

Huss, Michael / Jenetzky, Ekkehart und Lehmkuhl, Ulrike

Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 1, S. 31-44

urn:nbn:de:bsz-psydok-42752

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

Bränik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents (“Autyn-groups”))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skills for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Silbing relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ (“The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalla (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klaub, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimsierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gussone</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten

Michael Huss, Ekkehart Jenetzky und Ulrike Lehmkuhl

Summary

Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness

Day treatment plays an increasingly important role in German child and adolescent psychiatry. In spite of a steady and ongoing increase of day treatment facilities over the past 15 years only few empirical data on the structure of German day treatment are available. The study refers to an Germany wide assessment of all day treatment centers (DTC). 45 out of 61 DTC responded (reply rate 74%). Analyses were done over 560 treatment places used by 69% male and 31% female patients mean ages 10 years and 2 months. Mean treatment duration is 104 days without differences with respect to the primary psychotherapeutic orientation (behavioral, psychodynamic, family therapy, other). Personnel is in 80,5% of the DTC below the governmental guidelines. Rates per day vary between 280 DM and 617 DM with a mean of 389 DM. Mean treatment costs per patient are 36.303 DM (min.: 12.825 DM; max.: 89.793 DM). Rates per day and duration of treatment are negatively correlated: The higher the rate per day, the shorter the treatment (explained variance: 17%). This correlation can only be explained indirectly by more personnel as associated with higher daily rates. However, more influential is the amount of time the children are present in day treatment per week: The longer the children are present, the shorter the duration of the whole treatment. Diagnosis, gender, and age only influence duration and costs of the treatment marginally. Network-effects as operationalized by the availability of additional inpatient and outpatient facilities did not influence costs and duration of day treatment.

Zusammenfassung

Die tagesklinische Versorgung nimmt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bundesrepublik Deutschland eine zunehmend wichtige Stellung ein. Obwohl die Zahl der tagesklinischen Behandlungsplätze innerhalb der vergangenen 15 Jahre stetig zunahm und bis heute anhält, liegen nur wenige empirische Untersuchungen über die tagesklinische Versorgungsstruktur der Bundesrepublik vor. Die Studie basiert auf einer bundesweiten Erhebung aller kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken (TK). Von 61 ange-

schriebenen TKs antworteten 45 (Rücklauf 74%). Die Analysen beruhen auf 560 Behandlungsplätzen, die zu 69% mit Jungen und zu 31% mit Mädchen mit einem Altersdurchschnitt von 10 Jahren und 2 Monaten belegt sind. Die mittlere Behandlungsdauer beträgt 104 Tage. Zwischen den überwiegend vertretenen psychotherapeutischen Ausrichtungen (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, familientherapeutisch, sonstige) finden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsdauer. Die personelle Ausstattung liegt in 80,5% der Tageskliniken unterhalb der Psychiatrie-Personalverordnung. Die Tagessätze variieren in einem Bereich von DM 280 bis DM 617 mit einem Mittelwert von DM 389. Die Behandlungskosten pro Patient belaufen sich auf durchschnittlich DM 36.303 (min.: DM 12.825 ; max.: DM 89.793). Zwischen Tagessatz und Behandlungsdauer besteht ein negativer Zusammenhang: Je höher der Tagessatz, desto kürzer wird behandelt (erklärte Varianz: 17%). Dieser Zusammenhang läßt sich nur indirekt über eine bessere Personalsituation bei höheren Tagessätzen erklären. Als entscheidende Einflußgröße erweist sich die mittels Wochenplänen erhobene effektive Anwesenheitszeit der Kinder in der TK: Je länger die Anwesenheitszeit pro Woche, desto kürzer die Gesamtbehandlung. Diagnose-, Geschlechts- und Alterseffekte beeinflussen die Behandlungsdauer und die Behandlungskosten nur unwesentlich. Netzwerkeffekte im Sinne der Verfügbarkeit von stationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten hatten keinen Einfluß auf die Dauer und die Kosten der tagesklinischen Behandlung.

1 Einleitung

In der Erwachsenenpsychiatrie gilt die tagesklinische Behandlung als unverzichtbarer Bestandteil moderner gemeindenaher Versorgung (Eikelmann et al. 1999). Einige Psychiater erheben das tagesklinische Konzept gar zum „Modell zeitgemäßer psychiatrischer Behandlung“ (Finzen 1999). Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewinnt die tagesklinische Behandlung immer größere Bedeutung, was sich u. a. in einem starken Zuwachs an Neugründungen innerhalb der letzten 15 Jahre widerspiegelt (s. Abb. 1).

Waren die ersten Tageskliniken für Kinder und Jugendliche als zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten konzipiert, so wurden in den letzten Jahren zunehmend tagesklinische Behandlungsplätze zu Lasten vollstationärer Kapazitäten geschaffen. Die geschilderten Strukturänderungen erfolgten in erster Linie mit dem Ziel, Behandlungskosten zu senken. Gleichzeitig wurde angestrebt, durch Qualitätssicherung Therapieverläufe zu verbessern und Therapieerfolge langfristig zu stabilisieren. In Sinne der Qualitätssicherung wie auch unter gesundheitspolitischen Aspekten wird mit der Zunahme an tagesklinischen Behandlungsmöglichkeiten eine Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses in der Kinder- und Jugendpsychiatrie angestrebt. Angesichts dieses Anspruchs muß ein eklatanter Mangel an empirisch gesichertem Wissen über die aktuelle teilstationäre Versorgungssituation in Deutschland konstatiert werden.

