

Schepker, Renate / Grabbe, Yvonne und Jahn, Karen

Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 5, S. 338-353

urn:nbn:de:bsz-psydok-44411

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

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families from Turkey, with special emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates	67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern?

Renate Schepker, Yvonne Grabbe und Karen Jahn

Summary

A longitudinal view on inpatient treatment duration –
Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?

A predictor for the individual length of stay (ILOS) was stable for 3 consecutive cohorts of annual inpatient admissions ($n = 1.230$, excluding drop-outs, crisis interventions for 14 days and less, longterm treatment for 250 days and more), in spite of decreasing average length of stay (ALOS). The predictor consists of CASCAP psychopathology variables, motivational and social functioning variables assessed by the therapist. ICD-10-diagnoses had no influence on ILOS. Improvement on MAS axis VI needed longer average LOS than improvement in symptoms. Unchanged patients had shorter LOS than improved ones, the lower limit of effective LOS being more than about 55 days for improvement of symptoms. Due to our findings, DRGs are not an adequate instrument to determine reimbursement of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry.

Keywords: Length of stay – DRG – CGAS – symptom improvement

Zusammenfassung

An drei Jahrgangskohorten stationärer mittelfristiger kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen wurde (unter Ausschluss von Abbrechern, Krisenbehandlungen unter 14 Tagen, Langzeitbehandlungen über 250 Tagen, $n = 1.230$) auch bei sinkender Durchschnittsverweildauer ein Prädiktor für die individuelle Behandlungsdauer repliziert, der sich aus dem psychopathologischen Befund CASCAP, Motivationsvariablen und Variablen der sozialen Funktionsbereiche zusammensetzt. ICD-10-Diagnosen hatten keinen Einfluss auf die Behandlungsdauer. Verbesserungen hinsichtlich der MAS-Achse VI benötigten mehr Zeit als Verbesserungen der Symptomatik zwischen Aufnahme- und Entlasszeitpunkt, beide korrelierten hoch mit der Behandlungsdauer. Unverändert entlassene Patienten zeigten eine niedrigere Durchschnittsverweildauer. Eine Mindestdauer effektiver Behandlungen lässt sich bei circa 55 Tagen hinsichtlich einer Symptombesserung erschließen. DRG (Diagnosis Related Groups) sind nach diesen Ergebnissen kein adäquates Instrument zur Bestimmung von Fallkosten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Schlagwörter: Verweildauer – DRG – psychosoziales Funktionsniveau – Symptombesserung

1 Einleitung

Bundesweit stellt die „Durchschnittsverweildauer“ in Pflegesatzverhandlungen gemeinsam mit der Fallzahl eine Bestimmungsgröße für das Budget psychiatrischer Abteilungen dar. Von den Kostenträgern wird sie in Budgetverhandlungen als Kenngröße für die Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation) und damit die Wirtschaftlichkeit einer Abteilung angeführt, wobei das „untere Quartil“ der Bundesverteilung zum „benchmarking“ angeführt wird, das heißt, die unteren 25 Prozent der durchschnittlich erzielten Aufenthaltsdauern aller Patienten werden zur Richtschnur und zum Qualitätsindikator erklärt (Neumann 1999).

Dennoch weisen Verweildauern bundesweit eine hohe Streubreite auf. Dies ist deswegen nicht verwunderlich, weil die real erzielten Durchschnittsverweildauern sich jeweils aus einem Fallmix kurzer Kriseninterventionen oder kurzer Behandlungsepisoden zusammensetzen (z.B. Entgiftung, Diagnostik, Deeskalation, Medikamentenumstellung), aus mittelfristigen Behandlungen und aus langfristigen Behandlungen insbesondere comorbider Multiproblempatienten. Damit unterliegt die Durchschnittsverweildauer notwendigerweise regionalen Schwankungen in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der stationären Klientel. Diese wiederum orientiert sich am regionalen Auftrag des Krankenhauses in Abhängigkeit von der ambulanten und komplementären Versorgungssituation (Blanz u. Schmidt 2000) und von soziodemographischen Variablen.

Im Versorgungsgebiet, das unsere Studie betrifft, sind im Zuge der argumentativen Vorbereitung gesundheitspolitischer Planung zwei aktuelle Gutachten über die prospektiven Durchschnittsverweildauern aller medizinischen Fachgebiete erstellt worden – eines im Auftrag der Krankenhausgesellschaft und der Ärztekammern (BASYS u. I+G 2000) und eines im Auftrag der Krankenkassen (IGSF 2000). Das erste Gutachten sagt anhand von Exponentialrechnungen und „Expertenbefragungen“ (ohne die Beteiligung von Kinder- und Jugendpsychiatern!) für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab dem Jahr 2005 eine Durchschnittsverweildauer von 35 Tagen voraus, das zweite anhand von Hochrechnungen der jetzigen Krankenhausstatistiken ab dem Jahr 2003 eine von 44,4 Tagen. Die Anwendung von Exponentialrechnungen in diesen Untersuchungen basiert auf der Annahme, dass sich die regional über mehrere Kliniken bestimmbare Durchschnittsverweildauer auf einer bestimmbaren Untergrenze einpendeln werde. Aus wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Sicht stellt sich hier die Frage, inwiefern eine solche Untergrenze nicht besser anhand von Daten über die Aufenthaltsdauer bis zum Behandlungserfolg bestimmt werden sollte, ohne den die Behandlung insgesamt sinnlos wird.

Eine „Durchschnittsverweildauer“ als arithmetisches Mittel individueller Therapiedauern wäre nur bei vergleichbarer Patientenzusammensetzung und vergleichbarer komplementärer Versorgung für einen versorgungswissenschaftlichen Diskurs brauchbar. Aus diesem Grund soll im Folgenden begrifflich zwischen „Durchschnittsverweildauer“ als abteilungs- und krankenhausplanerischer Variable und der „Verweildauer“ oder „Therapiedauer“ individuell patientenbezogen unterschieden werden.

