

Schepker, Renate / Wirtz, Markus und Jahn, Karen

## **Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49 (2000) 9, S. 656-676

urn:nbn:de:bsz-psydok-42594

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories) . . . . .	285
Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce) . . . . .	275
Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents) . . . . .	109
Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools) . . . . .	779
Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals) . . . . .	210

### Originalarbeiten / Original Articles

Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth) . . . . .	385
Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism) . . . . .	97
Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families) . . . . .	399
Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory) . . . . .	677
Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds) . . . . .	83
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help) . . . . .	641
Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children) . . . .	177

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study) . . . . .	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry) . . . . .	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas) . . . .	251
Schwark, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders) . . . . .	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157 . . . . .	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions) . . . . .	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents) . . . . .	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients) . . . . .	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hennch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up) . . . . .	315

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts) . . . .	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy) . . . . .	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ („Reading a baby“ – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies) . .	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life) .....	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families) .....	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment) .....	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy) .....	580
Hundsatz, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century) .....	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?) .....	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention) .....	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry) ..	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction) .....	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children) .....	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy) ..	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung) .....	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model) .....	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion) .....	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview) .....	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy) .....	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling) .....	435

## Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots? .....	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt .....	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell .....	704

## Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin) .....	53
--	----

## Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (C. von Bülow-Faerber) .....	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (L. Unzner) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (A. Korittko) .....	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (D. Gröschke) .....	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (D. Gröschke) .....	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (M. Hirsch) .....	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (M. Hirsch) .....	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (K. Sarimski) .....	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (U. Preuss) .....	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (J. M. Fegert) .....	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (K. Sarimski) .....	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (C. von Bülow-Faerber) .....	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (C. Brückner) .....	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (D. Gröschke) .....	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (D. Irblich) .....	237
Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (F. Fippinger) .....	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (D. Gröschke) .....	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (P. Hummel) ....	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (M. Mickley) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung ( <i>D. Gröschke</i> )	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt ( <i>H. Heil</i> )	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters ( <i>P. Hummel</i> )	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik ( <i>K.-H. Arnold</i> )	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie ( <i>L. Unzner</i> )	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation ( <i>D. Irblich</i> )	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch ( <i>L. Unzner</i> )	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) ( <i>C. Brückner</i> )	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen ( <i>D. Gröschke</i> )	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie ( <i>H. Mackenberg</i> )	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch ( <i>K. Sarimski</i> )	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation ( <i>D. Irblich</i> )	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger ( <i>K. Waligora</i> )	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch ( <i>M. Bachmann</i> )	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! ( <i>E. Sticker</i> )	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie ( <i>E. Sticker</i> )	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen ( <i>H. Mackenberg</i> )	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung ( <i>C. Höger</i> )	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen ( <i>R. Mayr</i> )	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung ( <i>D. Irblich</i> )	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel ( <i>L. Unzner</i> )	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular ( <i>J. Kaltschmitt</i> )	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft ( <i>I. Seiffge-Krenke</i> )	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit ( <i>D. Gröschke</i> )	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie ( <i>F.-J. Krumenacker</i> )	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren ( <i>K.-H. Arnold</i> )	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder ( <i>K.-H. Arnold</i> )	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 ( <i>K.-H. Arnold</i> ) . . . . .	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen ( <i>K.-J. Allgaier</i> ) . . . . .	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter ( <i>C. von Bülow-Faerber</i> ) . . . . .	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung ( <i>G. Fuchs</i> ) . . . . .	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien ( <i>A. Korittko</i> ) . . . . .	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren ( <i>M. Müller-Küppers</i> ) . . . . .	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 ( <i>J. Kaltschmitt</i> ) . . . . .	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	462

## Neuere Testverfahren

Cieпка, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	242
Lohaus, A.; Fleer, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) ( <i>K. Waligora</i> ) . . . . .	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) ( <i>K. Waligora</i> ) . .	719

Editorial / Editorial . . . . .	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors . . . . .	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher . . . . .	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements . . . . .	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

# Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Renate Schepker, Markus Wirtz und Karen Jahn

## Summary

Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry

Purpose of this study is to identify predictors of the length of stay (LOS) in child and adolescent psychiatry (CAP) and the success of inpatient treatment. All child and adolescent inpatients that had been dismissed over a year's time from a non-university hospital after a medium-length-treatment were rated by their therapists (crisis interventions for <2 weeks excluded). The group featured a low drop-out-rate (9,8 %) and a high percentage of "problematic patients". The ICD-10 diagnoses were irrelevant for the prediction of LOS and success of treatment. The Global Assessment of Function scale (axis VI) correlated significantly with LOS, and functioning in all areas improved with a longer LOS. By the degree of initial psychopathology therapeutic success as well as LOS could be predicted fairly well. Concerning adolescents, motivation for treatment and the degree of cooperation both correlated with LOS and improvement, which implies the importance of their participation. For children under 12, cumulated psychosocial adversities (axis V) predicted a less positive outcome, cooperation of parents and patients raised the chance of success. Shortened lengths of stay will not lead to comparable success. As a system like DRGs for reimbursement of hospitalization in CAP will not prove to be efficient, other variables deserve more attention in future health economy planning. More intervening variables, such as psychosocial adversities, motivation, and cooperation have to be considered.

## Zusammenfassung

Anhand der Therapeuteinschätzungen eines Entlassungsjahrgangs stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten wurden Prädiktoren für Therapiedauer und Behandlungserfolg erarbeitet. Die ausschließlich mittelfristigen Behandlungen (ohne Kriseninterventionen von <2 Wochen) hatten geringe Abbruchquoten (9,8%) und einen hohen Anteil von Patienten aus sogenannten Problemgruppen. Die psychiatrische ICD-10-Diagnose war für die Vorhersage der Behandlungsdauer und des Erfolges der Behandlung irrelevant. Signifikante Zusammenhänge zur Verweildauer ergaben sich für den Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung (6. Achse MAS), ebenso zeigte sich eine deutlichere Verbesserung aller Funktionsbereiche bei längerem Aufenthalt. Je ausgeprägter die Störung im psychopathologischen Aufnah-



mebefund, desto besser waren die Erfolge und desto länger die Behandlung (bei sehr hoher Prädiktorstärke). Behandlungsmotivation sowie die erreichte Kooperation Jugendlicher korrelierten im Sinne einer Partizipation am Behandlungsprozeß hoch mit der Verweildauer und Behandlungserfolg. Bei Kindern bis 12 Jahren wirkten sich kumulierte psychosoziale Beeinträchtigungen (5. Achse MAS) negativ auf den Behandlungserfolg aus, Kooperationsbereitschaft von Eltern und Patient dagegen positiv. Der gleiche Behandlungserfolg kann mit kürzeren Verweildauern nicht erreicht werden. Da diagnosebezogene Fallpauschalen nicht sinnvoll sind, sollte in zukünftigen gesundheitsökonomischen Überlegungen anderen Variablen mehr Aufmerksamkeit zukommen. D.h. es sind – altersspezifisch – intervenierende Variablen wie psychosoziale Belastungsfaktoren, Motivation und Kooperationsbereitschaft stärker zu berücksichtigen.