Derzeit liegen zwei epidemiologische Studien über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstruktur in Deutschland vor. Zum einen handelt es sich dabei um die 1991 und 1995 durchgeführten bundesweiten Erhebungen zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze et al. 1998). Befragt wurden 131 Einrichtun-

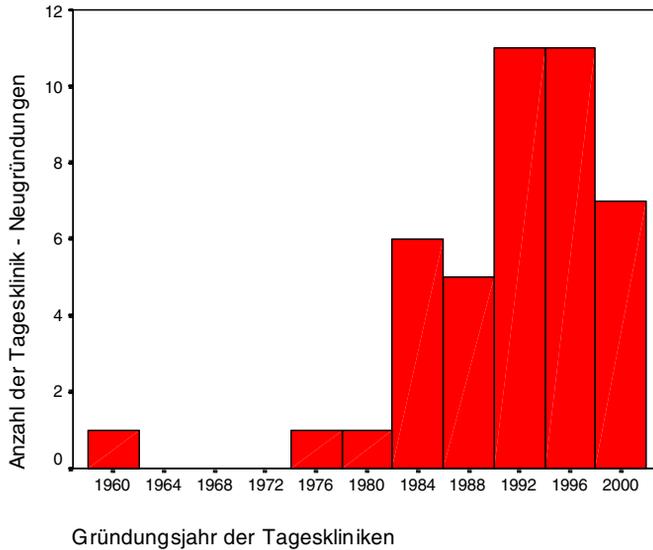


Abb. 1: Neugründungen von Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland 1960 bis 2000

gen der Kinder- und Jugendpsychiatrie von denen jedoch nur 60 an der Studie teilgenommen haben. Die tagesklinischen Daten beziehen sich auf unterschiedliche Substichproben, im wesentlichen jedoch auf nur 25 Einrichtungen (Kunze et al. 1998, S. 23). Da der Schwerpunkt der genannten Studie nicht auf der Analyse teilstationärer Behandlung liegt, lassen sich für diesen Bereich nur grobe Eckdaten ableiten. Gleichwohl wird darauf hingewiesen, daß im Zeitraum von 1990 bis 1995 sich die Zahl der tagesklinischen Plätze verdoppelt hat.

Bei der zweiten epidemiologischen Studie zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstruktur handelt es sich um die Arbeit von Specht und Anton (1992), die mit Stichtag 1. Juli 1991 an 111 kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen mit insgesamt 6.363 Behandlungsplätzen durchgeführt wurde. Bezogen auf die tagesklinische Behandlung berichten Specht und Anton (1992), daß bundesweit 4 eigenständige Tageskliniken bestanden und an 30 stationären Einrichtungen tagesklinische Plätze etabliert waren. Die Autoren forderten auf der Grundlage ihrer damaligen Analysen einen verstärkten Einsatz tagesklinischer Behandlungen.

Neben der wachsenden Bedeutung von Tageskliniken – u.a. repräsentiert durch die hohe Zahl an Neugründungen – ist zu berücksichtigen, daß die Erhebung von Specht und Anton (1992) 21 Monate nach der Wiedervereinigung Deutschlands erfolgte und seither ein erheblicher Strukturwandel in der kinderpsychiatrischen Versorgung zu verzeichnen ist. Bei der zweiten Erhebung von Kunze et al. (1998) im Jahr 1995 hätte der Strukturwandel mit erfaßt werden können, hier fehlen jedoch detailliertere Daten über teilstationären Behandlungen. Darüber hinaus können aufgrund des hohen Anteils an Einrichtungen, die nicht an der Erhebung teilgenommen haben, Verzerrungen durch Stichprobenselektion nicht ausgeschlossen werden. Damit erscheint uns eine systema-

tische Erhebung der aktuellen tagesklinischen Versorgungsstruktur von erheblicher Relevanz für Forschung und Praxis.

2 Ziel der Studie

Ziel der Studie ist es, aktuelle Merkmale der tagesklinischen Versorgungsstruktur in Deutschland zu erheben und hinsichtlich eines potentiellen Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu analysieren.

Im Zeitraum von Februar bis April 2000 wurde eine Fragebogenerhebung aller kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in Deutschland durchgeführt. Die Adressen der Einrichtungen entnahmen wir den bekannten Verzeichnissen (z. B. Specht u. Anton 1995) und ergänzten diese durch Auskünfte der zuständigen Landesbehörden und Berufsverbände. Sieben zusätzliche Adressen erhielten wir anlässlich eines Treffens der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärztinnen und Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken im Frühjahr 2000.

Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, wurde das Layout des Fragebogens so gewählt, daß die Informationen auf einer Seite Platz fanden. Der Ausfüllende wurde gebeten, eine persönliche Kontakt- oder E-Mail-Adresse anzugeben, was sich bei erforderlichen Nachfragen als sehr günstig erwiesen hat. Den antwortenden Institutionen wurde die Ergebnismrückmeldung zugesichert. Um den Rücklauf noch weiter zu verbessern, wurde gemäß entsprechender Forschungsergebnisse über die Rücklaufquoten von postalischen Befragungen (Bortz 1984, S. 185) neben einem persönlichen Anschreiben ein frankiertes und adressiertes Antwort-Kuvert beigelegt.

Die Daten wurden in Rohform erhoben, um mögliche Aggregierungsfehler zu vermeiden und eine differenziertere Analyse zu ermöglichen. So wurden beispielsweise die Behandlungszeiten anhand eines genauen Wochenstundenplans erfaßt, die Mitarbeiter anhand des genauen Stellenschlüssels und die Kosten anhand des Tagessatzes.