Nach einer früheren Übersichtsarbeit von Pfeiffer und Strzelecki (1990) über die Verbindung von mittel- bis langfristiger Behandlungsdauer und Behandlungserfolg sind die Ergebnisse widersprüchlich. Blanz und Schmidt (2000) fanden in drei Studien zur Behandlungseffektivität einen messbaren Einfluss der Therapiedauer auf das Behandlungsergebnis, in vier Studien nicht, und fassen zusammen, dass die meisten Studien methodische Mängel aufweisen. Vor allem hinsichtlich der Verbindung von Behandlungsdauer und Behandlungsergebnis bestehe ein Besorgnis erregendes Erkenntnisdefizit. Dies mag auch darin begründet sein, dass in den meisten Studien keine begriffliche Unterscheidung zwischen individueller ergebnisorientierter und Durchschnittsverweildauer getroffen wird, beispielsweise wurden teilweise bei Berechnung der Durchschnittsverweildauer auch Patienten berücksichtigt, die ihre Behandlung gegen ärztlichen Rat abgebrochen hatten (Blanz u. Schmidt 2000) und dann erwartungsgemäß ein unteroptimales Behandlungsergebnis aufweisen. Des Weiteren wurde nur in wenigen Studien unterschieden zwischen Aufnahmen zur kurzfristigen Krisenintervention mit begrenztem Auftrag und Fokus einerseits und Aufnahmen zu einer auf Veränderung abzielenden Behandlung mit breiteren Zielen andererseits.

Bei diesem Erkenntnisstand erscheint es unmöglich, evidenzbasierte Kriterien für den Kostenrahmen einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung auf dem Hintergrund des eben verabschiedeten Fallpauschalengesetzes zu bestimmen. Dieses nimmt die psychiatrischen Fachgebiete nur bis zum Jahr 2005 aus. Sollten danach auch jugendpsychiatrische Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt werden, um Fallpauschalen für stationäre und teilstationäre Behandlungen zu bestimmen, würden sich individuelle Behandlungsdauern ausschließlich an der Diagnose und wenigen Cofaktoren von geringerem Gewicht (z. B. Comorbidität, vgl. Resch 2001) orientieren müssen, um nicht unrentabel zu arbeiten, da der sonstige Kostenrahmen durch die Psychiatrie-Personalverordnung fixiert ist. Krankenhausbudgets würden sich dann ausschließlich aus der Zusammensetzung der Diagnosen errechnen, die Durchschnittsverweildauern wiederum wären ausschließlich vom jeweiligen „Diagnosenmix“ abhängig. Jedoch hat eine Fülle wissenschaftlicher Veröffentlichungen Zusammenhänge zwischen psychiatrischer Diagnose und individueller Therapiedauer nicht belegen können oder zumindest unter Gesichtspunkten des Behandlungserfolgs als nicht zielführend beschrieben (Gold et al. 1993; Durbin et al. 1999; Richter 1999; Frick et al. 2001; Höger et al. 2001; Stevens et al. 2001). Resch (2001) warnt daher zu Recht vor dem drohenden Qualitätsverlust kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen durch die Einführung von DRG. Keefler et al. (2001) fanden auch unter dem DRG-System in den USA nur einen geringen Einfluss der eingeführten DRG auf die individuellen Behandlungsdauern psychiatrischer Patienten. Alternative Bestimmungsgrößen zur wissenschaftlichen Fundierung etwa von individuellen Entlassungsindikationen sind kaum erforscht worden (Höger et al. 2001).

Es erschien daher lohnend, die in der Ausgangsstudie des Autorenkollektivs (Schepker et al. 2000) erarbeiteten Prädiktoren für individuelle Therapiedauern (u. a. aus Variablen des psychopathologischen Befunds, der Motivation, der Beeinträchtigung sozialer Funktionsbereiche) erneut unter der Fragestellung zu überprüfen, ob sie im Längsschnitt auch bei deutlich gesunkener Durchschnittsverweildauer in den Jahren nach 1998 replizierbar sind. Diese fallbezogenen Verweildauern wurden ohne Einfluss von

durch DRGs gebildeten Restriktionen ziel- und patientenbezogen erzielt. Des Weiteren interessiert, ob eine Verweildaueruntergrenze bestimmbar ist, unterhalb derer eine mittelfristige stationäre Behandlung bei den Patienten keine Veränderungen erzielt.

Die Daten umfassen nun drei unselektierte Entlassjahrgänge aus einem Pflichtversorgungsgebiet von 1,2 Millionen Einwohnern mit einer im Bundesvergleich hohen Bettenmessziffer, in dem ausnahmslos alle Versorgungsaufgaben (einschließlich der Behandlung Drogenabhängiger und forensischer Fälle ohne gerichtlichen Sicherungsauftrag) wahrgenommen werden.

2 Datenbasis, Stichprobe und Methode

Die Datenerhebung basiert auf der erweiterten Frankfurter Basisdokumentation (Englert u. Poustka 1995). Als Arbeitsinstrument und Teil des Klinikdokumentationssystems diente die Papierversion als Grundlage aller ärztlich-/therapeutischen Notizen bei der Aufnahme und Anamneseerhebung; die Druckversion wurde zu diesem Zweck um freien Platz für eigene Notizen erweitert. Das Instrument wurde bei der Aufnahme, im Verlauf und bei der Entlassung jedes Patienten verlässlich eingesetzt, es lag nach den Therapieplanungskonferenzen und mit dem Entlassbericht ausgefüllt vor. Ratertrainings zum Umgang mit den Operationalisierungen erfolgten im Untersuchungszeitraum für neue und erfahrene Kollegen kontinuierlich.

Die für diese Auswertung relevanten Teile der Basisdokumentation umfassen soziodemographische Daten, Aufnahme- und Verlaufsdaten (wie Krisenparameter, Motivationsvariablen, Abbruch), das psychopathologische Befund-Inventar und die multiaxiale Klassifikation.

Alle stationären Behandlungsfälle aus den Jahren 1998, 1999 und 2000 gingen in die Datenerhebung ein. Es wurden bei allen Berechnungen nur Datensätze von Patienten berücksichtigt, deren Behandlung einvernehmlich und nicht durch Entweichung, Verlegung oder gegen ärztlichen Rat beendet wurde, da deren Aufenthaltsdauer sich nicht am geplanten und aus Therapeutesicht sinnvollen Umfang ausrichtete. Abbrecher machten 8,7% der dokumentierten Fälle aus.

