patienten fanden zwischen 1 und 10 Kontakte statt, bei 36,9% zwischen 10 und 20 Kontakte, 17,6% zwischen 20 und 50 Kontakte und bei nur 1,1% mehr als 50 Kontakte.

In der Tagesklinik dauerte die kürzeste Behandlung 18 Tage und die längste 453 Tage. Der Median lag hier bei 209 Behandlungstagen, während im vollstationären Setting die Anzahl der Behandlungstage zwischen 54 und 1080 schwankte, bei einem Median von 331,5 Tagen. Die unterschiedlichen Medianwerte für die Tagesklinik und die Station reflektieren in erster Linie den Umstand, daß bei tagesklinischen Patienten nur fünf Behandlungstage pro Woche gerechnet werden und die Schließungszeiten während der Schulferien länger sind als im stationären Bereich.

3.2 Alter, Geschlecht und soziale Schicht

Das Alter der ambulanten Patienten betrug im Mittel 9,8 Jahre ($sd=4,1$), das der stationären Patienten lag bei 9,7 Jahren ($sd=2,6$). Das durchschnittliche Alter der tagesklinischen Patienten lag mit 8;1 Jahren ($sd=2,8$) deutlich unter dem der ambulanten und stationären Patienten ($F=11,8$; $df=2$; $p=0.00001$).

Auch die relativen Anteile von Mädchen und Jungen unterscheiden sich signifikant. Der Anteil der Jungen war in der Tagesklinik mit 75,4% am höchsten, gefolgt von der Station mit 68,4% und der Ambulanz mit einem Jungenanteil von 61,1% ($\chi^2 = 13,9$; $p=0.00095$).

Der Anteil von Patienten aus unteren sozialen Schichten war im stationären Rahmen mit 65,2% am höchsten. In der Tagesklinik betrug der Anteil 57,9% und im ambulanten Bereich 49,2% ($\chi^2=19,1$; $p=0.00007$).

3.3 Diagnostische Klassifikation

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die prozentualen Häufigkeiten von Diagnosen der 1. Achse des MAS in den drei Behandlungsbedingungen. Im Vergleich zu den ambulanten Patienten werden bei tagesklinischen und insbesondere bei vollstationären Patienten wesentlich häufiger Störungen des Sozialverhaltens, Störungen sozialer Funktionen (Mutismus, Bindungsstörungen), hyperkinetische Störungen, aber auch Störungen der Ausscheidungsfunktionen (Enuresis, Enkopresis) und Hirnfunktionsstörungen diagnostiziert. Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotio-

nen sind bei den vollstationären Patienten besonders häufig. Bei den rein emotionalen Störungen des Kindesalters, den internalisierenden Störungen (Angst, Depression, Zwang) und den psychosomatischen Störungen (insbesondere Essstörungen und Schlafstörungen) bestehen dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Behandlungsbedingungen. Bei den ambulanten Patienten werden im Vergleich zu den Patienten der Tagesklinik und der Station signifikant häufiger Anpassungsstörungen diagnostiziert, außerdem ist hier der Prozentsatz der Patienten am höchsten, die keinerlei Diagnose auf der 1. Achse des MAS erhalten. Patienten mit schizophrenen Psychosen (in Tab. 1 unter „Andere Störungen“ subsummiert) sind in der gesamten

Tab. 1: Prozentuale Häufigkeiten von Diagnosen der 1. Achse MAS ICD-10 in drei Behandlungsbedingungen

	Ambulanz	Tagesklinik	Station	<i>p</i> *
Störungen des Sozialverhaltens (F91.0 - F91.9)	12,8	32,5	34,8	<0.001 (A < S, T)
Emotionale Störungen (F93.0 - F93.9)	14,5	17,5	11,4	n.s.
Kombinierte Störungen des Sozial- verhaltens und der Emotion (F92.0 - F92.9)	10,5	7,9	26,6	<0.001 (A, T < S)
Störungen sozialer Funktionen (F94.0 - F94.9)	3,7	11,1	15,2	<0.001 (A < S, T)
Hyperkinetische Störungen (F90.0 - F90.9)	7,4	11,1	16,5	<0.001 (A < S)
Sauberkeitsstörungen (F98.0 - F98.1)	7,2	11,9	12,0	n.s.
Hirnfunktionsstörungen (F07.8, F07.9)	3,1	15,9	12,0	<0.001 (A < S, T)
Ticstörungen (F95.0 - F95.9)	1,5	2,4	3,2	n.s.
Internalisierende Störungen (F30.0 - F35.2, F40.0 - F41.1, F41.3 - F41.9, F41.2, F42.0 - F42.9)	5,6	6,3	7,6	n.s.
Anpassungsstörungen (F43.0 - F43.9)	13,5	2,4	4,4	<0.001 (A > S, T)
Psychosomatische Störungen (F45.0 - F45.9, F50.0 - F50.3, F51.0 - F51.9)	5,0	4,8	2,5	n.s.
Andere Störungen (F10.0 - F19.9, F20.0 - F29.0, F44.0 - F44.8, F60.0 - F69.0, F98.4 - F98.6)	6,4	8,7	5,7	n.s.
Keine Diagnose Achse 1	27,5	11,9	5,1	<0.001 (A > S, T)

Anmerkungen:

* Chi²-Test (Einzelvergleiche mit Signifikanzkorrektur auf 1% Niveau).