Bei der Frage nach der überwiegend vertretenen psychotherapeutischen Ausrichtung der Mitarbeiter wurden neben den drei vorgegebenen Kategorien „verhaltenstherapeutisch“, „tiefenpsychologisch“ und „familietherapeutisch“ eine offene Antwortkategorie mit Benennungsmöglichkeit der Therapierichtung vorgegeben. Mehrfachnennungen waren möglich.

Hinsichtlich der Patienteninformationen wurden neben Geschlechts- und Altersverteilung auch die drei am häufigsten vergebenen ICD-10-Diagnosen als Antwortkategorie erfragt.

3 Ergebnisse

3.1 Rekrutierung, Patientengut und tagesklinische Strukturen

Insgesamt wurden 61 Fragebögen verschickt, von denen wir 45 (74%) ausgefüllt zurückerhielten. Zwei Einrichtungen konnten keine Angaben machen, da deren Tages-

linik erst im Herbst 2000 eröffnet wird. Von den 43 zur Auswertung herangezogenen Einrichtungen sind bei zwei Kliniken die tagesklinischen Plätze in die Stationen integriert. 7 Einrichtungen stehen keine vollstationären Plätze zur Verfügung. Abbildung 2 gibt die geographische Verteilung der analysierten Tageskliniken wieder.

Verteilung aller angeschriebenen Tageskliniken in Deutschland

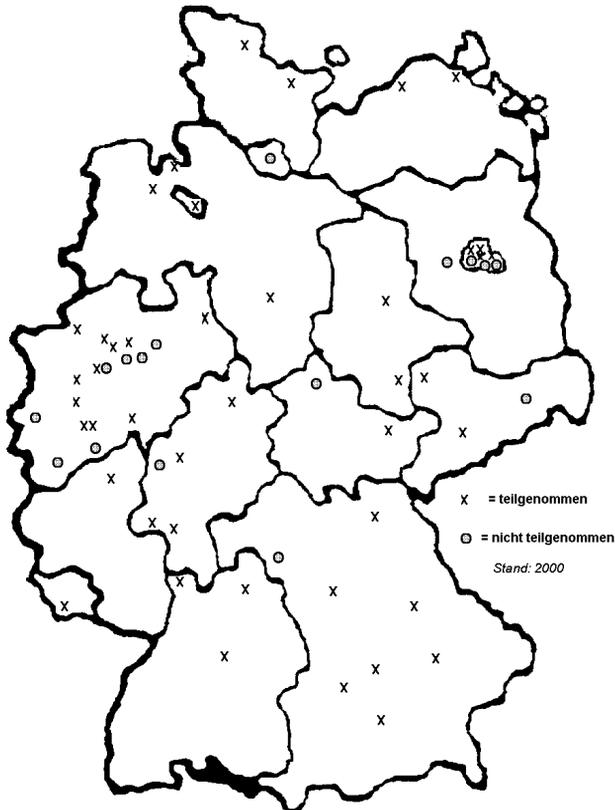


Abb. 2: Verteilung aller kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken

In 9 Fällen (zuzüglich vier Kostenfragen) waren Rückfragen erforderlich, um die Angaben zu vervollständigen oder offensichtlich fehlerhafte Daten zu korrigieren. So wurde in einem Fall das Gründungsjahr der Gesamtinstitution mit dem der Tagesklinik verwechselt. In einem anderen Fall wurde ein Tagessatz von DM 96 angegeben, der bundesweit so deutlich aus dem Rahmen fiel, daß es sich nur um einen Fehler, möglicherweise um den sog. Basispflegesatz, handeln kann. Unsere Rückfragen blieben bislang unbeantwortet, so daß wir den betreffenden Datensatz bei der Kostenanalyse nicht berücksichtigt haben. Bei der Frage nach der überwiegenden psychotherapeutischen Ausrichtung konnten in einem Fall fehlende Angaben nicht vervollständigt werden.

Insgesamt werden in den 43 ausgewerteten Tageskliniken 560 Behandlungsplätze vorgehalten. Die Auslastung liegt im Durchschnitt bei 94%. 385 Plätze (69%) werden

von Jungen in Anspruch genommen, 172 (31%) von Mädchen. Die Verteilung der am häufigsten vergebenen Diagnosegruppen ist Abbildung 3 zu entnehmen.

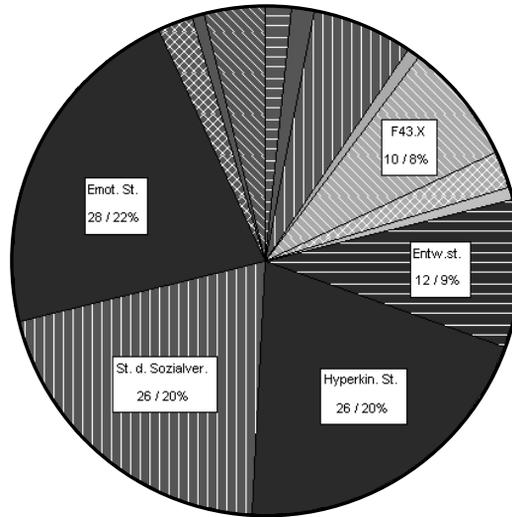


Abb. 3: Diagnosegruppen in der Tagesklinik

Dem Uhrzeigersinn folgend wurden folgende Klassifizierungsgruppen nach ICD-10 erhoben (s. Abb. 3):