## 1 Einleitung

Seit dem Inkrafttreten der Psychiatrie-Personalverordnung 1990, deren Umsetzung sich bis 1995 hinzog (Kunze u. Kaltenbach 1996) sind die Verweildauern in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken auf weniger als die Hälfte gesunken. Dies war ein erwünschter Effekt der Personalvermehrung durch die Psych-PV und wurde durch den Ausbau teilstationärer und ambulanter Behandlungsmöglichkeiten sowie die Dehospitalisierung von Langzeitpatienten flankiert. Gleichzeitig erfolgte eine Differenzierung und Verbesserung therapeutischer Methoden. Die aktuelle Versorgungssituation zeigt neben bundesweit recht unterschiedlichen Bettenmeßziffern und -anhaltszahlen einen regional unterschiedlichen Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote. Stationäre Angebotsstrukturen und Verweildauern schwanken demzufolge zwischen einzelnen Kliniken stark und werden darüber hinaus mit dem unterschiedlichen Patientengut und mit unterschiedlichen Schweregraden der behandelten psychiatrischen Störungen erklärt. Eine Kompletterhebung aller Aufnahmen aus 13 Kliniken legten Presting et al. (1998) für Niedersachsen vor und fanden eine Spannbreite von 76 bis 342 Tagen Behandlungsdauer im Zeitraum 1992-93 bei einem Median von 3,5 Monaten einschließlich einer Abbruchquote von durchschnittlich 19 %. Weltweit scheint der Schweregrad stationär zu behandelnder Störungen dank der verbesserten ambulanten und teilstationären Ressourcen einerseits und infolge verbesserter therapeutischer Strategien andererseits zuzunehmen (Jellinek 1999).

Die Diskussion um notwendige Kostendämpfung und die ursprünglich in der „Gesundheitsreform 2000“ auch für psychiatrische Fachgebiete vorgesehenen diagnosebezogenen Fallpauschalen hat der Frage nach wissenschaftlich begründeten Prädiktoren für Verlauf und Dauer stationärer Behandlungen Aktualität verliehen und mag auch die Bereitschaft der Krankenkassen begründen, Untersuchungen wie die vorliegende zu unterstützen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Wir danken der AG der Sozialleistungsträger am Ruhrbezirk für die Förderung der vorliegenden Studie.

Diskussionen um Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation) und Effektivität (Erfolg) der erbrachten Leistungen werden im Krankenhausbetriebsvergleich und damit in der Auseinandersetzung mit Medizinischen Diensten, Kostenträgern und Planungsbehörden ausschließlich deswegen diagnosebezogen geführt, da differenziertere patientenbezogene Daten von Krankenhäusern in der LKA-Statistik nach Bundespflegesatzverordnung nicht erhoben werden. Das neue „Gesundheitsstrukturgesetz 2000“ der Bundesregierung sieht (im Text) die Einführung einer leistungsbezogenen Pauschalierung für nicht-psychiatrische Fachbereiche vor, verweist dann aber auf die DRGs (Diagnosis Related Groups), d.h. ein diagnose- anstatt leistungsbezogenes System.

Wenngleich die Fachgesellschaften eine Kostenregulierung über das Instrument diagnosebezogener Verweildauern als unwissenschaftlich ablehnen (vgl. für die Allgemeine Psychiatrie Richter 1999), sind alternative Argumentationslinien wenig belegt. Wissenschaftliche Studien über Verlaufparameter und Erfolgsprediktoren für komplette Inanspruchnahmepopulationen sind rar und, wenn vorhanden, nicht deutscher Provenienz (Christ 1989; Gold 1993). Die amerikanische Fachgesellschaft hat angekündigt, nun jenseits von diagnosebezogenen Leitlinien auch „Practice Parameters“ für verschiedene Behandlungssettings (teilstationär, geschlossene Unterbringungen, Pflege) zu entwickeln (Bernet 1999), zumal die drastischen Verweildauerreduzierungen nicht nur im Interesse der Patienten erfolgt seien und auch negative Auswirkungen hätten (Jellinek 1999).

Sourander et al. (1996) fanden im Rahmen des finnischen Versorgungssystems mit geringen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Ressourcen, daß im Rahmen von Kurzzeitbehandlungen über 4-6 Wochen die Verweildauer und damit die verabfolgte Therapiedosis nicht relevant für den katamnestischen Erfolg nach 5 und 12 Monaten war.

Die psychosoziale Beeinträchtigung nach Shaffer (heute Achse 6 des MAS) wurde allein von Gold (1993) untersucht und klärte 31% der Verweildauervarianz auf und war somit der stärkste Einzelprediktor in einer Privatklinik mit durchschnittlich 72 Tagen Verweildauer. Des weiteren waren psychosoziale Belastungen (Vernachlässigung und Gewalterfahrungen) mit längeren Verweildauern korreliert.

Etwas häufiger finden sich diagnosebezogene Analysen: So besteht Übereinstimmung, daß komplexe, mit Persönlichkeitsstörungen kombinierte Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen eine mehrmonatige Behandlungsdauer notwendig machen (Übersicht bei Rütth 1999). Demgemäß fand Hirschberg (1999) bei Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens, die auf einer Station mit speziellem Angebot behandelt wurden, eine bessere psychosoziale Adaptation bei Behandlungsdauern von länger als 20 Wochen.

Die unterschiedliche Verweildauer der Anorexiebehandlung in zwei Zentren (128 vs. 89 Tage) war nach Schulze et al. (1997) von einem signifikanten Unterschied im BMI begleitet, und längere Verweildauern korrelierten mit einer persistierenden Eßstörung nach der Entlassung, d.h. sie resultierten aus chronifizierten Verläufen. Die Problematik der naturgegebenen Langfristigkeit psychosomatischer Entwicklungsprozesse, die im Rahmen stationärer Behandlung nur eine Stabilisierung und keine Heilung erreichen läßt, und die damit verbundenen Strategien der Gesamttherapieplanung spricht

die Mitteilung von Wewetzer et al. (1998) an: Der Leptinspiegel bei Anorexiebehandlung normalisierte sich in einer Einzelfall-Langzeituntersuchung erst nach 300 Tagen, obwohl eine schnelle Gewichtsstabilisierung bereits innerhalb von 100 Tagen erreicht war.