Inanspruchnahmepopulation deutlich unterrepräsentiert. In der Ambulanz wurde diese Diagnose im untersuchten Zeitraum vierzimal (0,6%), in der stationären Population nur einmal (0,6%) gestellt, in der Tagesklinik fehlten Patienten mit dieser Diagnose vollständig.

Bei deutlich mehr als der Hälfte aller stationären Patienten (58,2%) werden Entwicklungsstörungen (2. Achse des MAS) diagnostiziert. In der Tagesklinik erhalten knapp die Hälfte der Patienten (46,8%) eine Diagnose auf der 2. Achse, in der Ambulanz liegt der Anteil bei knapp einem Viertel (22,8%). Während bei Kindern im stationären Behandlungssetting schwerpunktmässig Sprachentwicklungsstörungen sowie umschriebene schulische Entwicklungsstörungen diagnostiziert werden, liegt im tagesklinischen Setting eher ein Akzent bei den schwerergradigen (kombinierten) schulischen Entwicklungsstörungen und bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (autistische Syndrome). Eine Uebersicht über die prozentualen Häufigkeiten der Diagnosen auf der 2. Achse des MAS findet sich in Tabelle 2.

Tab. 2: Prozentuale Häufigkeiten von Diagnosen 2. Achse MAS ICD-10 in drei Behandlungsbedingungen

	Ambulanz	Tagesklinik	Station	p*
Motorische Entwicklungsstörung (F82)	6,3	10,3	10,8	n.s.
Sprachentwicklungsstörung (F80)	7,0	12,7	19,0	<0.001 (A < S, T)
Lese- und/oder Rechtschreibstörung (F81.0, F81.1)	3,7	3,2	13,3	<0.001 (A, T < S)
Rechenstörung (F81.2)	1,2	1,6	7,6	<0.001 (A, T < S)
Kombinierte schulische Entwicklungsstörung (F81.3)	4,8	8,7	6,3	n.s.
Kombinierte Entwicklungsstörung (F83)	2,3	8,7	10,1	<0.001 (A < S, T)
Tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84)	0,7	8,7	4,4	<0.001 (A < S, T)

Anmerkungen:

* Chi²-Test (Einzelvergleiche mit Signifikanzkorrektur auf 1% Niveau).

Entsprechend den Diagnosenverteilungen auf der 2. Achse des MAS unterscheiden sich auch die prozentualen Häufigkeiten von Kindern mit Intelligenzminderungen (3. Achse des MAS) in den drei Behandlungsbedingungen. Gemäß dem relativ hohen Prozentsatz von Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in der Tagesklinik findet sich hier mit 25,8% auch der höchste Anteil von Kindern mit Intelligenzminderungen. Der Anteil im stationären Setting ist mit 21,2% immer noch mehr als doppelt so hoch wie in der Ambulanz mit 9,6% (Chi² = 56,3; p = 0.0000; A < S, T).

Betrachtet man die Ergebnisse bezüglich der 5. Achse des MAS (Tab. 3) so zeigt sich, daß bei den vollstationär behandelten Kindern insgesamt beinahe doppelt so hohe Merkmalsausprägungen vorgefunden werden wie bei den Kindern, die ambulant oder tagesklinisch behandelt wurden. Die Unterschiede sind in allen Bereichen mit Ausnahme der „gesellschaftlichen Belastungsfaktoren“ hochsignifikant. Besonders ausgeprägt erscheinen die Belastungen in den Bereichen „abnorme intrafamiliäre Beziehungen“, „abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie“, „abnorme Erziehungsbedingungen“, „abnorme unmittelbare Umgebung“ und „chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit“. Bei immerhin 9% der ambulanten Patienten fanden sich keinerlei abnorme psychosoziale Umstände. Unter den tagesklinischen Patienten gab es keinen einzigen entsprechenden Fall und bei den stationären Patienten betrug der Anteil von Fällen ohne Nennung auf der 5. Achse nur 1,9%.

Tab. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen vom Merkmalshäufigkeiten der 5. Achse MAS (Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände)

	Ambulanz	Tagesklinik	Station	Oneway ANOVA Scheffé Test
Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	1,3 (1,6)	1,5 (1,6)	2,5 (1,9)	F = 48,8; df = 2; p=<0.0001 A, T < S
Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	0,5 (0,9)	0,3 (0,7)	0,9 (1,0)	F = 17,2; df = 2; p=<0.0001 T < A < S
Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	0,6 (8,3)	0,8 (9,5)	1,0 (0,9)	F = 26,1; df = 2; p=<0.0001 A < T < S
Abnorme Erziehungsbedingungen	0,9 (1,2)	1,4 (1,5)	1,8 (1,4)	F = 50,1; df = 2; p=<0.0001 A < T < S
Abnorme unmittelbare Umgebung	1,3 (1,4)	1,3 (1,4)	1,8 (1,5)	F = 11,9; df = 2; p=<0.0001 A, T < S
Akute, belastende Lebensereignisse	0,5 (1,0)	0,3 (0,7)	0,9 (1,4)	F = 12,3; df = 2; p=<0.0001 T < A < S
Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	0,2 (0,6)	0,2 (0,7)	0,2 (0,5)	n.s.
Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	0,4 (1,0)	0,6 (1,2)	1,7 (2,2)	F = 131,3; df = 2; p=<0.0001 A, T < S
Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderung des Kindes	0,1 (0,5)	0,0 (0,1)	0,3 (0,8)	F = 13,1; df = 2; p=<0.0001 F, A < S
Summe	5,5 (4,3)	6,4 (3,8)	10,7 (5,3)	F = 110,2; df = 2; p=<0.0001 A, T < S