Tab. 1: Diagnoseverteilung numerisch

Beschreibung	ICD-10 Code	Abs. Nennungen	Rel. Häufigkeit
1. Schizotype Störungen	F2x.x,	2mal	1,6%
2. Affektive Störungen	F3x.x	2mal	1,6%
3. Phobien und Angststörungen	F40.x + F41.x	8mal	6,2%
4. Zwangsstörung	F42.x	1mal	0,8%
5. Belastungsstörung	F43.x	10mal	7,8%
6. Eßstörungen	F50.x,	3mal	2,3%
7. Persönlichkeitsstörungen	F6x.x	1mal	0,8%
8. Intelligenzminderung, Lernstörungen	F7x.x	0mal	0,0%
9. Entwicklungsstörungen	F8x.x	12mal	9,3%
10. Hyperkinetische Störungen	F90.x	26mal	20,2%
11. Störungen des Sozialverh.	F91.x	26mal	20,2%
12. Emotionale Störungen	F93.x	28mal	21,7%
13. Bindungsstörungen	F94.x	3mal	2,3%
14. Ticstörungen	F95.x	1mal	0,8%
15. Andere Störungen, Enkopresis, Enuresis	F98.x	5mal	3,9%

Erwartungsgemäß haben die hyperkinetischen Störungen, die Störungen des Sozialverhaltens sowie die emotionalen Störungen den größten Anteil. Berücksichtigt man die Geschlechter- und Diagnosenverteilungen, so muß davon ausgegangen werden, daß das tagesklinische Klientel ein recht unverzerrtes Abbild der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation darstellt. Mit anderen Worten: Aus den erhobenen Daten lassen sich keine Diagnoseprofile ableiten, die für Tageskliniken spezifisch sind. Dies entspricht auch dem Störungsspektrum, das in der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) für Tageskliniken beschrieben wurde (Kunze u. Kaltenbach 1996, S. 170).

Der Altersdurchschnitt der Patienten liegt bei 10 Jahren und 2 Monaten (Standardabweichung: 2 Jahre und 4 Monate). Die mittlere Behandlungsdauer wird mit 20,9 Wochen angegeben, wobei eine erhebliche Schwankung der institutsbezogenen Mittelwerte zu verzeichnen ist. So beträgt die kürzeste mittlere Behandlungsdauer 4 Wochen, der maximale Mittelwert liegt bei 85 Wochen. Da uns von jeder Einrichtung gleichzeitig der Wochenplan vorliegt, können die Behandlungswochen direkt in Behandlungstage umgerechnet werden. In Tagen ausgedrückt beträgt die mittlere Behandlungsdauer aller Einrichtungen 104 Tage (Streubreite der mittleren Behandlungsdauer pro Einrichtung 20 bis 425 Tage).

Auf die Frage, welche psychotherapeutische Ausrichtung die Mehrzahl der Mitarbeiter haben, antworteten 67% der Einrichtungen mit „familientherapeutisch“, 55% mit „tiefenpsychologisch“ und 52% mit „verhaltenstherapeutisch“ (Mehrfachnennungen waren möglich). Sonstige therapeutische Ausrichtungen wurden in 26% der Fälle genannt.

Die größten Überschneidungen im Sinne von Doppelnennungen verschiedener Therapierichtungen fanden sich zwischen tiefenpsychologischer und familientherapeutischer Ausrichtung (Schnittmenge $n=16$), gefolgt von der Überschneidung zwischen verhaltenstherapeutischer und familientherapeutischer Ausrichtung (Schnittmenge $n=13$). Am häufigsten wurden familientherapeutische Ansätze mit anderen Therapierichtungen kombiniert (24mal).

Um den Zusammenhang zwischen den einzelnen Therapierichtungen unter Berücksichtigung des vollständigen Vierfelderschemas zu analysieren, wurden die für dichotome Daten entwickelten phi-Koeffizienten berechnet. Dabei zeigte sich trotz der Überschneidungen für die Familientherapie weder mit der tiefenpsychologischen ($\phi=0,07$; $p=0,66$ n.s.) noch mit der verhaltenstherapeutischen Ausrichtung ($\phi=-0,17$; $p=0,26$ n.s.) signifikante Zusammenhänge. Als einzig signifikanter Wert erwies sich der phi-Koeffizient zwischen tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Dieser war jedoch erwartungskonform negativ ($\phi=-0,39$; $p=0,012^*$), was darauf hindeutet, daß Institutionen entweder tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch arbeiten, diese beiden Ausrichtungen jedoch nur selten kombinieren. Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie werden bei den nachfolgenden Behandlungs- und Kostenanalysen als inhaltlich distinkte Faktoren berücksichtigt.

3.2 Personalsituation

Bezüglich der Personalsituation in den Tageskliniken wurden verschiedene Indices gebildet, die sowohl für berufsgruppenbezogene als auch für Gesamtanalysen herangezogen werden können. In den sog. Therapeuten-Index gehen sowohl die Stellenanteile der Ärzte als auch der Psychologen ein. Er errechnet sich aus der Summe beider Stellenanteile dividiert durch die Patientenzahl. Analog wurde ein sog. Betreuer-Index aus den Berufsgruppen der Erzieher und des Pflegepersonals gebildet. Sozialpädagogen werden gemäß Psych-PV nicht bei dem Betreuer-Index berücksichtigt. Die Gesamtbetreuung schließt alle Berufsgruppen unter Ausschluß von Zivildienstleistenden und Praktikanten ein.

Die Deskriptivstatistik des Therapeuten-Index zeigt, daß pro tagesklinischem Patienten im Durchschnitt 0,20 Therapeuten (Arzt und/oder Psychologe) verfügbar ist. Der Betreuungs-Index weist pro Patient 0,34 Betreuer (Erzieher und Pflegekräfte) auf. Unter Berücksichtigung aller Berufsgruppen (ausgenommen Zivildienstleistende und Praktikanten) sind in den Tageskliniken im Durchschnitt 0,58 Mitarbeiter pro Patient tätig.