Familiäre Faktoren, wie die Identifikation der Familie mit der Notwendigkeit einer stationären Behandlung und deren Öffentlichmachen im Verwandtschafts- und Bekanntenkreis, tragen nach Lücke und Knölker (1991) wesentlich zum Erfolg stationärer Behandlungen bei.

Bei besonderen Problemgruppen wie geistig behinderten Multiproblempatienten oder sexuell devianten Patienten wird in den neuen Leitlinien der AACAP betont, daß diagnostische Prozesse zeitaufwendig sind und daß die Therapieplanung immer die Komplexität des Bedingungsgefüges einschließlich der Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen habe (AACAP 1999).

Auf diesem Hintergrund soll die vorliegende Arbeit Erkenntnisse dazu beisteuern, welche vielfältigen Einflußgrößen auf den Verlauf und das Ergebnis stationärer Behandlungen zu beachten sind. Damit könnte es möglich werden, anhand vorhandenen Datenmaterials zu belegen, bei welchen Patientenmerkmalen eine ökonomisch anstrengswerte Reduzierung der „Therapiedosis“ (Behandlungsdauer und Therapieintensität, Heuft u. Senf 1995) noch zu positiven Behandlungsergebnissen führen kann und bei welchen nicht. Darüber hinaus bestehen nach Hamilton und Bridge (1999) deutliche Unterschiede der Therapieeffekte zwischen sorgfältig selektierten Patientengruppen aus universitären Studien und aus Versorgungskliniken. Damit ist gleichzeitig das Ziel der Qualitätssicherung angesprochen: Eine Analyse der Verweildauer als isoliertes Kriterium allein scheint nicht ausreichend zu sein, um die Effektivität einer Behandlung beurteilen zu können. Eine kurze Verweildauer kann nur dann als wünschenswert gelten, wenn davon ausgegangen werden kann, daß bei längerer Verweildauer mit den vorhandenen Mitteln keine weitere deutliche Besserung für den Patienten erwartet werden kann. Es muß vielmehr die Frage gestellt werden, welche Verweildauer unter welchen Voraussetzungen für einen zufriedenstellenden oder möglichst guten Therapieerfolg notwendig ist. Deshalb sollten die zu überprüfenden Prädiktoren für die Verweildauer parallel im Hinblick auf den Zusammenhang mit Therapieerfolgskriterien evaluiert werden. Hierbei interessieren folgende Parameter:

- Störungsbezogene Einflußfaktoren: Bestimmte Merkmale der „Störung“ des Patienten und Merkmalskombinationen erfordern jeweils einen bestimmten therapeutischen Aufwand. Die zeitliche Dauer der Behandlung orientiert sich wesentlich an dem jeweiligen individuellen Bedarf des Patienten.
- Aspekte der Behandlungsmotivation: Bestimmte Merkmale der Motivation des Patienten und Merkmale der familiären und sozialen Umgebung stehen mit der Verweildauer in Zusammenhang: (a) Nur wenn der Patient zu Beginn oder im Lauf der Therapie motiviert ist, an seiner Problematik zu arbeiten, ist eine längere Verweildauer zu rechtfertigen, da nur in diesem Falle davon ausgegangen werden kann, daß Veränderungen eintreten, die sich auch poststationär stabilisieren können. (b) Patienten werden nicht gegen ihren Willen in Behandlung gehalten, es sei denn unter den Auspizien der Schutzbedürftigkeit mit gerichtlicher Genehmigung.

- Aspekte des Therapieerfolgs: Eine längere Verweildauer sollte mit (a) höherem Erfolg in der Therapie und (b) einer besseren Prognose für die poststationäre Entwicklung einhergehen.

Für die vorgelegten Daten ist bedeutsam, daß sie einen unselektierten Entlassungsjahrgang aus einem Pflichtversorgungsgebiet von 1,2 Millionen Einwohnern abbilden, in dem ausnahmslos alle Versorgungsaufgaben (einschließlich der Behandlung Drogenabhängiger und forensischer Fälle ohne gerichtlichen Sicherungsauftrag) wahrgenommen werden.

## 2 Methodik

Die vorliegenden Ergebnisse sind Teil einer größeren Untersuchung zur Evaluation der stationären und teilstationären Behandlungen in der Institution. Das Projekt erhebt des weiteren auch Selbst- und Fremdeinschätzungen des Problemverhaltens zu Beginn und zum Ende der Behandlung mittels Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR) und Teacher's Report Form (TRF), Eltern- und Patientenzufriedenheit zum Ende der Behandlung, Lebensqualität als Patienten- und Teameinschätzung zur Aufnahme, zur Entlassung und katamnestisch mittels des ILK. Hier werden nur die Ergebnisse der 1. Phase dargestellt, die ausschließlich auf den Einschätzungen der behandelnden Therapeuten basieren.

Stichprobe: Für alle Behandlungsfälle der Klinik aus dem Jahr 1998 (insgesamt 436 Kinder und Jugendliche) wurden die Daten erhoben. Bei der Datenanalyse wurden Kurzaufnahmen zur Krisenintervention mit einer Verweildauer von weniger als 14 Behandlungstagen (9,86% aller Behandlungen) nicht berücksichtigt, da sich die zu untersuchenden Parameter, z.B. die Behandlungsmotivation, in diesen Fällen deutlich anders darstellen (Günter et al. 1997; Jaffa u. Stott 1999).

Den vorgelegten Ergebnisse liegen folgende Stichproben zugrunde: Gesamtstichprobe:  $n=371$ ; Kinder (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr):  $n=140$  (37,7%); Jugendliche (ab Vollendung des 12. Lebensjahrs):  $n=222$  (59,8%). Für 9 Patienten (2,4%) der Gesamtstichprobe lagen keine Altersangaben vor. Die Ergebnisse werden für Kinder und Jugendliche überwiegend jeweils getrennt analysiert und dargestellt.

Die Teilstichprobe der Patienten, deren Behandlungsdauer weniger als 250 Tage betrug (vgl. 3.1), setzt sich wie folgt zusammen: Gesamtstichprobe:  $n=351$ ; Kinder (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr):  $n=138$  (40,5%); Jugendliche (ab Vollendung des 12. Lebensjahrs):  $n=203$  (59,5%).

Datenbasis: Der Datenerhebung lag die gemäß den im Trägerverbund erarbeiteten Vorgaben erweiterte Basisdokumentation (Englert u. Poustka 1995) zugrunde. Das Instrument umfaßt u.a. das psychopathologische Befundsystem für Kinder (CASCAP) zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten und die Multiaxiale Diagnostik nach ICD-10. Es zeichnet sich durch eine hohe Reliabilität und gute Handhabbarkeit aus (Englert u. Poustka 1995). Als Arbeitsinstrument und Teil des Klinikdokumentationssystems diente die Papierversion als Grundlage der ärztlich-therapeutischen Notizen bei der Aufnahme und Anamneseerhebung.