Ein Vergleich der Häufigkeiten von Patienten mit mehr als einer Diagnose auf der 1. und 2. Achse des MAS zeigt, daß die Anzahl der Diagnosen pro Kind (Komorbidität)

von der Ambulanz über die Tagesklinik bis zur Station kontinuierlich ansteigt. Während im ambulanten Setting nur 18,3% der Kinder mehr als eine Diagnose auf der 1. Achse und nur 4,2% der Kinder mehr als eine Diagnose auf der 2. Achse des MAS hatten, betragen die entsprechenden prozentualen Anteile in der Tagesklinik 38,9% bzw. 6,4% und in der stationären Behandlungsbedingung 47,4% auf der 1. Achse bzw. 13,9% auf der 2. Achse. Die Gruppenunterschiede bezüglich der Komorbidität auf der 1. Achse sind signifikant sowohl zwischen Ambulanz und Station ($\text{Chi}^2 = 85,6$; $p=0.0000$) als auch zwischen Ambulanz und Tagesklinik ($\text{Chi}^2 = 34,5$; $p=0.0000$). Bezüglich der Komorbidität auf der 2. Achse erreicht nur der Unterschied zwischen Ambulanz und Station das 1%-Signifikanzniveau ($\text{Chi}^2 = 35,2$; $p=0.0000$).

Die Unterschiede zwischen den drei Behandlungsbedingungen bezüglich der diagnostischen Klassifikationen auf den vier beschriebenen Achsen des MAS sowie bezüglich der Häufigkeiten von Komorbiditäten finden ihren Niederschlag auch in der globalen Funktionseinschätzung gemäß der 6. Achse des MAS. Die globale Funktionstüchtigkeit wird bei den Patienten der Station und der Tagesklinik im Vergleich zur Ambulanz als stärker beeinträchtigt angesehen. Die entsprechenden Mittelwerte liegen für die Ambulanz bei 2,3 ($\text{sd} = 1,5$), was einer leichten bis mässigen sozialen Beeinträchtigung entspricht, für die Tagesklinik bei 3,9 ($\text{sd} = 1,1$) und die Station bei 4,1 ($\text{sd} = 1,1$), was einer deutlichen sozialen Beeinträchtigung entspricht. Der Unterschied zwischen Ambulanz auf der einen und Tagesklinik und Station auf der anderen Seite ist signifikant ($F=166,8$; $\text{df}=2$; $p<0.0001$).

3.4 Behandlungsergebnisse

Nach jeder Behandlungsepisode wird das Behandlungsergebnis von den zuständigen ärztlichen und psychologischen Mitarbeitern hinsichtlich Veränderungen in der Zielsymptomatik und der sozialen Situation des Patienten eingeschätzt. Diese Einschätzung erfolgt jeweils anhand einer fünfstufigen Skala (1 = verschlechtert, 2 = unverändert, 3 = etwas gebessert, 4 = deutlich gebessert, 5 = völlig gebessert/geheilt) und bietet natürlich nur ein grobes und subjektives Maß für Veränderung. In Abbildung 1 sind die Mittelwerte für alle drei Behandlungsbedingungen in Form eines Säulendiagramms dargestellt. Es zeigt sich, daß bezüglich der Zielsymptomatik die Werte in allen drei Behandlungssettings im Bereich geringfügiger (3) bis deutlicher (4) Verbesserungen liegen. Es läßt sich darüber hinaus erkennen, daß die wahrgenommenen Behandlungsergebnisse im stationären und teilstationären Bereich im allgemeinen besser waren als in der Ambulanz. Die Unterschiede zwischen den drei Bereichen sind statistisch signifikant (Oneway ANOVA: $F=27,1$; $\text{df}=2$; $p<0.0001$. Scheffé-Test: $A < T < S$). Bezüglich der sozialen Situation der Patienten werden dagegen im Durchschnitt ohne Unterschied in allen drei Behandlungsbedingungen kaum Verbesserungen wahrgenommen.