Von innerhalb von sechs Monaten wieder aufgenommenen Patienten (9% aller Aufnahmen) wurde nur eine Basisdokumentation in die Auswertung eingebracht, in der Regel diejenige des länger dauernden Aufenthalts.

Für die Untersuchung individueller Behandlungsdauern wurden Kurzaufnahmen zur Krisenintervention mit einer Behandlungsdauer von weniger als 14 Behandlungstagen (9,5% aller Behandlungen über alle drei Jahrgänge) ausgeschlossen, da hier die psychiatrische Arbeit in einem anderen Kontext steht (s.o.) und der Dokumentationsumfang geringer ist.

Ebenso wurden die wenigen „Langlieger“ mit einer Verweildauer von über 250 Tagen (zwei Fälle im Jahr 2000) ausgeschlossen, da es sich hier um begründete Einzelfälle handelte. Kinder und Jugendliche wurden jeweils getrennt analysiert. Somit enthält die Stichprobe an Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr für das Jahr 1998: $N = 156$ (37,7%), für 1999: $N = 134$ (32,5%), für 2000: $N = 158$ (38,8%). Jugendliche ab Vollendung des zwölften Lebensjahrs waren 1998 mit $N = 255$, 1999: $N = 278$ und 2000: $N = 249$ vertreten.

Dies führte in jedem Jahrgang zu einer Normalverteilung der Verweildauern bei den hier interessierenden Patienten, die zur mittelfristigen Psychotherapie aufgenommen worden waren. Der Kolmogorov-Smirnov-Test auf Anpassung an die Normalverteilung ergab jeweils für das Jahr 1998: $Z = .546$; $p = .927$, für das Jahr 1999: $Z = .932$; $p = .350$ und für das Jahr 2000: $Z = .821$; $p = .511$.

Für die Auswertung der Krisenparameter wurden alle Fälle des Jahrgangs 2000 einschließlich der Kurzlieger unter zwei Wochen Verweildauer, aber ausschließlich der Abbrecher eingeschlossen ($N=446$).

Zu den Fallzahlen ist zu bemerken, dass in den Ergebnissen zumeist geringere Fallzahlen als die Grundstichprobe angegeben werden. Dieses ist dadurch zu erklären, dass bei einigen Fällen nicht alle in die Berechnung eingehenden Variablen erhoben werden konnten (zum Beispiel durch Informationsmangel). Diese Fälle wurden aus der Analyse dann zusätzlich ausgeschlossen, um die Ergebnisse nicht zu verfälschen.

In der Erstuntersuchung 1998 konnten die faktorenanalytisch ermittelten Skalen aus dem Psychopathologischen Befund, die mit der Verweildauer der Patienten signifikant korrelierten, zusammen mit der Skalierung wichtiger sozialer Funktionsbereiche und mit Motivationsvariablen zu einem „Index“ zur Vorhersage der individuellen Verweildauer mittels multipler Regression zusammengefasst werden.

Für Kinder bis zu zwölf Jahren setzte sich der „Index“ aus drei Skalen des Psychopathologischen Befundsystems zusammen (Skalen Unkooperativ/distanzgemindert, Soziale Unsicherheit, Innere Unruhe/Labilität) sowie aus den skalierten Funktionsbereichen Beeinträchtigung in Sozialen Fertigkeiten und Schwierigkeiten in der Schule. Für Jugendliche ab zwölf Jahren umfasste der Index die Skalen Insuffizienz/Schuldgefühle und Gehemmtheit/Umständlichkeit im Denken des Psychopathologischen Befunds sowie die vom Therapeuten skalierte Behandlungsmotivation des Patienten und diejenige der familiären Bezugspersonen.

Dieser „Index Kinder“ und „Index Jugendliche“ wurde nun für die Auswertung der folgenden Jahrgänge identisch definiert und mittels Multipler Regression die Voraussagestärke für die Verweildauer als abhängige Variable berechnet.

Für die Einflüsse der Krisenparameter zur Selbstgefährdung (Items der BaDo: „Suizidalität bei Aufnahme“ und „Suizidalität während der Behandlung“) sowie der Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung gemäß MAS-Achse VI wurden Pearson-Korrelationen mit der individuellen Verweildauer berechnet.

Die Auswirkung der Erstdiagnose (MAS-Achse I) auf die Verweildauer wurde nach Diagnosegruppen mit der einfaktoriellen Varianzanalyse bestimmt.

Zur Bestimmung der Untergrenze der Verweildauer wurden die Items „Ausprägung der Symptomatik“ und die Skalierung der MAS-Achse VI jeweils bei Aufnahme und bei Entlassung herangezogen, die Patienten in zwei Gruppen geteilt anhand veränderter beziehungsweise unveränderter Einschätzung und die jeweiligen Verweildauerverteilungen mittels zweiseitigem t-Test bei unabhängigen Stichproben verglichen.

Die statistischen Voraussetzungen (z.B. Normalverteilungsmaß, s.o.) wurden jeweils vor Durchführung der Berechnungen auf ihr Vorhandensein überprüft. Die Auswahl der Verfahren war somit abhängig von der Fragestellung, und das jeweilige Verfahren wurde eingesetzt, sofern dessen statistische Voraussetzungen erfüllt waren.

3 Ergebnisse

3.1 Längsschnittuntersuchung des Verweildauer-„Index“

Die Entlassjahrgänge 1998 bis 2000 zeigten eine deutlich abnehmende Durchschnittsverweildauer sowohl für die Gesamtkohorte als auch die Gruppe mittelfristiger Behandlungen ohne Abbrüche (s. Tab. 1).

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass die in die Auswertung einbezogenen Fälle einen zwar im Zeitverlauf abnehmenden Anteil der Gesamtpopulation ausmachen, jedoch nach wie vor die Mehrzahl der stationären Patienten mittelfristige Behandlungsfälle sind. Auch die Durchschnittsverweildauer der mittelfristigen Behand-

Tab. 1: Durchschnittsverweildauer im Zeitverlauf

Tage	alle Patienten	Patienten ohne Kriseninterventionen und Abbrüche, für die alle in den Index eingegangenen Variablen vorlagen, VD > 14 Tage und ≤ 250 Tage
1998	98.1 (431 Fälle)	111.1 (n = 389)
1999	88.5 (487 Fälle)	95.0 (n = 344)
2000	80.8 (529 Fälle)	91.8 (n = 381)

lungsfälle im Untersuchungszeitraum sank ab. Die Verweildauer von Kindern und Jugendlichen unterschied sich nicht signifikant.