Mehrere Ratertrainings zum Umgang mit den Operationalisierungen waren mit Einführung des Instrumentes erfolgt, wobei auf vorliegende Ausarbeitungen (Englert u. Poustka 1993; Poustka et al. 1994; Englert et al. 1996; Döpfner et al. 1998) zurückgegriffen und mit eigenen Fallbeispielen gearbeitet wurde. Bei Patienten mit extrem langen Verweildauern (s.u.) wurde eine

inhaltsanalytische Aktenanalyse vorgenommen und von mindestens zwei der Autoren unabhängig voneinander die Begründung der Therapiedauer eingeschätzt.

Statistische Methoden wurden zur Strukturierung der 105 Einzelitems im Psychopathologischen Befund (Faktorenanalyse- und anschließende Skalenanalyse) und hypothesengeleitet zur Überprüfung des Einflusses der Prädiktormerkmale auf die Kriteriumsvariablen Verweildauer und Therapieerfolg eingesetzt. Der Einfluß auf die abhängige Variable Verweildauer wurde mittels bivariater und multipler Regression überprüft. Bei Gruppenvergleichen wurden t-Tests und univariate Varianzanalysen durchgeführt (Backhaus et al. 1994). Die ursprünglich ordinalskalierten Erfolgsmaße wurden dichotomisiert und Kontingenzanalysen (Chi2-Techniken) unterzogen.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Verteilung der Verweildauer

5,4% der in der Analyse verbleibenden 371 Patienten ( $n=20$ ) befanden sich in Langzeitbehandlungen von mehr als 250 Tagen. Eine qualitative Inhaltsanalyse der Unterlagen ergab, daß es sich bei diesen Patienten um begründete individuelle Ausnahmen handelte (z.B. einen schwerst mehrfachbehinderten Patienten mit massiven Entwicklungsrückständen, sechs Patienten mit Lernbehinderungen und sexuell übergriffigen Handlungen, zwei schwer traumatisierte Patienten mit chronisch automutilativem Verhalten, fünf Patienten mit psychotischen Erkrankungen und kompliziertem Verlauf).

Eine Anzahl von  $n=32$  (8,6%) brach die Behandlung gegen ärztlichen Rat ab. Bei der überwiegenden Zahl der Patienten war die Verweildauer somit ein Ergebnis der patientenbezogenen Therapieplanung und damit verbundener Aushandlungsprozesse mit Patienten und Familien.

Läßt man die Patienten mit besonders kurzem (unter 14 Tagen) und besonders langem Aufenthalt (über 250 Tagen) außer acht, so sind die Verweildauerdaten (Median: 115,7 Tage, StD: 51,8 Tage) in der Stichprobe sehr gut durch eine Normalverteilung beschreibbar (Kolmogorov-Smirnov- $Z=0.98$ ,  $p=0.292 > \alpha=0.25$ ; Nachtigall u. Wirtz 1998, S. 154).

Da es sich bei den 5,4% Patienten mit einer Verweildauer von über 250 Tagen um solche handelt, deren außergewöhnlich lange Verweildauer individuell begründet ist, wurden alle weiteren Analysen sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die Teilstichprobe mit einer Verweildauer von weniger als 250 Tagen (348 von 371 entspricht 94,3%) durchgeführt. Für die hier referierten Ergebnisse ergab sich für die Teilstichprobe jeweils kein bedeutsam anderes Ergebnis als für die Gesamtstichprobe.

Insbesondere ist durch die Beschränkung auf die Teilstichprobe gewährleistet, daß die Normalverteilung des abhängigen Merkmales „Verweildauer“, die bei den korrelations- und regressionsanalytischen Verfahren vorausgesetzt wird, als erfüllt gelten kann. Alternativ zu diesem Vorgehen wird von anderen Autoren die logarithmierte Verweildauer der Gesamtstichprobe als abhängiges Maß verwendet (Richter 1999; Frick et al. 1999), um die Voraussetzung der Normalverteilung bei den parametrischen Verfahren annehmen zu können. Diese Transformation führt bei klassischen Wartezeitenverteilungen (z.B. Weibullverteilung) unter bestimmten Bedingungen dazu, daß die Normalverteilungsannahme gegeben ist. In der vorliegenden Stichprobe war dies je-

doch nicht der Fall (Kolmogorov-Smirnov- $Z = 1.821$ ,  $p = 0.003 < \alpha = 0.25$ ). Zudem führt die Logarithmierung der Verweildauern dazu, daß Verweildauerunterschiede zwischen Patienten mit kurzer Liegezeit wesentlich stärker gewichtet werden als zwischen Patienten mit höherer Verweildauer (Stoskopf u. Horn 1991). Vor dem Hintergrund der eindeutigeren Interpretierbarkeit und der Tatsache, daß sich allgemein die Beurteilung und z.B. auch die Finanzierung der „Verweildauer“ ebenfalls an der nichtlogarithmierten Verweildauer orientiert, ist dieses Vorgehen unserer Einschätzung nicht nur aus statistischen (keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung), sondern auch aus inhaltlichen Gründen vorzuziehen.

### 3.2 Zusammenhänge von Diagnose und Störungsschweregrad mit Verweildauer und Behandlungsergebnissen

Zur Bestimmung des prädiktiven Wertes der Erstdiagnose auf MAS-Achse-1 nach ICD-10 zur Vorhersage der Verweildauer wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse über die Gruppen F 1x.x bis F 9x.x, F 92.0 und F 92.8 gerechnet.

Die Diagnosegruppen F0x.x, 5x.x, F7x.x und F8x.x wurden wegen  $n \leq 5$  nicht in die Analyse mit aufgenommen. Die Diagnosegruppe F9x.x wurde wegen der hohen Fallanzahl aufgeteilt. Die Voraussetzungen für die Varianzanalyse sind erfüllt (Levene-Test zur Varianzhomogenität:  $F_{7,329} = 1.19$ ,  $p = .30 > \alpha = 0.25$ ; vgl. Bortz, 1994, S. 263).

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen:  $F_{8,329} = 0.72$ ,  $p = .67 > \alpha = 0.05$ . Von einer Diagnose läßt sich also nicht auf die Verweildauer schließen.