Eine Untersuchung der beiden Extremgruppen von Patienten, bei denen hinsichtlich der Zielsymptomatik eine Verschlechterung oder aber eine Heilung konstatiert wurde, ergibt folgende Verteilungen: Von einer Befundverschlechterung waren in der Ambulanz $N=67$ (1,1%) der Patienten betroffen, in der Tagesklinik wurde bei keinem Patienten eine Verschlechterung der Symptomatik festgestellt und im stationären Bereich

war dies viermal der Fall (2,6%). Die Einschätzung einer vollständigen Remission der Symptomatik resp. einer Heilung erfolgte in der Ambulanz bei N=241 Patienten (3,9%), in der Tagesklinik bei nur einem Patienten (0,8%) und im stationären Setting bei wiederum vier Patienten (2,6%).

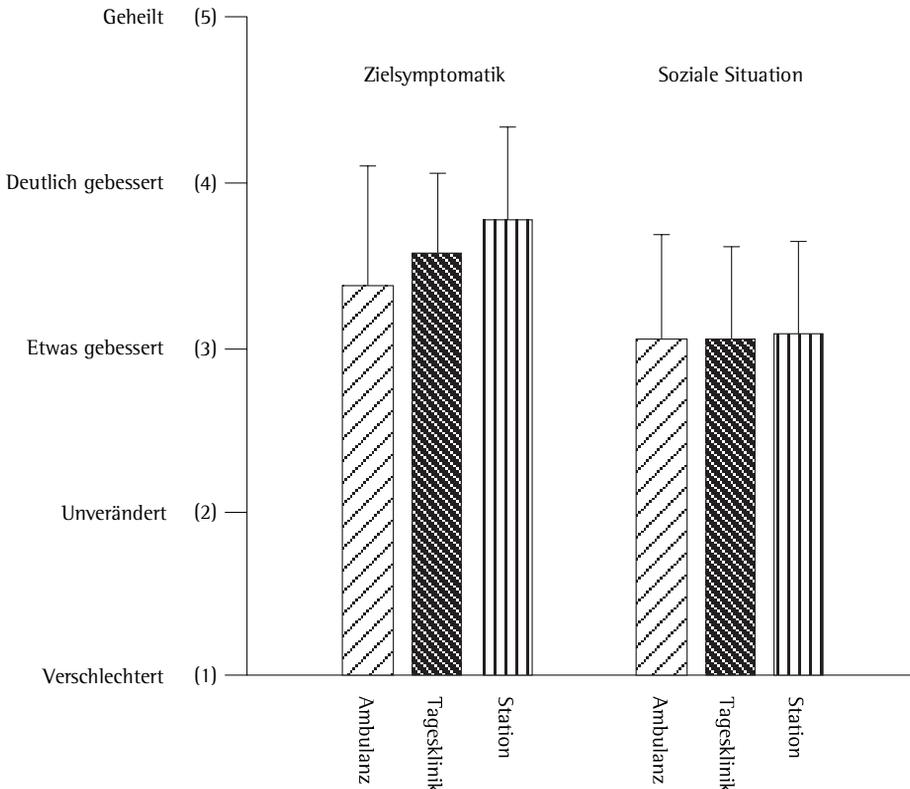


Abb. 1: Einschätzung der Behandlungsergebnisse hinsichtlich der Zielsymptomatik sowie der sozialen Situation in den drei Behandlungsbedingungen (M, SD)

Ein Vergleich dieser beiden Extremgruppen hinsichtlich diagnostischer Merkmale musste sich wegen der zu geringen Zellenbesetzungen für die Tagesklinik und die Station auf die ambulante Klientel beschränken. Der Vergleich zwischen diesen beiden Extremgruppen erfolgte nur bezüglich der wichtigsten diagnostischen Kategorien sowie hinsichtlich des Summenwertes auf der 5. Achse des MAS (abnorme psychosoziale Umstände). Die in Abbildung 2 dargestellten Ergebnisse geben für die Diagnosen der 1., 2. und 3. Achse des MAS die Abweichungen von den mittleren prozentualen Häufigkeiten in der ambulanten Gesamtanspruchnahme in Prozentpunkten wieder. Für die 5. Achse des MAS sind die Abweichungen in Scorepunkten dargestellt. Es läßt sich anhand dieser Grafik leicht erkennen, daß in der Gruppe der Patienten mit Befundverschlechterungen der Anteil der Diagnosen „Störungen des Sozialverhaltens“ deutlich erhöht ist, während die Häufigkeit dieser Diagnosen in der Gruppe der Geheilten eher