Trotz stark abgesunkener Durchschnittsverweildauer gelang über drei Jahrgänge die Vorhersage der individuellen Behandlungsdauer durch den aus dem psychopathologischen Befund und der Einschätzung wichtiger sozialer Funktionsbereiche beziehungsweise bei Jugendlichen auch aus Motivationsvariablen gebildeten „Index“ per multipler Regression (s. Tab. 2).

Tab. 2: Multiple Vorhersageleistung für die Behandlungsdauer im Zeitverlauf

Korrelationsmaß η	Kinder bis 11 Jahre Mult. Validität des Index	Jugendliche ab 12 Jahre Mult. Validität des Index
1998	0.501	0.432
1999	0.375	0.389
2000	0.403	0.269

Die Stärke des Index sank im Untersuchungszeitraum leicht ab, stärker bei Jugendlichen als bei den Kindern. Die multiple Validität des Vorhersageindex blieb signifikant (p jeweils < 0.005).

3.2 Diagnosegruppe

Der psychiatrischen Diagnose kam demgegenüber kein signifikanter Prädiktorwert zu. Die Ausnahme stellte in den Jahren 1999 und 2000 wie schon 1998 allein die Gruppe der schizophrenen Psychosen (Erstdiagnose F20.xx – F29.xx), die signifikant längere Verweildauern aufwies (1999: 130 Tage, 2000: 155 Tage mit hoher Schwankungsbreite).

In der einfaktoriellen Varianzanalyse zeigte sich über alle drei Jahrgangskohorten hinweg kein signifikanter Einfluss der anderen Diagnosegruppen auf die Verweildauer.

3.3 Krisenparameter

Zu diesem Auswertungsschritt wurden alle verfügbaren Basisdokumentationen des Entlassjahrgangs 2000 herangezogen ($n = 446$). Die maximale Dauer einer stationären Krisenintervention wurde mit 21 Tagen definiert. Suizidalität bei der Aufnahme

lag bei 15 % aller Patienten im Jahr 2000 vor, jedoch bei 38,6 % der Patienten, die weniger als 21 Tage behandelt wurden. Die Gruppe der länger als 22 Tage Behandelten wies nur einen Anteil von 12,8 % suizidaler Akutaufnahmen auf (Chi-Quadrat nach Pearson: 26,8; df = 4, p = .000).

Suizidalität bei Aufnahme hatte einen deutlich behandlungsverkürzenden Effekt: hier wurde nur durchschnittlich 69 Tage behandelt gegenüber 89 Tagen (Pearson-r = -.199, p < .01).

Fortbestehende oder neu auftretende Suizidalität während der Behandlung hatte demgegenüber einen deutlich behandlungsdauerverlängernden Effekt (durchschnittlich 106 Tage – $r_{\text{bis}} = .084$, p = 0.04).

3.4 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Die Behandlungsdauer korreliert durchgängig hochsignifikant mit dem Störungsschweregrad gemäß MAS-Achse VI zum Zeitpunkt der Aufnahme, in 1999 und 2000 deutlicher, bei gesunkener Durchschnittsverweildauer (s. Tab. 3).

Tab. 3: Beziehung zwischen Behandlungsdauer und MAS-Achse VI bei Aufnahme

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (MAS Achse VI)	Pearson-Korrelation mit der Behandlungsdauer
1998	r = 0.237 ***
1999	r = 0.408 ***
2000	r = 0.326 ***

***= p < 0.005

Durch die Einführung einer multiaxialen Beurteilung sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung konnte nicht nur der Zusammenhang zwischen der globalen Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung bei der Aufnahme und der Behandlungsdauer belegt werden. Weiterhin zeigt sich, dass auch die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung bei der Entlassung mit der Behandlungsdauer korreliert, wenn man den Effekt um die Beurteilung bei Aufnahme bereinigt. Dieser Zusammenhang wird veranschaulicht durch die Korrelation zwischen der Verbesserung auf der Achse VI und der Behandlungsdauer: je stärker die Verbesserung, desto länger dauert auch die Therapie (s. Tab. 4).

Tab. 4: Behandlungsdauer und Veränderung auf MAS-Achse VI

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (MAS Achse VI) – Differenz Aufnahme – Entlassung	Pearson-Korrelation mit der Behandlungsdauer
1999	r = 0.401 ***
2000	r = 0.312 ***

***= p < 0.005

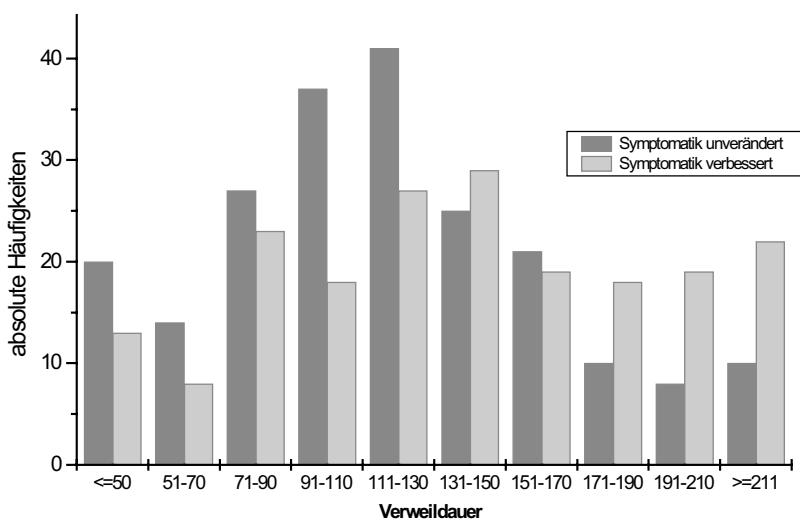
3.5 Untergrenze für die Verweildauer

Anhand der Patienten der jeweiligen Jahrgänge wurde analysiert, welche durchschnittliche Verweildauer die Patienten haben, die in der Therapeuteinschätzung bezüglich der Symptomatik die Klinik unverändert oder verschlechtert verlassen, im Vergleich zu den verbesserten Patienten.