Es besteht jedoch eine deutliche Beziehung zwischen der Länge der Verweildauer und der Schwere der psychosozialen Beeinträchtigung, wie sie in der Shaffer-Skala (heute Achse 6 des MAS) ausgedrückt wird. Wie die Abbildung 2 (links) zeigt, werden Patienten mit mäßiger bis guter sozialer Funktion im Durchschnitt 27,47 Tage signifikant kürzer behandelt ( $t_{339} = 5,00$ ,  $p < 0.001 < \alpha = 0.05$ ). (In allen Grafiken zu Mittelwertvergleichen ist im Textfenster zusätzlich das Korrelationsmaß  $\eta$  – hier gleich 0.262 – angegeben, das es ermöglicht, das Ergebnis von Mittelwertsvergleichen direkt mit Korrelationsmaßen für metrische Variablen zu vergleichen). Die Werte der dichotomisierten MAS-Achse-6 korrelieren zu 0.262 mit der Verweildauer. Hingegen ist die Korrelation der Diagnosegruppen mit der Verweildauer mit  $\eta = 0.017$  nicht nur nicht signifikant, sondern darüber hinaus in der Stichprobe äußerst gering.

Zusätzlich steht die Verweildauer in gutem Zusammenhang mit dem Erfolg der Behandlung für die psychosoziale Behinderung: Kinder sind durchschnittlich 18,78 Tage ( $t_{135} = 2,287$ ,  $p = 0,024 < \alpha = 0.05$ ), Jugendliche 28,09 Tage ( $t_{200} = 3,321$ ,  $p = 0,001 < \alpha = 0.05$ ) länger in Behandlung, wenn ein guter Behandlungserfolg vorliegt. Des weiteren ergeben sich deutliche Beziehungen zum psychopathologischen Ausgangsbefund. Wegen der Vielzahl der 105 Einzelmerkmale wurde zunächst für die 16 von Döpfner et al. (1993) gebildeten Symptomcluster separate Faktorenanalysen und anschließende Skalenanalysen (Backhaus et al. 1994) für die identifizierten Faktoren durchgeführt. Die meisten Symptomcluster erwiesen sich als homogen. Es mußten nur vier zusätzliche Skalen generiert

werden, um eine zufriedenstellende Reliabilität und Konsistenz aller Skalen zu erreichen. Die Summenscores dieser Skalen wurden als Prädiktoren (a) in einfachen Regressionsanalysen separat analysiert und (b) dann in eine multiple Regressionsgleichung aufgenommen. Die vorgeschaltete Skalenanalyse war insbesondere zur Minimierung des Risikos des  $\alpha$ -Fehlers in den Regressionsanalysen notwendig, das mit wachsender Prädiktoranzahl zunimmt (Bortz 1994, S. 108).

In den absoluten Ausprägungen der Skalenmittelwerte zeigt sich eine bei Kindern und Jugendlichen zum Teil deutlich unterschiedliche Verteilung (Abb. 1 und 2).

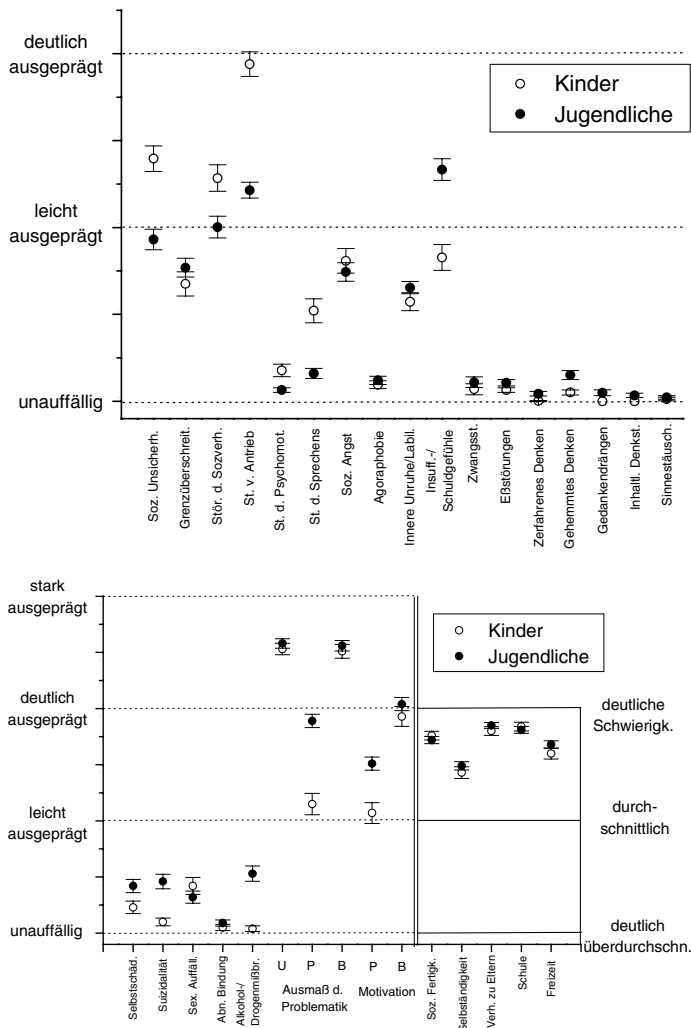


Abb. 1 und 2: Skalenausprägungen (Mittelwerte  $\pm$  Stdfehler) der psychopathologischen Befund-Dokumentation für Kinder und für Jugendliche (U = Untersucher, P = Patient, B = Bezugsperson)

In den folgenden beiden Tabellen sind die signifikanten Prädiktoren der Verweildauer für Kinder (Tab. 1) und Jugendliche (Tab. 2) zusammengefaßt.

*Tab. 1:* Signifikante Korrelation der Skalen und Einzelmerkmale des psychopathologischen Befundes mit der Verweildauer für die Kinder.

Inhaltsbereich	Items der Skalen	r
Störungen der Interaktion	Faktor 1: Grenzüberschreitung unkooperativ, albernd, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung	,293
	Faktor 2: Soziale Unsicherheit überangepaßt, scheu/unsicher, sozial zurückgezogen, mißtrauisch	,146
Störungen des Sozialverhaltens	dominant, verweigernd, aggressiv, Lügen, Stehlen, Weglaufen/ Schuleschwänzen, andere Regelübertretung	,162
Störungen v. Antrieb, Aufmerksamkeit u. Impulskontrolle	Antriebsarmut/Verlangsamung, Antriebssteigerung/motorische Unruhe, Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörungen	,216
Angststörungen	Soziale Angst Trennungs-, Leistungs-, generalisierte Angst, Agora- phobie, andere spezifische Phobien, Panikattacken	,189
Störungen von Stimmung und Affekt	Faktor 1: Innere Unruhe und Labilität gereizt/dysphorisch, affektlabil, ambivalent, inadäquat, Innere Un- ruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch	,309
	Faktor 2: Depressivität Insuffizienz-, Schuldgefühle, depressiv/traurig/verstimmt	,159
Andere Störungen	Selbstschädigung	,140
	Sexuelle Auffälligkeiten	,226
Funktionsbereiche	Beeinträchtigung sozialer Fertigkeiten	,301
	Beeinträchtigung der Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung	,143
	Schwierigkeiten in der Schule	,165

Anschließend wurden die Variablen in eine multiple Regressionsgleichung aufgenommen, um die multiple Vorhersageleistung des Psychopathologischen Befunds für die Verweildauer zu bestimmen. Bei der multiplen Analyse wird die Interkorrelation der Prädiktoren berücksichtigt, so daß Informationen, die durch mehrere Prädiktoren redundant erfaßt werden, nicht mehrfach in der Vorhersage mit eingehen und so die Gesamtvarianzaufklärung nicht systematisch überschätzt wird. Zudem wird zur Absicherung gegen Zufallseffekte die schrittweise Regression gewählt: Hierbei werden nur die Prädiktoren in die Gleichung aufgenommen, die die Varianzaufklärung im Kriterium signifikant verbessern (Backhaus et al. 1994).