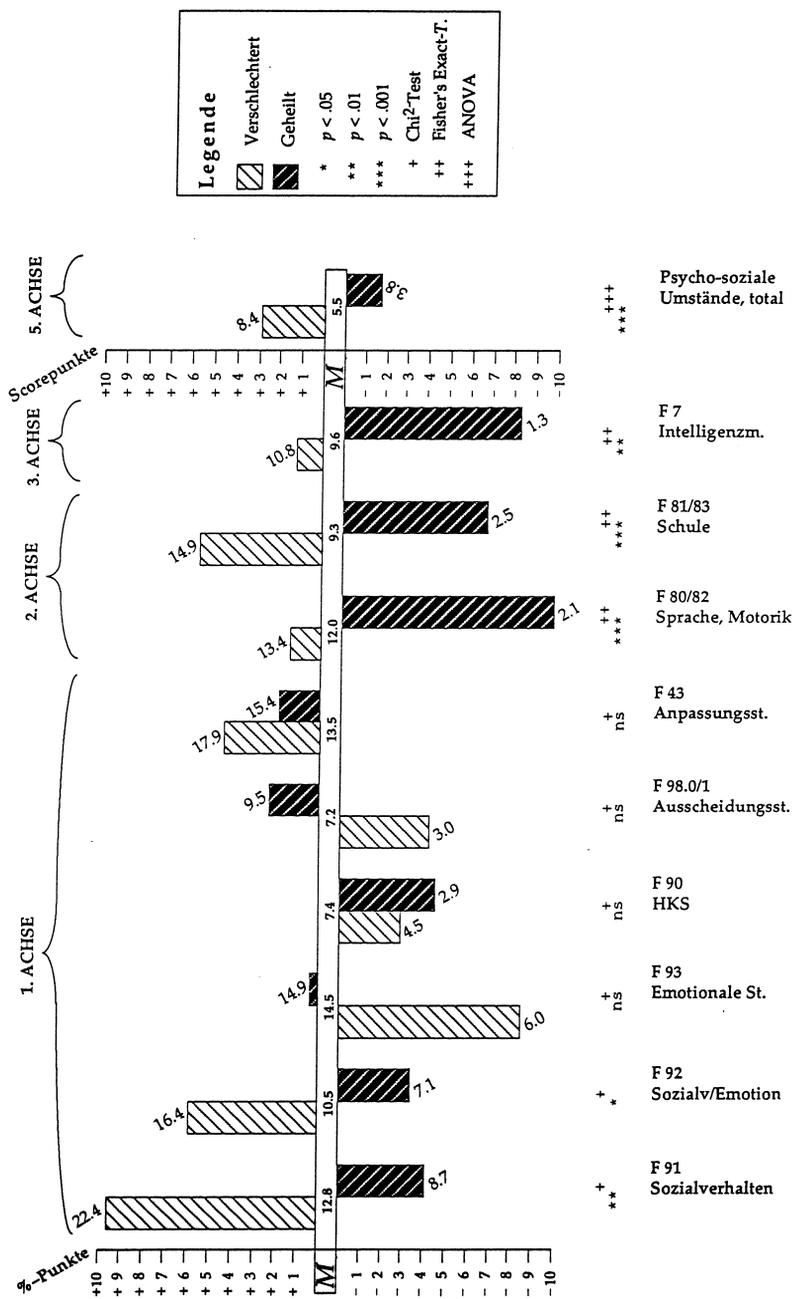


Abb.2: Behandlungsergebnis bezüglich Zielsymptomatik: Vergleich der Extremgruppen „verschlechtert“ (N=67) und „geheilt“ (N=241) hinsichtlich der Abweichungen von den mittleren Diagnosehäufigkeiten (M) in der ambulanten Gesamtinterviewsprüfung, dargestellt in Prozent- oder Scorepunkten

niedriger ist. In beiden diagnostischen Kategorien, F91 und F92, sind die Unterschiede zwischen beiden Gruppen signifikant (F91: $\text{Chi}^2 = 9,5$; $p=0.0020$. F92: $\text{Chi}^2 = 5,6$; $p=0.0184$). Bei den emotionalen Störungen ist der Anteil in der Gruppe mit Befundverschlechterungen gegenüber der ambulanten Gesamtinanspruchnahme niedriger, der Unterschied zwischen beiden Gruppen erreicht hier aber nicht das Signifikanzniveau. Auch in allen anderen aufgeführten diagnostischen Kategorien der 1. Achse des MAS bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Anders verhält es sich mit den Diagnosen der 2. und 3. Achse. Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen sind in der Gruppe von Patienten, die als geheilt beurteilt wurden, deutlich unterrepräsentiert und die Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind hochsignifikant (Fisher's Exact-Test: F80/F82 $p=0.0005$; F81/F83, $p=0.0003$; F7 $p=0.0012$). Auch der Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Gesamtbelastung mit abnormen psychosozialen Umständen (Achse 5 des MAS) ist hochsignifikant (Oneway ANOVA: $F=77,6$, $df=1$, $p=0.0000$).

Bei dem Versuch einer statistischen Vorhersage der Merkmale „Befundverschlechterung“ und „Heilung“ anhand dieser diagnostischen Kategorien mittels einer schrittweisen logistischen Regression erwiesen sich nur die Variablen der 2., 3. und 5. Achse als signifikante Prädiktoren. Die Odds Ratios betragen für die schulischen Entwicklungsstörungen 0.1256, für die anderen Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik) 0.2383, für die Intelligenzminderungen 0.1204 und für die abnormen psychosozialen Umstände (Summenwert Achse 5 des MAS) 0.7649. Dabei ergab sich bei 85,2% der Fälle eine korrekte Zuordnung. Für Patienten mit Befundverschlechterungen lag der Prozentsatz nur bei 41,5%, bei den als geheilt beurteilten Patienten dagegen bei 97,4%.