Teilte man die Gruppe der symptomgebesserten und der unveränderten Patienten prozentual auf Verweildauergruppen von je 50 + $n \times 20$ Tagen auf, blieben 1998 ca. 9% der Unveränderten kürzer als 50 Tage (vgl. Abb. 1).

Für das Jahr 1999 blieben 27% der symptomatisch Unveränderten kürzer als 50 Tage und im Jahr 2000 waren es sogar 50% der Unveränderten, die kürzer als 50 Tage blieben (vgl. Abb. 2 und 3).

Weiterhin wird deutlich, dass es bei den langen Verweildauerkategorien keine Patienten mehr gab, die unverändert die Klinik verließen.



(Symptomatik unverändert : Mittelwert = 107.79, StD = 48.74, Symptomatik verbessert : Mittelwert = 128.66, StD = 56.54)

Abb. 1: Behandlungserfolg und Verweildauer 1998

Der Vergleich der Verteilungen verbesserter und unverbesserter Patienten ergab signifikante Unterschiede (s. Tab. 5). Entgegen dem Eindruck der graphisch verdichteten Darstellung (Abb. 1-3) waren auch die Verweildauern der unverbesserten Patienten 1998 und 2000 normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Z 1998 = .784; $p = .571$; Kolmogorov-Smirnov-Z 2000 = .687; $p = .733$) ebenso wie die der verbesserten Patienten; mit tendenzieller Ausnahme des Jahres 1999 (Kolmogorov-Smirnov-Z 1999 = 1,378; $p = .045$), jedoch reagierte der t-Test auch hier durch die Anzahl von $N = 54$ robust.

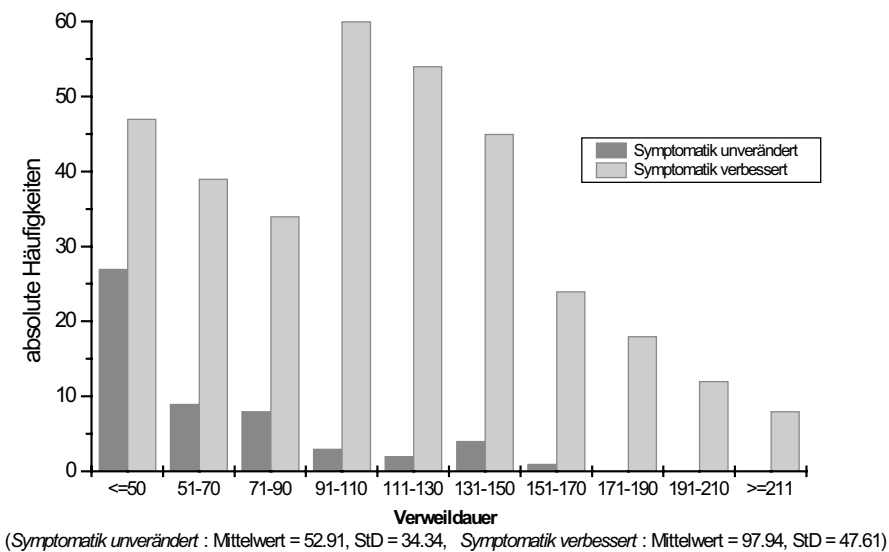


Abb.2: Behandlungserfolg und Verweildauer 1999

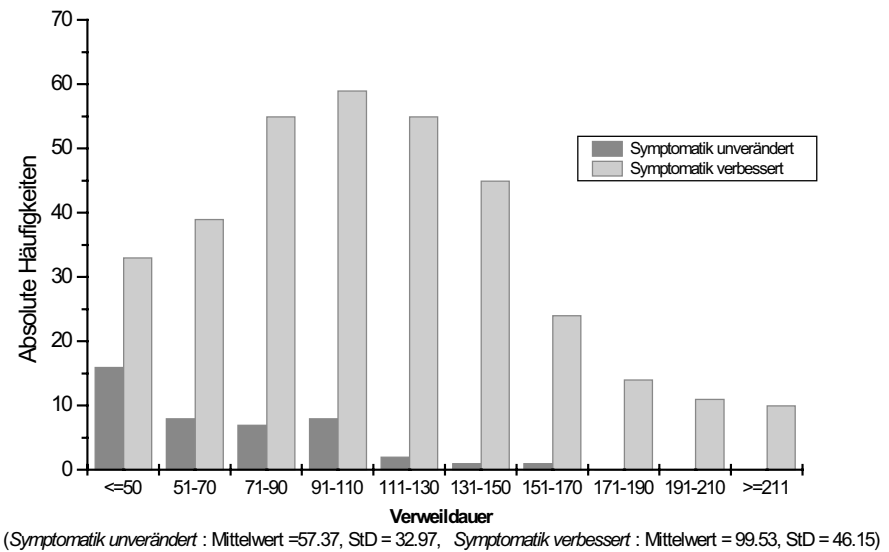


Abb.3: Behandlungserfolg und Verweildauer 2000

Tab. 5: Verbesserung der Symptomatik im Therapeutenurteil
(VD < 14 und VD > 250 Tage ausgeschlossen)

	VD-Mittelwert	StD	t-test für Mittelwertgleichheit bei unabhängigen Stichproben			rbis
			t	df	p	
1998 unverändert (N = 213; 52 %)	107.79	48.74				
1998 gebessert (N = 196)	128.66	56.54				
Vergleich 1998			-3.982	407	0.000	0.195
1999 unverändert (N = 54 ; 13,8 %)	52.91	34.34				
1999 gebessert (N = 341)	97.94	47.61				
Vergleich 1999			-8.437	393	0.000	0.319
2000 unverändert (N = 43; 11,1 %)	57.37	32.97				
2000 gebessert (N=345)	99.53	46.15				
Vergleich 2000			-5.805	386	0.000	0.283