In der Bundesrepublik Deutschland gilt bei Fragen der personellen Ausstattung von psychiatrischen Institutionen die Psych-PV (Kunze u. Kaltenbach 1996) als verbindliche Referenzgröße. Sie geht auf eine Initiative des Arbeitsministeriums zurück, das im Herbst 1988 und Frühjahr 1989 eine Gruppe von Experten berief, um auf empirischer Grundlage Richtlinien zur Berechnung des Personalbedarfs in der Psychiatrie zu ermitteln.

Die Psych-PV bietet für unsere Analysen aufgrund der differenzierten Datenlage eine ideale Vergleichsgrundlage. So können beispielsweise die üblichen Minutenwerte pro Patient und Berufsgruppe separat für kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken (Kategorie KJ7) zum Vergleich herangezogen werden.

Die Stellenanteile für die Tageskliniken berechnen sich in der Psych-PV nach folgender Formel (Kunze u. Kaltenbach 1996, S. 143):

$$\frac{\text{Minutenwert} \times \frac{\text{Anzahl der Patienten}}{\text{je Behandlungsbereich}}}{60 \text{ Minuten} \times (\text{Wochenarbeitszeit} - \text{Ausfallzeit})} = \text{Anzahl der Personalstellen der Berufsgruppe}$$

Für die Wochenarbeitszeit wird gemäß Tarifvereinbarung 38,5 Stunden angesetzt. Die Ausfallzeit wird in der Psych-PV für die Berufsgruppe des Pflege- und Erziehungsdienstes mit 22%, für die Ärzteschaft und alle übrigen Berufsgruppen der Tagesklinik mit 16,5% berechnet.

Zusätzlich wird in der Psych-PV ein Basiszeitwert von 5.000 Wochen-Minuten für die Berufsgruppe des Pflege- und Erziehungsdienstes pro tagesklinische Gruppe mit 10 Patienten berechnet (Kunze u. Kaltenbach 1996, S. 157). Verfügt die Tagesklinik pro Gruppe über weniger Behandlungsplätze, so wirkt sich der Basiszeitwert als Bonus auf die Personalberechnung aus. Entsprechend bewirken größere Gruppen einen Berechnungsmalus. Da in unserer Erhebung teilweise Angaben über die jeweilige Anzahl der tagesklinischen Stationen fehlen, wurde bei der Vergleichsrechnung – unter Maßgabe eines möglichst konservativen Fehlers – eine Stationsgröße von 16 Plätzen für die Analyse der Basiszeit zugrunde gelegt. Sollte die reale Stationsgröße jedoch darunter liegen (z.B.

2 Stationen à 8 Patienten), würde die Personalsituation zu günstig eingeschätzt. Abbildung 4 gibt die Verteilung der Gesamt-Personal-Situation unserer Erhebung wieder.

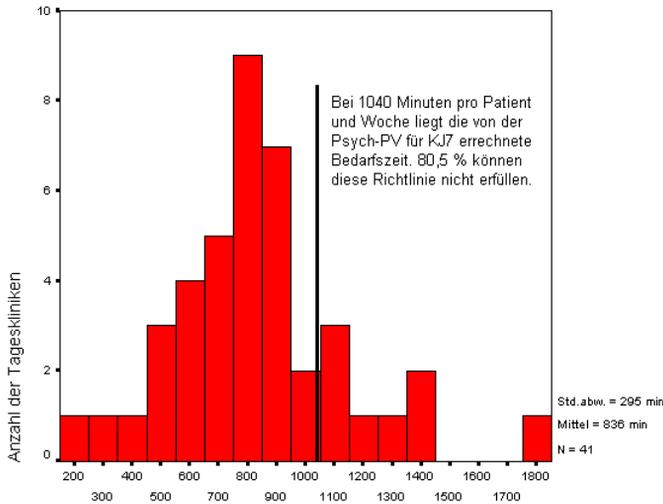


Abb. 4: Personalzeit pro Patient gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung

Aus der Graphik wird deutlich, daß in der Mehrzahl der Fälle (80,5%) die angegebene Personalsituation unterhalb der Psych-PV-Vorgaben liegt. Unter Berücksichtigung des oben erläuterten konservativen Fehlers fällt die reale Personalsituation möglicherweise noch schlechter aus. Berufsgruppenbezogene Analysen zeigen, daß die ärztliche Versorgung mit 195 Minuten gegenüber den von der Psych-PV vorgegebenen 200 Minuten 2,5% unterhalb des Sollwertes liegt. Im Gegenzug findet sich ein um etwa 4% erhöhter Anteil von Psychologen in den Tageskliniken (Soll: 182 Minuten; Ist: 190 Minuten). Erzieher- und Pflegeberufe sind gemäß den uns vorliegenden Daten deutlich unterrepräsentiert (Soll: 261 Minuten; Ist: 103 Minuten), dagegen liegen die übrigen Berufsgruppen entweder etwas unterhalb des Richtwertes (Ergotherapie: Soll: 128 Minuten; Ist: 97 Minuten) oder darüber (Sozialpädagogen: Soll: 133 Minuten; Ist: 141 Minuten; Sonstige Berufsgruppen: Soll: 89 Minuten; Ist: 118 Minuten). Hinsichtlich des Umfangs an Therapeuten unterscheiden sich tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Tageskliniken nicht ($F=0,30$; $p=0,59$ n.s.). Bei den Pflege- und Erzieherberufen finden sich geringere Stellenanteile ($F=2,63$; $p=0,12$ n.s.) bei tiefenpsychologischen Tageskliniken, in deren Teams dafür etwas häufiger Sozialpädagogen arbeiten ($F=2,63$; $p=0,12$ n.s.).