Zur vorzeitigen Behandlungsabbrüchen ist es in 8,1% der ambulanten und in 7,6% der stationären Fälle gekommen. In der Tagesklinik dagegen kam es nur in zwei Fällen zu einem Behandlungsabbruch (1,6%). Erwartungsgemäß wurden die Behandlungsergebnisse bei dieser Gruppe von Patienten im Mittel schlechter eingeschätzt als im Gesamtdurchschnitt. Die Mittelwerte hinsichtlich der erwähnten fünfstufigen Skala liegen für die Ambulanz bei 2,5 und für die Station bei 2,1. Bezüglich demographischer und diagnostischer Merkmale bestehen bei dieser Gruppe kaum Unterschiede zur Gesamtinanspruchnahmepopulation. Tendenziell ist aber auch in dieser Gruppe der Anteil von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens erhöht, ebenso die Belastung mit abnormen psychosozialen Umständen.

4 Diskussion

Für die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse können die von SCHMIDT et al. (1978) und insbesondere die von REMSCHMIDT und WALTER (1989) sowie MATTEJAT et al. (1994) publizierten Studien zum Vergleich herangezogen werden, die beiden erstgenannten allerdings nur für den ambulanten und den stationären Bereich. Die durchschnittliche Behandlungsdauer entspricht im ambulanten Sektor etwa den Werten, die REMSCHMIDT und WALTER (1989) angegeben haben. Gegenüber der Studie von MATTEJAT et al. (1994) liegen allerdings die Zürcher Werte für die Behandlung im stationären Be-

reich um ein vielfaches und im teilstationären Bereich ebenfalls deutlich höher. In den Referenzstudien lag im Gegensatz zu den Zürcher Ergebnissen das Durchschnittsalter der stationären Patienten deutlich über dem der ambulanten und tagesklinischen Patienten. Zwar sind auch in der Zürcher Inanspruchnahme die tagesklinischen Patienten tendentiell am jüngsten, jedoch liegen die Altersmittelwerte für die stationären Patienten unter denen der ambulanten Patienten. Entsprechende Unterschiede bestehen auch bezüglich der Geschlechterverteilungen. Die in den Referenzstudien in Richtung auf das Jugendalter verschobene Alterstruktur im stationären Bereich bedeutet gleichzeitig einen verhältnismäßig höheren Anteil von Mädchen gegenüber der ambulanten Inanspruchnahme (altersbezogener Anstieg der Gesamtprävalenz), während in unserer Untersuchung der Anteil der Jungen im stationären Setting deutlich höher ist als im ambulanten. Übereinstimmung besteht lediglich hinsichtlich des relativ hohen Jungenanteils im teilstationären Setting.

Der Anteil der Patienten aus unteren sozialen Schichten ist in der Zürcher Studie deutlich höher in der stationären und teilstationären Inanspruchnahme als in der ambulanten Inanspruchnahme. Dies entspricht tendentiell den Ergebnissen von SCHMIDT et al. (1978), steht aber im Gegensatz zu den Ergebnissen von REMSCHMIDT und WALTER (1989), die in ihrer ambulanten Inanspruchnahme einen geringfügig höheren Anteil von Patienten aus den unteren sozialen Schichten festgestellt haben als in der stationären Inanspruchnahme.

Die Verteilungen von Diagnosenhäufigkeiten sind wegen Unterschieden bezüglich der vorgenommenen Gruppierungen nur bedingt vergleichbar, lassen aber der Tendenz nach eine Übereinstimmung unserer Ergebnisse mit denen von REMSCHMIDT und WALTER (1989) sowie SCHMIDT et al. (1978) insofern erkennen, als im stationären Bereich eine relative Häufung von Störungen des Sozialverhaltens besteht und im ambulanten Bereich eher eine Häufung von neurotischen und emotionalen Störungen. Dennoch ist der Anteil der stationären Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens mit knapp 35% in Zürich deutlich größer als in den Studien von REMSCHMIDT und WALTER (1989) mit 26% sowie bei ABA und HENDRICH (1989) mit 30% und übersteigt gar um ein Vielfaches den von BRAUN-SCHARM et al. (1991) im Rahmen einer Stichtagserhebung zu stationär behandelten Jugendlichen ermittelten Wert von nur 12%. In Übereinstimmung mit den genannten Referenzstudien (auch MATTEJAT et al., 1994) fand sich in der Zürcher Inanspruchnahmepopulation ein relativ hoher Anteil von ambulanten Patienten ohne Diagnose auf der 1. Achse des MAS, was für den stationären und teilstationären Bereich nicht zutraf.

In deutlichem Gegensatz zu den Referenzstudien steht dagegen das in der Zürcher Inanspruchnahmepopulation beinahe vollständige Fehlen von schizophrenen Psychosen, insbesondere im stationären Setting. Unterschiede bestehen auch bezüglich der Verteilungen von Patienten mit Entwicklungsstörungen: Wir fanden im ambulanten Bereich einen Anteil von knapp einem Viertel der Patienten mit Entwicklungsstörungen, was in etwa dem von REMSCHMIDT und WALTER (1989) berichteten Wert entspricht. Während aber in den Referenzstudien die prozentualen Häufigkeiten von Patienten mit einer Diagnose auf der 2. Achse im stationären Bereich niedriger liegen als im ambulanten Bereich, zeigen unsere Ergebnisse eine deutliche entgegengesetzte Vertei-

lung. In der Tagesklinik und in der Station sind Patienten mit Entwicklungsstörungen im Vergleich zur Ambulanz deutlich überrepräsentiert. Bei MATTEJAT et al. (1994) finden sich für das tagesklinische Setting allerdings ähnliche Verteilungen bezüglich der Diagnose auf der 2. Achse des MAS wie in der Zürcher Studie.