Tabelle 5 spiegelt die im Zeitverlauf stattgefundenen innerinstitutionellen Veränderungen wieder: Zwischen 1998 und 1999 stieg der Anteil an Krisenpatienten im Rahmen einer Ausweitung des Pflichtversorgungsgebiets (vgl. Tab. 1). Somit traf ab 1999 auf mehr Patienten eine notfallmäßige Aufnahme mit Definition eines Symptomfokus zu, dessen Bearbeitung zwischen 14 Tagen und zwei Monaten in Anspruch nahm. Im Zuge der Versorgungsnotwendigkeiten hatten 1998-99 Fortbildungen zur Thematik der Fokalinterventionen stattgefunden. Das Verhältnis gebesserter und unveränderter Patienten blieb zwischen 1999 und 2000 insgesamt gleich. Im Jahr 1999 und 2000 liegt die durchschnittliche Verweildauer der symptomatisch unveränderten Patienten bei 52,9 beziehungsweise 57,3 Tagen, so dass sich der durchschnittliche Wert bei etwa 55 Tagen festlegen lässt, die mindestens (als Untergrenze) benötigt werden, um eine Symptombesserung zu erzielen.

Verbesserungen hinsichtlich des Störungsschweregrads wurden (vgl. Tab. 4) erst ab dem Jahr 1999 erhoben. Hier ist zu berücksichtigen, dass sich dann, wenn bereits zum Aufnahmezeitpunkt ein gutes psychosoziales Funktionsniveau mit Beschränkung der Auswirkungen von Störungen auf nur einen Lebensbereich besteht, eine Veränderung innerhalb der MAS-6-Bewertung weniger erzielen lässt als bei Patienten mit schlechterer Ausgangslage. Insofern ergibt die Betrachtung der psychosozialen Anpassung andere Informationen als eine Betrachtung der Symptombesserung allein (s. Tab. 5), und der Anteil unveränderter Patienten ist bei Betrachtung des Beeinträchtigungsschweregrads in Tabelle 6 deutlich größer als in Tabelle 5.

Die längere Verweildauer der Gebesserten (die man als benötigte Verweildauer auffassen kann) im Vergleich zu den Unverbesserten in der psychosozialen Anpassung spiegelt sich statistisch in einer hohen biseriellen Korrelation wider. Verbesserungen der länger als zwei Wochen behandelten Patienten treten diesbezüglich erst jenseits von mehr als durchschnittlich 70 Tagen ein.

Für Jugendliche lässt sich die Veränderung besser nachweisen als für Kinder (s. Tab. 7 und 8). Bei Jugendlichen scheinen unabhängig von der Behandlungsdauer statistisch weniger andere Einflüsse auf dieses Ergebnis zu bestehen als bei Kindern.

Tab. 6: Verbesserung der MAS 6 – gesamt (VD < 14 und VD > 250 Tage ausgeschlossen)

	VD-Mittelwert	StD	t-test für Mittelwertgleichheit bei unabhängigen Stichproben			rbis
			t	df	p	
1999 unverändert (N = 173; 44.5%)		69.17				
1999 gebessert (N = 216)	110.19	42.79				
Vergleich 1999			-9.067	387	0.000	0.419
2000 unverändert (N = 156; 40.5%)	78.35	46.62				
2000 gebessert (N = 229)	103.79	44.72				
Vergleich 2000			-5.386	383	0.000	0.265

Tab. 7: Verbesserung der MAS 6 – Kinder (VD < 14 und VD > 250 Tage ausgeschlossen)

	VD-Mittelwert	StD	t-test für Mittelwertgleichheit bei unabhängigen Stichproben			rbis
			t	df	p	
1999 unverändert (N = 56; 45%)	78.43	44.25				
1999 gebessert (N = 68)	105.44	31.25				
Vergleich 1999			-3.846	122	0.000	0.339
2000 unverändert (N = 63; 40.9%)	78.03	48.33				
2000 gebessert (N = 91)	95.02	39.86				
Vergleich 2000			-2.304	152	0.023	0.190

Tab. 8: Verbesserung der MAS- Achse VI – Jugendliche

	VD- Mittelwert	StD	t-test für Mittelwertgleichheit bei unabhängigen Stichproben			rbis
			t	df	p	
1999 unverändert (N = 82; 36.9%)	69.79	48.92				
1999 gebessert (N = 140)	113.25	47.82				
Vergleich 1999			-6.48	220	0.000	0.400
2000 unverändert (N = 93; 40.2%)	78.58	45.68				
2000 gebessert (N= 138)	109.57	46.91				
Vergleich 2000			-4.975	229	0.000	0.312

Bei Betrachtung des Störungsschweregrads lässt sich anhand von zwei verschiedenen Jahrgangskohorten bei unterschiedlicher Verweildauer die Untergrenze effektiver mittelfristiger Behandlung für Verbesserungen des allgemeinen Funktionsniveaus für Kinder bei 78 Tagen, für Jugendliche bei circa 74 Tagen (69,8-78,6 Tagen) annehmen, wenn man hierfür die durchschnittliche Verweildauer ansetzt, bei der noch keine Verbesserung der MAS-Achse VI erzielt wird.

Verbesserungen im Bereich der Auswirkung der Störungen auf bedeutsame Lebensbereiche benötigen demnach deutlich mehr Behandlungszeit als Verbesserungen der Symptomatik.

4 Diskussion

Die in der vorangegangenen Studie (Schepker et al. 2000) herausgearbeiteten Prädiktoren der Behandlungsdauer für mittelfristige Behandlungen in Form des „Index“ ließen sich über drei Jahrgangskohorten bei sinkender Durchschnittsverweildauer replizieren. Das bedeutet für die versorgungspolitische Diskussion, dass den individuellen patientenbezogenen Merkmalen wie der Schwere des psychopathologischen Befunds, Motivationsvariablen und der Funktionsfähigkeit in wichtigen Lebensbereichen ein deutlicher Einfluss auf die benötigte Therapiedauer zukommt, nicht jedoch der Diagnose. Dies ist eine bedeutende Erkenntnis, welche der Einführung eines Fallpauschalensystems die fachliche Fundierung entzieht, das mit Diagnosis Related Groups der psychiatrischen Diagnose das größte Gewicht beimisst.