3.3 Behandlungskosten und -dauer

Bei der Analyse der Tagessätze sind deutliche Schwankungen zu verzeichnen. Im Mittel beträgt dieser DM 388,27. Die Spannweite reicht von DM 280 bis DM 617, die

Standardabweichung beträgt rund DM 71. Damit erhalten etwa 65% der Tageskliniken einen Tagessatz zwischen DM 315 und DM 460.

Die Behandlungskosten pro Patient, berechnet aus dem Produkt von Tagessatz und Anzahl der Behandlungstage, liegt im Durchschnitt bei DM 36.303 (kleinster Mittelwert: DM 12.825; größter Mittelwert: DM 89.793).

Hinsichtlich der Behandlungskosten gingen wir der Frage nach, ob strukturelle Faktoren zu finden sind, die mit den Kosten in Verbindung stehen.

Dabei wurde zunächst untersucht, ob es in Abhängigkeit von der überwiegenden psychotherapeutischen Ausrichtung der Mitarbeiter Unterschiede in der Behandlungsdauer gibt. Varianzanalytisch zeigte sich, daß sich verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch ausgerichtete Tageskliniken weder hinsichtlich der Behandlungsdauer ($F=0,11$; $p=0,74$ n.s.) noch hinsichtlich der Behandlungskosten ($F=0,26$; $p=0,62$ n.s.) unterscheiden. Auch die häufig kombinierte Familientherapie hatte weder Haupt- noch Interaktionseffekte auf die Behandlungskosten und -dauer.

Auffallend war jedoch, daß sich die inhaltliche Homogenität des Teams auf Behandlungsdauer und Behandlungskosten auszuwirken scheint. Dabei wurde ein Team als „homogen“ eingeschätzt, wenn nur eine Therapierichtung benannt wurde. Als „heterogen“ oder hinsichtlich der therapeutischen Ausrichtung eher zum Eklektizismus neigend wurde ein Team dann eingeschätzt, wenn mehrere Therapierichtungen angegeben waren. Analysiert man nun mit dem so gewonnenen „Eklektizismus-Score“ die beiden Kriterien der Behandlungsdauer und der Behandlungskosten pro Kind, so stellt sich heraus, daß Einrichtungen mit nur einem therapeutischen Schwerpunkt kürzer und kostengünstiger arbeiten. Im Durchschnitt dauert eine Behandlung mit nur einem therapeutischen Schwerpunkt 14 Wochen, während die Behandlungsdauer bei eklektischer Ausrichtung 22 Wochen beträgt. Dieser Unterschied stellt sich inferenzstatistisch als Trend dar ($F=3,8$; $p=0,06$ T). Der Eklektizismus-Effekt spiegelt sich auch in den Behandlungskosten wider. Dabei sind monotherapeutisch ausgerichtete Tageskliniken pro Behandlung etwa DM 10.000 billiger (Mittelwert monotherapeutisch: DM 30.685; eklektisch: DM 40.056). Aufgrund der hohen Varianz innerhalb der Gruppen ist der Unterschied jedoch mit $F=1,57$; $p=0,22$ n.s. nicht signifikant.

Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten stellt sich weiterhin die Frage, ob die Höhe des Tagessatzes in Beziehung zu der Behandlungsdauer steht. Aus diesem Grund wurde zunächst eine Pearson Korrelation zwischen Tagessatz und Behandlungsdauer berechnet, die mit $r=-.41^*$ auf dem 5%-Niveau signifikant war. Abbildung 5 gibt den negativen Zusammenhang als Streudiagramm wieder. Die erklärte Varianz (R-Quadrat) beträgt rund 17%.

Bei dem beschriebenen Zusammenhang zwischen kürzeren Behandlungszeiten bei höheren Tagessätzen liegt die Vermutung nahe, der höhere Tagessatz führe zu einer besseren Personalsituation, die sich dann auf verkürzte Behandlungszeiten auswirkt. Sollte der vermutete Zusammenhang zutreffen, so wäre eine positive Korrelation zwischen Tagessatz und Mitarbeiter-Schlüssel sowie eine negative Korrelation zwischen Mitarbeiter-Schlüssel und Behandlungsdauer zu fordern.

Bei der Berechnung der angenommenen Zusammenhänge konnte erwartungskonform eine signifikant positive Korrelation ($r=0,33$; $p=0,05^*$) zwischen Mitarbeiter-In-

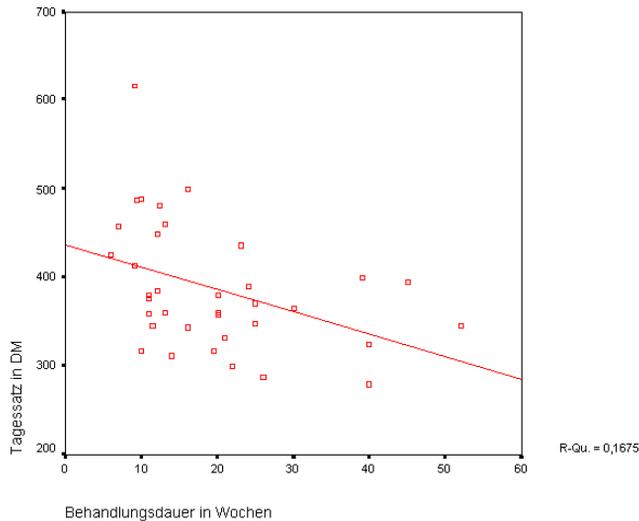


Abb. 5: Höhere Tagessätze gehen mit kürzeren Klinikaufhalten einher

und Tagessatz gefunden werden. Der für die Bestätigung der Annahme erforderliche negative Zusammenhang zwischen Mitarbeiter-Index und Behandlungsdauer ließ sich jedoch nicht nachweisen ($r=0,05$; $p=0,79$ n.s.). Die Hypothese, der erhöhte Tagessatz verkürzte die Behandlungsdauer durch einen verbesserten Personalschlüssel kann damit nicht bestätigt werden.