Die in den Zürcher Inanspruchnahmepopulationen gefundenen Verteilungen bezüglich der 3. und der 5. Achse des MAS entsprechen dagegen wiederum weitgehend den in den beiden Referenzstudien berichteten Ergebnissen, wonach im stationären und teilstationären Bereich Patienten mit Intelligenzminderungen häufiger sind als im ambulanten Bereich und ebenso Patienten mit abnormen psychosozialen Umständen.

Wie lassen sich die beschriebenen Unterschiede zu den Ergebnissen der genannten Referenzstudien erklären? Die gegen die Adoleszenz hin bestehende Altersbegrenzung sowie die weitgehend am Schuljahr orientierte Behandlungsdauer erklären größtenteils das im Vergleich zu den Referenzstudien niedrige Durchschnittsalter, den damit verbundenen verhältnismäßig hohen Jungenanteil im stationären Bereich sowie die vergleichsweise langen Behandlungszeiten. Die Station ist für die Behandlung von Kindern im Alter von vier bis maximal fünfzehn Jahren eingerichtet, während sich die geplante Errichtung einer jugendpsychiatrischen Klinik bis Ende der 90er Jahre verzögert hat.

Das Spektrum der verschiedenen Diagnosenhäufigkeiten entspricht im ambulanten Bereich weitestgehend dem der Referenzstudien, und auch im stationären Bereich findet sich eine weitgehende Übereinstimmung, insbesondere was die sozial und schulisch schwer tolerierbaren externalisierenden Störungen betrifft. Im Unterschied zu den Ergebnissen der Referenzstudien werden jedoch bei den stationären Patienten in Zürich wesentlich häufiger Entwicklungsstörungen und belastende psychosoziale Umstände festgestellt, kaum aber psychotische Erkrankungen. Die Station wird also schwerpunktmäßig zur Behandlung solcher Patienten in Anspruch genommen, bei denen komplexe, schwergradige Verhaltens-, Emotions- und Entwicklungsstörungen vorliegen, verbunden mit erheblich belasteten psychosozialen Umständen. Die Tagesklinik stellt offensichtlich eine Alternative zur stationären Behandlung für im Durchschnitt jüngere Kinder dar, bei denen die Störungen insgesamt weniger schwerwiegend und im Bereich der Entwicklungsstörungen akzentuiert sind und bei denen die psychosozialen Umstände einen Verbleib in der Familie erlauben.

Die besonderen strukturellen Merkmale der stationären Einrichtung des Kantons Zürich mit Akzentsetzungen im Bereich der psychotherapeutischen und pädagogisch-rehabilitativen Aufgaben erscheinen für die dominierenden Charakteristika der dort behandelten Patienten mit einem Schwerpunkt im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens und der Entwicklungsstörungen insgesamt durchaus angemessen. Diese Merkmale führen jedoch auch zu erheblichen Einschränkungen im Bereich der Versorgung von Patienten mit besonders akuten und krisenhaften psychiatrischen Problemen. Ein deutlicher Beleg hierfür ist das fast vollständige Fehlen von Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Für Minderjährige mit solchen Problemlagen stehen bislang auch im Kindesalter kaum angemessene stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung, was immer wieder zur Folge hat, daß solche Patienten in Institutionen betreut werden müssen, die nicht über die entsprechenden fachlichen Voraussetzungen verfü-

gen (z.B. Erwachsenenpsychiatrie, Kinderklinik, Heime). Die Personalkapazitäten im stationären Bereich entsprechen diesen strukturellen Gegebenheiten und liegen für einige Berufsgruppen klar unter denen, die die Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV, KUNZE u. KALTENBACH 1994) für die stationäre kinderpsychiatrische Regelbehandlung in Deutschland vorsieht. Die Kapazität im Bereich des Erziehungsdienstes beispielsweise entspricht eher den deutlich niedrigeren Anhaltswerten der Psych-PV für Einrichtungen mit kinderpsychiatrisch-rehabilitativen Aufgaben.

Eine differenzierte Leistungsbeurteilung ist auf der Grundlage der globalen Erfolgseinschätzungen im Rahmen unserer Basisdokumentation nur sehr begrenzt möglich. Hierzu bedarf es neben einer Erfassung verlaufsbezogener Therapie- und Befunddaten einer gezielten Erhebung von prozeß- und ergebnisbezogenen Merkmalen, etwa mit Hilfe entsprechender Beurteilungsskalen (vgl. MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1993) oder individualisierten therapiebezogenen Zielerreichungsskalen.