Bei der Bewertung unserer Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich, wie eingangs dargestellt, die real erzielten Durchschnittsverweildauern einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einheit deutlich von den hier untersuchten fallbezogenen Behandlungsdauern unterscheiden. Real erzielte Durchschnittsverweil-

dauern setzen sich jeweils aus einem Fallmix kurzer Kriseninterventionen, abgebrochener Behandlungen und kurzer Behandlungsepisoden bereits bekannter Patienten mit schneller Wiederaufnahme, daneben aus den hier betrachteten mittelfristigen und langfristigen Behandlungen zusammen. Damit unterliegen sie notwendigerweise regionalen und institutionellen Schwankungen.

Ferner ließ sich anhand unserer Daten nachweisen, dass Suizidalität vor der Aufnahme einen verweildauersenkenden Effekt hatte, Suizidalität während der Behandlung jedoch einen die Verweildauer erhöhenden.

Verweildauerverlängernd sollten sich Mehrfachdiagnosen auswirken. Der Forschungsstand zur Frage der benötigten effektiven Behandlungsdauer für komplexe Fälle stellt längere Behandlungsdauern bezogen auf einzelne Gruppen als effektiver dar (für Suchtpatienten mit Doppeldiagnosen: Brunette et al. 2001; für chronifizierte Störungen des Sozialverhaltens mit emotionaler Störung Hirschberg 1999, gleich lautend Sourander et al. 1996).

Das Ergebnis der Expertenbefragung von Höger und Mitarbeitern (2001) wird durch die Ergebnisse unserer Studie bestätigt: Nicht die Diagnose, sondern zuvorderst der Symptomverlauf, die persönlichen Kompetenzen des Patienten, die Beeinträchtigungen durch die Störung, in zweiter Linie Setting- und Familienvariablen bestimmen die Therapiestrategie und damit die Verweildauer. Der Entlasszeitpunkt hängt auch von der weiteren Behandlung und der Güte der ambulanten Versorgung oder der weiteren Unterbringung ab. Neben psychopathologischen spielten motivationale Faktoren in unserer Untersuchung nur bei Jugendlichen eine stabile Rolle im Rahmen des Index.

Auch die Übersicht von Blanz und Schmidt (2000) schlussfolgert, dass nicht Diagnosen die Therapiedauer bestimmen, sondern eher finanzielle Ressourcen oder explizite institutionelle Grenzen und Limitierungen der Behandlungsprogramme. Im Rahmen von tagesklinischen Behandlungen fanden Huss und Mitarbeiter (2001) ebenfalls bundesweit keinen signifikanten Einfluss der Diagnose auf die Behandlungsdauer beziehungsweise Behandlungskosten.

Unsere Ergebnisse belegen, dass vielmehr der Beeinträchtigungsschweregrad bei Aufnahme die Behandlungsdauer vorherbestimmt und dass die erzielte Veränderung im globalen Funktionsniveau sich mit der Therapiedauer gleichsinnig vergrößert. In gleicher Richtung wiesen Keebler et al. (2001) nach, dass die schon in der Praxis verwendeten DRG die effektive Verweildauer psychiatrischer Patienten weniger beeinflussten als deren psychosoziale Beeinträchtigung.

Bezüglich der Effizienz (Aufwand-Nutzen-Relation) einer Behandlung ist eine durchschnittliche Verweildaueruntergrenze unter den hier gewählten Voraussetzungen mittelfristiger stationärer Behandlungen ein gewichtiges Argument. Im Rahmen einer zielorientierten fokalen Behandlung sollte zumindest eine Symptombesserung eintreten. Nach unserer Untersuchung wurde diese bei weniger als 50 Behandlungstagen nur bei einem Anteil von 9 bis 13 Prozent der Patienten erzielt. Symptomverbesserungen wurden mit längerer Behandlungsdauer systematisch häufiger erreicht und ab der Dauer von 55 Tagen bei der Mehrzahl der Patienten, bei einem abnehmenden Anteil Patienten mit unverbesselter Symptomatik.

Aus Effizienzgründen sollten jedoch auch nur Patienten für längere Zeit in vollstationäre Behandlung aufgenommen werden, die vom Störungsschweregrad her

krank genug sind. Blanz und Schmidt (2000) vergleichen die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit einer Behandlung auf einer medizinischen Intensivstation. Kinder und Jugendliche mit einem geringen Störungsschweregrad verändern sich hinsichtlich der Beurteilung der MAS-Achse VI während der Behandlung weniger als schwerer gestörte und bedürfen der Komplexleistung multiprofessioneller stationärer Behandlung nur für kürzere Zeit, wenn überhaupt. Für Kinder lässt sich die Veränderungs-Untergrenze bei 78, für Jugendliche bei 74 Tagen annehmen, das heißt, ab dieser Zeit ist bei mehr als der Hälfte der Patienten zu erwarten, dass die störungsbedingten Beeinträchtigungen sich auf weniger Lebensbereiche erstrecken als vorher und dass der benötigte Betreuungsaufwand abnimmt.

Veränderungen hinsichtlich der Symptomatik, die auch bei den weniger schwer gestörten Patienten erzielt werden, benötigen nach unserer Untersuchung durchschnittlich einen geringeren Zeit- und damit Therapieaufwand.

In Zukunft werden miteinander konkurrierende Entwicklungen der Durchschnittsverweildauer zu beachten sein: Bei Ausbau des ambulanten und komplementären Netzes würden einerseits zunehmend mehr ambulant zu behandelnde Patienten eines geringeren Störungsschweregrads in ambulanter oder teilstationärer Behandlung verbleiben können, somit müsste die stationäre Verweildauer für die zahlenmäßig schrumpfende Kerngruppe schwer gestörter Patienten tendenziell steigen. In dieser Gruppe dürfte eine zu kurz gewählte Behandlungsdauer zu wenig Effekte erreichen, und eine Verweildaueruntergrenze wie die hier errechnete (55 bzw. 74/78 Tage) müsste höher liegen als die derzeitigen Prognosen. Andererseits werden sich die Effekte verbesserter Behandlungsmethoden, etwa störungsspezifischer Interventionen, und Effekte der Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung verweildauersenkend auswirken. Wie Druss et al. (1998) sowie Wickizer und Lessler (1998) für die allgemeine Psychiatrie nachwiesen, führt die Unterschreitung einer kritischen Verweildauer und die Reduzierung der Verweildauer durch Kostenträgerrestriktionen in der Psychiatrie zu höheren Wiederaufnahmeraten. Die Wiederaufnahmeraten der hier untersuchten Institution bleiben mit jeweils 19 Prozent insgesamt im untersuchten Zeitraum konstant.