Bei einer detaillierten Analyse weiterer Einflußfaktoren zeigte sich, daß der Personalschlüssel – wenn er auch nicht die direkte erklärende Variable darstellt – so doch einen wesentlichen indirekten Einfluß auf die Behandlungsdauer hat. Als bedeutsam erwiesen sich hierbei die anhand der uns vorliegenden Stundenpläne exakt berechenbare wöchentliche Behandlungszeit in der Tagesklinik, die indirekt mit dem Betreuer-schlüssel assoziiert ist.

Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Behandlungszeit stellt sich folgender Zusammenhang dar: In Tageskliniken mit hohem Tagessatz werden mit verbessertem Personalschlüssel ($r=0,33$; $p=0,05^*$) längere Behandlungszeiten abgedeckt, die sich dann signifikant ($r=-0,38$; $p=0,02^*$) auf die Reduktion der Behandlungszeit auswirken.

Bei der systematischen Analyse von möglichen Einflussfaktoren auf Behandlungsdauer und Behandlungskosten stellt sich notwendigerweise auch die Frage nach dem Einfluss des Klientels. In diesem Zusammenhang wurden Geschlechtseffekte, Alterseffekte und Diagnoseeffekte analysiert.

Regressionsanalytisch konnte gezeigt werden, daß die Behandlungsdauer weder durch die Geschlechterverteilung (Standardisierter Beta-Koeffizient (b): 0,17; $p=0,46$ n.s.) noch durch eine der in Abbildung 3 genannten Diagnosegruppen (b: zwischen 0,01 und 0,33; alle n.s.) oder durch die Altersverteilung der Patienten (b: 0,27; $p=0,51$ n.s.) beeinflusst wird.

Bei der Analyse der Einflüsse auf die Behandlungskosten (Dauer mal Tagessatz) ergaben sich für die Diagnosegruppen ebenfalls keine signifikanten Effekte (b: zwischen

0,04 und 0,37; alle n.s.). Für den Einfluß der Geschlechterverteilung konnte ebenfalls kein signifikanter Effekt ($b: 0,46; p=0,06$ T) gefunden werden. Das Alter der Patienten hat keinen Einfluß auf die Behandlungskosten ($b: 0,16; p=0,70$ n.s.).

Im Rahmen einer Diskussion mit Dr. Siefen (pers. Mitteilung 6.10.2000) wurde die Hypothese erhoben, daß die Behandlungsdauer von der Verfügbarkeit zusätzlicher stationärer und ambulanter Behandlungsmöglichkeiten abhängt. Beide Bedingungen wurden systematisch in unserer Studie erhoben, so daß eine Prüfung dieser Hypothese möglich war. Dabei zeigten sich jedoch weder signifikanten Unterschiede in der Behandlungsdauer (Station verfügbar: $F=0,04; p=0,84$ n.s.; Ambulanz verfügbar: $F=0,02; p=0,89$ n.s.; Station und Ambulanz verfügbar: $F=0,01; p=0,91$ n.s.) noch in den Behandlungskosten (Station verfügbar: $F=0,02; p=0,89$ n.s.; Ambulanz verfügbar: $F=0,39; p=0,53$ n.s.; Station und Ambulanz verfügbar: $F=0,002; p=0,96$ n.s.). Damit kann die Netzwerk-Hypothese nicht bestätigt werden.

4 Diskussion

Wie einleitend erläutert, decken tagesklinische Behandlungen einen immer größeren Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ab. Trotz des Anspruchs, die Kosten-Nutzen-Relation der Behandlung durch tagesklinische Konzepte zu verbessern, ist über die aktuelle tagesklinische Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland nur wenig bekannt.

In unserer Studie wird neun Jahre nach der Querschnittsuntersuchung von Specht und Anton (1992) sowie fünf Jahre nach der Evaluation der Psych-PV (Kunze et al. 1998) erstmals eine vollständige Erhebung aller Tageskliniken in Deutschland durchgeführt und unter gesundheitspolitisch zentralen Parametern wie Behandlungsdauer, Behandlungskosten sowie Personal- und Patientencharakteristika systematisch analysiert. Die im Ergebnisteil berichteten Resultate lassen sich stichwortartig wie folgt zusammenfassen:

- (1) Die Vorgaben der Psych-PV werden in 80,5% der Tageskliniken unterschritten.
- (2) Die psychotherapeutische Ausrichtung hat keinen Einfluß auf die Behandlungsdauer oder die Kosten der Behandlung.
- (3) Für alle Tageskliniken gilt: Je höher der Tagessatz, desto kürzer wird behandelt. Dieser Zusammenhang läßt sich nicht direkt durch den verbesserten Personalschlüssel erklären.
- (4) Der unter (3) genannte Zusammenhang ist eher Ausdruck längerer Betreuungszeiten pro Woche, die mit der verbesserten Personalsituation einhergehen können. Allgemein gilt: Je länger die Anwesenheitszeiten der Kinder und Jugendlichen pro Woche in der Tagesklinik, desto kürzer die Gesamtbehandlung.
- (5) Die Diagnose-, Geschlechts- und Alterseffekte beeinflussen die Behandlungsdauer bzw. die Behandlungskosten nur unwesentlich.
- (6) Netzwerkeffekte im Sinne der Verfügbarkeit zusätzlicher ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten hatten entgegen klinischer Annahme keinen Einfluß auf die Behandlungsdauer und die Behandlungskosten.