Für Kinder ergab sich folgendes Ergebnis: Die Verweildauer war bei den Kindern (bis 11 Jahre) um so höher, je stärker die in Tabelle 3 dargestellten Merkmale aus drei Skalen und zwei Funktionsbereichen ausgeprägt waren. In Spalte 2 und 3 sind Regressionsparameter angegeben. Die Gleichung besitzt mit  $R=0,501$  eine ausgeprägt hohe multiple Vorhersageleistung.



Tab.2: Signifikante Korrelation der Skalen und Einzelmerkmale des psychopathologischen Befundes mit der Verweildauer für die Jugendlichen.

Inhaltsbereich	Items der Skalen	r
Störungen der Interaktion	Faktor 2: Soziale Unsicherheit	,138
Angststörungen	überangepaßt, scheu/unsicher, sozial zurückgezogen, mißtrauisch	
	Soziale, Trennungs-, Leistungs-, generalisierte Angst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacken	,146
Störungen von Stimmung und Affekt	Faktor 2: Depressivität	,238
Zwangsstörungen	Insuffizienz-, Schuldgefühle, depressiv/traurig verstimmt	
Eßstörungen (nur bei Mädchen)	Gedanken, Impulse, Handlungen	,208
Formale Denkstörungen	Faktor 2: Gehemmt, Grübeln	,228
	gehemmt, umständlich, eingeengt, Perseverieren, Grübeln	,200
Andere Störungen	Selbstschädigung	,127
Funktionsbereiche	Beeinträchtigung sozialer Fertigkeiten	,139

Tab.3: Merkmale und Gewichte der identifizierten multiplen Regressionsmodelle für Kinder. (Bis 11 Jahre: Multiple Vorhersageleistung=0.501)

Merkmal	$b_i$	$\beta_{ii}$	Bereich
Skala S1: Unkooperativ/distanzgemindert ( $\alpha=0.65$ )	7,783	,149	Störungen der Interaktion
Skala S 2: Soziale Unsicherheit ( $\alpha=0.54$ )	6,102	,141	Störungen der Interaktion
Skala S 5: Innere Unruhe/Labilität ( $\alpha=0.70$ )	17,125	,238	St. von Stimmung u. Affekt
Beeinträchtigung in Sozialen Fertigkeiten	13,638	,132	Funktionsbereiche
Schwierigkeiten in der Schule	25,304	,216	Funktionsbereiche
$b_0=-48,140$			

Die durch das Regressionsmodell extrahierten Merkmale sind charakteristisch für die Problemgruppe der schwer entwicklungsgestörten Kinder mit chronifizierter Störung der sozialen Interaktion und ausgeprägter Auto- und Fremdaggression einerseits oder ausgeprägter Ängstlichkeit andererseits. Diese Merkmalskombination läßt sich allein durch deskriptive Diagnosen wie „Störung des Sozialverhaltens“ oder „Soziale Phobie“ nicht abbilden.

Die geschätzten Verweildauern, die sich aus den Regressionsgleichungen in Spalte 2 und 3 der Tabellen 3 und 4 errechnen, bilden jeweils einen Index, der die tatsächliche Verweildauer sehr gut vorhersagt (Richter 1999). In Abbildung 3 ist die durchschnittliche Verweildauer für vier Patientengruppen dargestellt, die sich gemäß der Quartile der Indexausprägung ergeben. Zwischen der Gruppe mit geringer vs. hoher Indexausprägung kann für Kinder eine Spanne in den Mittelwerten von 55,2 Tagen, für die Jugendlichen eine Spanne von 57,9 Tagen erklärt werden.

Tab. 4: Merkmale und Gewichte der identifizierten multiplen Regressionsmodelle für Jugendliche. (Ab 12 Jahre: Multiple Vorhersageleistung=0.432)

Merkmal	$b_i$	$\beta_{ii}$	Bereich
Skala S 6: Insuffizienz-/Schuldgefühle ( $\alpha=0.70$ )	16,892	,243	Störungen von Stimmung u. Affekt
Skala S 20: Gehemmtheit/Uständlichkeit im Denken ( $\alpha=0.71$ )	16,575	,138	Formale Denkstörungen
Behandlungsmotivation Patient	10,608	,156	
Behandlungsmotivation Bezugsperson	13,225	,196	
	$b_0 = -15,391$		

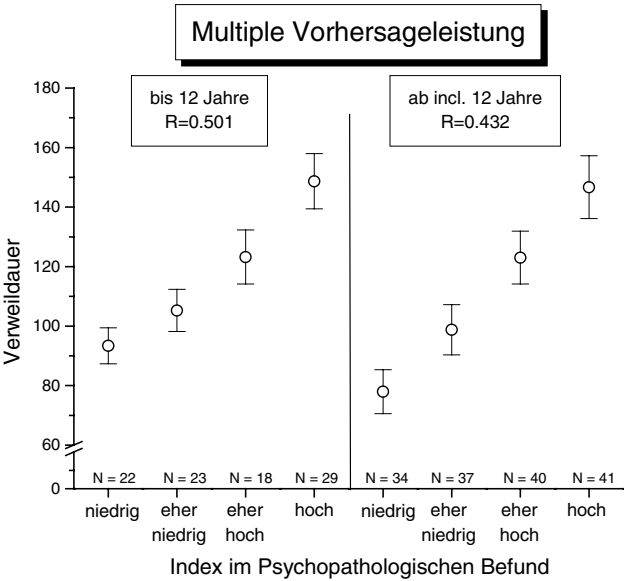


Abb. 3: Mittelwerte und Standardfehler in der Verweildauer, die sich aufgrund der Ausprägung des Index im Psychopathologischen Befund ergeben.

Der Grad der Ausprägung der Merkmale in Tabelle 3 und 4 sagt demnach die Dauer der Behandlung voraus, wobei für Jugendliche ein Zusammenhang mit der Behandlungsmotivation besteht: Je schwerer die Störung, insbesondere des Denkens und im affektiven Bereich, und je besser gleichzeitig die Behandlungsmotivation des Jugendlichen und seiner Eltern bei Aufnahme, umso länger wurde die Behandlung durchgeführt.