Eine Begrenzung der Aussagekraft unserer Untersuchung liegt in der Tatsache, dass sie sich nur auf eine Institution bezieht. Frick und Mitarbeiter (2001 b) fanden in acht Kliniken der Allgemeinen Psychiatrie keinen Unterschied in der Verweildauer, wenn Patientenvariablen und institutionelle Faktoren kontrolliert wurden. Eine entsprechende Studie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie steht noch aus. Nach Blanz und Schmidt (2000) wären an institutionellen Faktoren insbesondere die Verzahnung stationärer Behandlung und ambulanter Nachsorge im Sinne einer Behandlungskontinuität als potentiell verweildauersenkender Faktor ohne Verlust von Behandlungsqualität und -effektivität zu beachten. Huss et al. (2001) konnten die Verfügbarkeit stationärer und ambulanter Ressourcen im Umfeld jedoch nicht als verweildauer- oder ergebnisbestimmenden Faktor für tagesklinische Behandlungen bestätigen. Eher wäre nach Huss et al. (2001) ein Einfluss institutioneller Variablen wie der Erfüllung des Stellenschlüssels der Psychiatrie-Personalverordnung zu erwarten; ebenso ein Einfluss der Therapiedosis pro Zeiteinheit.

5 Schlussfolgerungen

Da sich in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie bei über 90 Prozent Personalkostenanteil Fallkosten fast direkt aus der Behandlungsdauer ableiten lassen, würden die erzielten durchschnittlichen Verweildauern zum kostenbestimmenden Faktor bei einer Krankenhausfinanzierung über Diagnosis Related Groups. Nach unseren Ergebnissen verbieten sich DRG als Grundlage einer Kalkulation von Fallkosten für mittelfristige Behandlungen. Vielmehr sind der Fokus und Anlass der Behandlung, der psychopathologische Funktionsbereiche und der Beeinträchtigungsschweregrad nach MAS-Achse VI zu beachten. Um diesen Zusammenhang weiter zu vertiefen, werden zukünftig weitere Studien, unter anderem multizentrische, zur Verbindung von Behandlungsdauer und Behandlungseffektivität sowie zum institutionsspezifischen individuellen Fallmix erforderlich sein. Eine kontinuierliche weitere Absenkung von stationären Durchschnittsverweildauern zu Lasten mittelfristiger Behandlungen ist unter Effizienzgesichtspunkten nach den vorliegenden Ergebnissen nicht empfehlenswert.

Literatur

- BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, I+G Gesundheitssystemforschung München (2000): Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen und die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. www.aekwl.de / Augsburg-München: Eigendruck.
- Blanz, B.; Schmidt, M.H. (2000): Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 41: 703-712.
- Brunette, M.F.; Drake, R.E.; Woods, M.; Hartnett, T. (2001): A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services* 52: 526-528.
- Druss, B.G.; Bruce, M.L.; Jacobs, S.C.; Hoff, R.A. (1998): Trends over a decade for a general hospital psychiatry unit. *Administration and Policy of Mental Health* 25: 427-435.
- Durbin, J.; Goering, P.; Pink, G.; Murray, M. (1999): Classifying psychiatric inpatients: seeking better measures. *Medical Care* 37: 415-423.
- Englert, E.; Poustka, F. (1995): Das Frankfurter kinder- und jugendpsychiatrische Basisdokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 44: 158-167.
- Frick, U.; Barta, W.; Binder, H. (2001a) Hospital financing in in-patient psychiatry via DRG-based prospective payment – The Salzburg experience. *Psychiatrische Praxis* 28 Suppl. 1: 55-62.
- Frick, U.; Rehm, J.; Krischker, S.; Cording, C. (2001b): Vergleichende Krankenhausbesichtigungen: Besuch in der Oase der Psychiatrie. *Gesundheitswesen* 2001 63: 435-439.
- Gold, J.; Shera, D.; Clarkon, B. (1993): Private psychiatric hospitalization of children: Predictors of length of stay. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 135-143.
- Hirschberg, W. (1999): Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 48: 247-259.
- Höger, C.; Witte-Lakemann, G.; Rothenberger, A. (2001): Wann sind stationäre Behandlungen beendet? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 29: 274-284.
- Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U. (2001): Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 21-44.

- IGSF Institut für Gesundheitssystemforschung (2000): Gutachten zur Krankenhausplanung für die Krankenkassenverbände Westfalen-Lippe. www.aekwl.de / Kiel: Eigendruck.
- Keefler, J.; Duder, S.; Lechman, C. (2001): Predicting length of stay in an acute care hospital: the role of psychosocial problems. *Social Work and Health Care* 33: 1-16.
- Neumann, U. (1999): Der leistungsorientierte Krankenhausbetriebsvergleich. Preisverhandlungen aus Sicht der Kostenträger. *f & w* 5/99: 426-430.
- Pfeiffer, S.I.; Strzelecki, S.C. (1990): Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 847-853.
- Resch, F. (2001): DRG's: Fortschritt oder Fallstrick? Editorial. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 29: 259-261.
- Richter, D. (2001): Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Eine Übersicht über Methodik, Einflußfaktoren und Auswirkungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 69: 19-31.
- Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K. (2000): Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 641-655.
- Sourander, A.; Helenius, H.; Leijala, H.; et al. (1996): Predictors of outcome of short-term child psychiatric inpatient treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 5: 75-82.
- Stevens, A.; Hammer, K.; Buchkremer, G. (2001): A statistical model for length of psychiatric inpatient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103: 203-211.
- Wickizer, T.M.; Lessler, D. (1998): Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? *Medical Care* 36: 844-850.

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. med. Renate Schepker, Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm, E-Mail: westf.institut.hamm@wkp-lwl.org