Der Vergleich von zwei Gruppen von Patienten der ambulanten Inanspruchnahmepopulation, bei denen der symptomatische Befund nach Abschluß der Behandlung entweder als verschlechtert oder geheilt eingeschätzt wurde, gibt jedoch deutliche Hinweise darauf, bei welchen Störungen die Möglichkeiten der ambulanten Hilfeleistung als begrenzt und unzureichend oder als gut erlebt wurden. Die ambulante Behandlung von Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, Entwicklungsstörungen und ungünstigen psychosozialen Umständen führt offenbar häufig zu einem nicht zufriedenstellenden Rückgang von Symptomen, viele zeigen sogar Befundverschlechterungen. Auch wenn sich mit den genannten diagnostischen Merkmalen eine Verschlechterung nur in 41% der Fälle korrekt vorhersagen ließ, so war doch ein günstiger Behandlungsverlauf durch ein Fehlen derselben Merkmale statistisch sehr gut zu prognostizieren. Patienten mit diesen ungünstigen Befundkonstellationen waren im stationären Behandlungssetting besonders häufig anzutreffen. Obgleich hier die Behandlungsergebnisse im allgemeinen besser beurteilt wurden als in der Ambulanz, so weiß man doch aus Follow-up-Studien von stationär behandelten Kindern, daß bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens und hohen psychosozialen Belastungen ein besonderes Risiko für wiederholte Hospitalisierungen und/oder für eine dauerhafte Einweisungen in pädagogische Heimeinrichtungen besteht (z.B. ASARNOW et al. 1996). Eine weitere Gruppe von Patienten, die in diesem Zusammenhang besonderes Augenmerk verdient, ist jene, bei der die begonnene Behandlung frühzeitig abgebrochen wurde. Diese Patienten lassen sich auf der Basis unserer Daten in ihrer Merkmalstruktur nicht klar von der Gesamtinanspruchnahmepopulation unterscheiden. Die Abbrecherquoten liegen in der vorgelegten Studie insgesamt deutlich unter jenen Werten, die KAZDIN (1996) in den USA für den ambulanten Bereich angegeben hat (40 bis 60%). Die von KAZDIN ermittelten Risikofaktoren für Drop-out (z.B. schwergradige Störungen des Sozialverhaltens, ausgeprägte psychosoziale Belastungen) waren in unserer Untersuchung nur tendentiell zu erkennen. Um die Gründe für Behandlungsabbrüche und für eintretende Befundverschlechterungen noch besser zu verstehen und das Behandlungsangebot für diese Gruppen von Patienten zu verbessern, sind weitere Forschungsanstrengungen, insbesondere prospektiv und langfristig angelegte Untersuchungen notwendig.

Insgesamt erscheinen für diese bekanntermassen prognostisch ungünstigen Zielgruppen flexible, pädagogisch und therapeutisch akzentuierte Hilfsmaßnahmen besonders sinnvoll und indiziert, die umfeld- und alltagsbezogen wirksam werden können (vgl. VON ASTER et al. 1994). Instrumente wie Home-Treatment und sozialpädagogische und sonderpädagogische Familien- und Einzelfallhilfen sollten in Hinblick auf die Bedürfnisse dieser Klientel weiterentwickelt, evaluiert und ausgebaut werden. Gerade solche Maßnahmen dürfen daher nicht kurzfristigen Sparmaßnahmen zum Opfer fallen, was langfristig teuer zu stehen kommen könnte.

Literatur

- ABA, O./HENDRICH, A. (1989): Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38, 358-362.
- ASARNOW, J.R./AOKI, W./ELSON, S. (1996): Children in Residential Treatment: A Follow-up Study. *Journal of Clinical Child Psychology* 25, 209-214.
- BRAUN-SCHARM, H./RÄDER, K./MARTINIUS, J. (1991): Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtagsuntersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 19, 70-77.
- Direktion des Gesundheitswesens des Kanton Zürich (1987): Konzept für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich.
- KAZDIN, A.E. (1996): Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1, 133-156.
- KUNZE, H./KALTENBACH, L. (Hg.) (1994): *Psychiatrie-Personalverordnung*. Zweite Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- MATTEJAT, F./GUTENBRUNNER, C./REMSCHMIDT, H. (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 22, 154-168.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1993): Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Ueberprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22, 192-233.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 23, 71-83.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hg.) (1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 des WHO*, 3. rev. Aufl. Bern: Huber.
- REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1989): *Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung*. Stuttgart: Enke.
- SCHMIDT, M.H./ARMBRUSTER, F./GÜNZLER, G./STOBER, B. (1978): Veränderungen in einer kinderpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation durch Eröffnung stationärer Behandlungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 6, 76-86.
- SPECHT, F. (1992): Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41, 83-90.
- SPECHT, F./ANTON, S. (1992): Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 41, 367-374.
- VON ASTER, M.G./REITZLE, M./STEINHAUSEN, H.-C. (1994): Differentielle therapeutische und pädagogische Entscheidungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 39, 360-367.

Anschrift der Verfasser: Priv.-Doz. Dr. Michael von Aster, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, Kantonale Kinderstation Brüschalde, Bergstr. 120, CH-8708 Männedorf.