Schwerer gestörte, aber besser behandlungsmotivierte Jugendliche bzw. behandlungsmotivierte Eltern zeigten konsequenterweise bei längerer Verweildauer in der Therapeuteinschätzung bessere Behandlungsergebnisse als weniger schwer gestörte und weniger gut motivierte.

Bei den Jugendlichen mit unterdurchschnittlichen Werten im Index wird am Ende der Behandlung zu 42,4% die Symptomatik als deutlich oder völlig gebessert beurteilt. In

der Gruppe der Patienten mit überdurchschnittlichen Werten im Index wird mit 60,49% signifikant häufiger eine deutliche oder völlige Besserung erreicht ( $\chi^2_{df=1}=5,092^*$ ,  $\phi=,184^*$ ).

Der geschätzte Behandlungserfolg für die psychosozialen Bedingungen lag ebenfalls bei unterdurchschnittlich ausgeprägtem Index niedriger (27,12%) als bei überdurchschnittlich ausgeprägtem (44,74%). Der Unterschied ist signifikant ( $\chi^2_{df=1}=4,878^*$ ,  $\phi=,183^*$ ).

Das bedeutet auch, daß Patienten mit geringer Störungsausprägung und hoher Motivation, die sich gut für ambulante Maßnahmen eignen, dementsprechend rascher aus stationärer Psychotherapie entlassen wurden, ebenso wie Patienten mit geringer Behandlungsmotivation. Besonders schwer gestörte Patienten erreichen bei guter Motivation im Verlaufe einer längeren Behandlung besonders gute Erfolge.

Hinsichtlich der Symptomatik wurden insgesamt nur mäßig gute Ergebnisse zum Behandlungsende vermerkt. Bei den Kindern bestand keine Verbindung zur Behandlungsdauer, deutlich jedoch bei den Jugendlichen (Korrelationsmaß  $\eta=0.309$ ,  $p>0.001$ ). Dies bezog sich ohne Ausnahme auf alle Funktionsbereiche (vgl. Abb. 4).

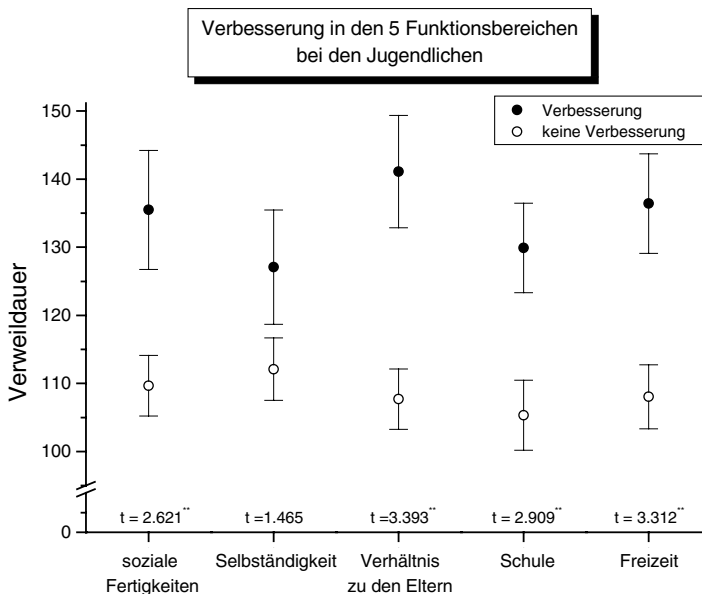


Abb. 4: Wird am Behandlungsende eine Verbesserung in den Funktionsbereichen diagnostiziert, so ist die Verweildauer der Patienten signifikant höher gewesen (Mittelwerte  $\pm$  1 Standardfehler).

### 3.3 Prognose

Am Behandlungsende geben die Therapeuten eine Prognose zur zukünftigen Entwicklung der Symptomatik, in den Funktionsbereichen und zu den psychosozialen Bedingungen ab. Die Therapeuten neigten bei Jugendlichen insgesamt eher zu günstigen

Prognosen. Darüber hinaus bestand ein signifikant positiver Zusammenhang der Prognose mit der Behandlungsdauer.

Die Prognoseitems weisen insbesondere bei den Jugendlichen sehr hohe Korrelationen mit den Erfolgskriterien auf, d.h. je mehr Erfolg während der Behandlung erzielt wurde, um so deutlicher schreiben die Therapeuten eine günstige Entwicklung in die Zukunft fort (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Wird bei den Jugendlichen ein guter Erfolg für die Symptomatik und die psychosozialen Bedingungen angegeben, so ist die Prognose für die poststationäre Entwicklung signifikant positiver.

	Erfolg für Symptomatik			Erfolg für psychosoziale Bedingungen		
	bis ‚etwas gebessert‘	‚völlig/ deutlich gebessert‘		bis ‚etwas gebessert‘	‚völlig/ deutlich gebessert‘	
Positive Prognose für Symptomatik	53,5%	86,0%	$\chi^2_{df=1}=51,10^{***}$	62,6%	84,0%	$\chi^2_{df=1}=19,16^{***}$
Positive Prognose für wichtige Funktionsbereiche	56,5%	89,1%	$\chi^2_{df=1}=55,10^{***}$	66,3%	85,6%	$\chi^2_{df=1}=16,77^{***}$
Positive Prognose für psychosoziale Bedingungen	52,4%	78,9%	$\chi^2_{df=1}=31,86^{***}$	54,7%	87,0%	$\chi^2_{df=1}=40,97^{***}$

3.4 Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren

Für die MAS-Achse-V besteht nur bei den unter 12jährigen ein Zusammenhang mit dem Erfolg bezüglich der Symptomatik, und zwar insofern als eine Kumulation von Belastungen den Behandlungserfolg verringert (s. Tab. 6).

Die Zusammenhänge psychosozialer Belastungen mit der Verweildauer sind sehr schwach, d.h. es findet keine eventuell aufenthaltsverlängernde Konfundierung mit Inobhutnahmefunktionen (der Jugendhilfe zugehörig) statt. Lediglich Kinder, deren Eltern psychisch gestört sind ( $r=,182^{**}$ ), die in Institutionen erzogen werden ( $r=,270^{***}$ ) oder die Ereignisse erlebt haben, die zur Herabsetzung ihrer Selbstachtung führten ( $r=,174^{**}$ ), haben eine längere Verweildauer.

Prognostisch erweisen sich insbesondere folgende Items der Achse V als negativ für den Behandlungserfolg hinsichtlich der Symptomatik.

Der Erfolg der Behandlung für die psychosozialen Bedingungen ist andererseits signifikant höher, wenn die Kinder und Jugendlichen bereits in einer Institution erzogen wurden (5 ( $r=-,248$ ) und 9 ( $r=-,224$ )) oder wenn die bis 12jährigen sexuell mißbraucht wurden (1 ( $r=-,193$ )).