Bevor wir die genannten Ergebnisse im einzelnen diskutieren, soll zunächst noch einmal die Stichprobe genauer betrachtet werden, um die Güte der Daten und das Risiko stichprobenbedingter Verzerrungen genauer einschätzen zu können.

Bei der Studie handelt es sich um eine vollständige Erhebung. Es wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, alle Tageskliniken zu erfassen und zur Mitarbeit zu gewinnen. Bereits verfügbare Adressenlisten wurden aktualisiert und durch Rückfrage in den zuständigen Landesbehörden und Landesvertretungen sowie durch persönliche Rücksprache auf Leitungsebene in den entsprechenden Gremien vervollständigt.

Den Rücklauf von 74% halten wir für akzeptabel. Die Gefahr einer Stichprobenverzerrung kann jedoch bei 26% nicht zurückgesendeter Fragebogen nicht ausgeschlossen werden. Zur Maximierung der Datengüte wurde versucht, die Angaben möglichst in „Rohform“ zu erhalten (z. B. Personalschlüssel, Stundenplan, Tagessatz). Da zusätzlich bei Unklarheiten jeweils telefonische Rücksprache gehalten wurde, kann insgesamt von einer guten Datenbasis ausgegangen werden.

Als zentrale abhängige Variablen wurden Behandlungsdauer und Behandlungskosten in den Mittelpunkt der Analysen gestellt. Das unter (2) genannte Ergebnis, demzufolge die inhaltliche Ausrichtung des Teams keine Auswirkung auf die Dauer und die Kosten der Behandlung hat, überrascht zunächst, da gemeinhin die tiefenpsychologisch ausgerichteten Behandlungen als zeitintensiver gelten.

Der unter (3) beschriebene Zusammenhang zwischen hohen Tagessätzen und kurzer Therapiedauer scheint aufgrund der korrelativen Zusammenhänge nicht primär auf die verbesserte Personalsituation zurückzuführen sein. Wesentlich informativer ist in diesem Zusammenhang die effektive Anwesenheitszeit der Kinder in der Tagesklinik, die mit dem Personalschlüssel indirekt assoziiert ist. Je länger die Kinder sich pro Woche in der Tagesklinik befinden, desto kürzer ist die effektive Behandlungszeit. In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen von Reker (1999) verwiesen, der als zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen tagesklinischer und vollstationärer Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie die effektive Behandlungszeit anführt. Für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsforschung wären für zukünftige Analysen differenzielle Vergleiche mit stationären Behandlungssettings zu fordern.

Die Einbindung der Tagesklinik in eine Institution, die zusätzlich über stationäre und ambulante Angebote verfügt, scheint keinen Einfluß auf die Behandlungsdauer zu haben. Dieses Ergebnis spricht am ehesten für eine relative Autonomie der tagesklinischen Diagnose- und Behandlungsprozesse.

Aus Kenntnis des klinischen Alltags müssen noch weitere Faktoren postuliert werden, die sich auf die Behandlungsdauer auswirken, in unserer Analyse aber nicht erfaßt wurden. So ist beispielsweise zu vermuten, daß die Forderung der Krankenkassen nach kurzen Liegezeiten Auswirkungen auf die Behandlungsdauer hat.

In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, sich den Wandel der Tagesklinikstruktur innerhalb der letzten 15 Jahre zu vergegenwärtigen. In einer exemplarischen Tagesklinik (Kunze-Turmann u. Dauner 1984) erhöhte sich der Tagessatz seit 1984 von DM 126 auf DM 360, während die mittlere Verweildauer der Patienten sich von 8 Monaten auf 6 Monate verkürzte. Bei gleichbleibend 12 Behandlungsplätzen für das Altersspektrum von 4 bis 14 Jahren verbesserte sich die Anzahl der Therapeuten von 1,5 auf 2

Stellen und die der Betreuer von 2,5 auf 4 Stellen. Die häufigsten Diagnosegruppen blieben Emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

Abschließend soll auf die Einschränkungen der vorliegenden Analysen hingewiesen werden. Diese sind in erster Linie in der Beschränkung auf quantitative Daten zu sehen, die ohne entsprechende Qualitätsanalysen keine Aussage über die Effizienz der Behandlung zulassen.

Literatur

- Bortz, J. (1984): Lehrbuch der empirischen Sozialforschung. Heidelberg: Springer.
- Eikelmann, B.; Reker, T.; Albers, M (1999): Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme.
- Finzen, A. (1999): Tagesklinische Behandlung – Modell psychiatrischer Therapie. In: Eikelmann, B.; Reker, T.; Albers, M. (Hg.): Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme; S. 19-25.
- Kunze-Turmann, M.; Dauner, I. (1984): Kinderpsychiatrische Tagesklinik. Ein Erfahrungsbericht. In: Remschmidt, H. (Hg.): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Stuttgart: Thieme, S. 211-214.
- Kunze, H.; Kaltenbach, L. (1996). Psychiatrie-Personalverordnung, 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kunze, H.; Pohl J.; Krüger, U. (1998). Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Baden-Baden: Nomos.
- Reker, T. (1999): Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: Eikelmann, B.; Reker, T.; Albers, M. (Hg.): Die psychiatrische Tagesklinik. Stuttgart: Thieme, S. 27-34.
- Specht, F.; Anton, S. (1995): Einrichtungen für Kinder und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht.
- Specht, F.; Anton, S. (1992): Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 41:367-374.

Anschrift für die Verfasser: Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss (michael.huss@charite.de), Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Kindes- und Jugendalters, Charité Campus Virchow-Klinikum der Humboldt-Universität zu Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.