Tab. 6: Signifikante Korrelationen der MAS-V-Achsen mit dem Erfolg für die Symptomatik (positive Korrelation = liegt das Merkmal vor, so ist der Erfolg geringer;  $\alpha=0.05$ )  
MAS-V-Dimensionen (abnorme psychosoziale Umstände)

---

Ungünstig für den Erfolg der Behandlung für die Symptomatik bei den unter 12Jährigen sind	
• Körperliche Mißhandlung in der Familie (1)	$r=,200$
• Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (3)	$r=,176$
• Unzureichende elterliche Aufsicht in der Erziehung (4)	$r=,163$
• Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt (4)	$r=,229$
• Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung (5)	$r=,206$
• Bedrohliche Umstände in Folge von Fremdunterbringung (6)	$r=,168$
• Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder (6)	$r=,145$
• Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (6)	$r=,201$
• Unmittelbare beängstigende Erlebnisse (6)	$r=,228$
• Migration oder soziale Verpflanzung (7)	$r=,130$
• Allgemeine Unruhe in der Schule (8)	$r=,151$
• andere chronische Belastungen im Zusammenhang mit der Schule (8)	$r=,162$
• Bedrohliche Umstände in Folge von Fremdunterbringung (9)	$r=,149$
• Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (9)	$r=,289$

---

### 3.5 Behandlungsmotivation und -kooperation im Verlauf

Im Psychopathologischen Befund wird das Ausmaß der Problematik aus Sicht des Therapeuten, des Patienten und der Bezugsperson sowie die Motivation des Patienten und der Bezugsperson eingeschätzt. Bei den Kindern wird die Einschätzung der Problematik bei Aufnahme vom Therapeuten überwiegend als „stark ausgeprägt“ vermerkt. Dieses Merkmal ist das einzige, welches bei den Kindern in signifikantem Zusammenhang mit der Verweildauer steht. Bei den Jugendlichen hingegen korrelieren alle fünf Merkmale signifikant mit der Verweildauer, und die beste Vorhersage wird durch die Mittelwertbildung über die fünf Merkmale möglich. Jedoch war bei einem Teil der Jugendlichen die Behandlungsmotivation nicht einschätzbar, wenn sich etwa eine Diskrepanz zwischen oppositionellen Äußerungen und der Handlungsebene ergab. Die von vornherein mit deutlicher Motivation aufgenommenen Jugendlichen, deren Problematik zudem als eher „stark ausgeprägt“ eingeschätzt wurde, machten etwa die Hälfte der Restgruppe aus. Dies wirkte sich damit sehr deutlich im Sinne einer längeren durchschnittlichen Verweildauer aus (ab einschließlich 12 Jahren: Unterschied zwischen stark ausgeprägter und geringerer Motivation: Korrelationsmaß  $\eta=0.322$ ,  $p<0.001$  für die Verweildauer, die durchschnittlich 35 Tage länger war).

Jugendlichen mit mäßig bis deutlich ausgeprägtem Mittelwert in den Items zur Problemeinschätzung und zur Motivation zu Therapiebeginn wird am Ende der Behandlung nur zu 37,8% Erfolg hinsichtlich der Symptomatik attestiert, solchen mit stark ausgeprägtem Mittelwert zu 64% ( $\chi^2_{df=1}=13,661^{***}$ ,  $\phi=,269^{***}$ ).

Wurde am Ende der Behandlung jeweils die erarbeitete, im Prozeß erreichte Kooperationsbereitschaft eingeschätzt, zeigt sich für die Kinder unter 12 Jahren ein signifi-

kanter Zusammenhang der Kooperationsbereitschaft der Eltern mit der Verweildauer (Korrelationsmaß  $\eta = .171$ ,  $p < 0.05$  – d.h. Kinder aus mäßig bis gut motivierte Familien hatten eine durchschnittlich 6 Tage längere Verweildauer). Dies ist darauf zurückzuführen, daß den Familien, mit denen kein Arbeitsbündnis erreicht werden kann, ambulatorische Maßnahmen empfohlen werden.

Bei Jugendlichen besteht ebenfalls ein signifikanter – jedoch sehr viel ausgeprägter – Zusammenhang der Verweildauer mit der Kooperationsbereitschaft des Patienten: mäßig bis gut motivierte Patienten blieben im Schnitt 23 Tage länger als weniger motivierte ( $\eta = 0.182$ ,  $p < 0.01$ ).

Schwache Kooperationsbereitschaft des Patienten geht bei Jugendlichen nur in 13,7% mit Erfolg hinsichtlich der Symptomatik einher. Bei guter Kooperationsbereitschaft wird zu 67,2% ein Erfolg konstatiert ( $\chi^2_{df=1} = 90,66^{***}$ ,  $\phi = ,502^{***}$ ). Für Kinder zeitigt eine schwache Kooperationsbereitschaft der Eltern dennoch in 29,5% Erfolg, demgegenüber eine gute Kooperationsbereitschaft zu 58,1% ( $\chi^2_{df=1} = 11,04^{***}$ ,  $\phi = ,286^{***}$ ).

### 3.6 Sogenannte Problemgruppen

Die hier zugrundegelegte Definition von kinder- und jugendpsychiatrischen Problemgruppen basiert auf einer Experteneinschätzung, die 1992 von der BAG Leitender Ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wurde (vgl. auch Harrington et al. 1999). Da eine Therapeuteneinschätzung, ob ein individueller Patient einer der (mittlerweile hausintern operationalisierten) Problemgruppen angehöre, erst in der nächsten Version der Basisdokumentation aufgenommen ist, wurde für die vorliegende Untersuchung versuchsweise anhand solcher in der Basisdokumentation enthaltener Merkmale eine Einstufung vorgenommen. Im Rahmen der überregionalen Versorgungsaufgaben eines großen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkrankenhauses belaufen sich die nach diesen Kriterien identifizierten „Problempatienten“ auf 32% aller Patienten des Jahrgangs 1998. In der folgenden Aufstellung (Tab. 7) sind Mehrfachzählungen schwerst gestörter Patienten enthalten (z.B. Patienten mit Drogenpsychosen oder mit Schizophrenie und autistischen Zügen).

Die Problemgruppen mit chronifiziert auto- und fremdaggressiven Störungen, schizophrenen und autistischen Störungen wiesen längere, die Gruppe mit Migrationshintergrund kürzere Verweildauern als die Untersuchungsgruppe auf. Die des weiteren von der BAG als Problemgruppe ausgewiesenen Patienten mit sexuell devianten Störungen und Übergriffigkeit waren anhand der Basisdokumentationsdaten nicht ausweisbar und sind nur zum Teil in der Gruppe „Delinquenz“ erfaßt: Beispielsweise war es bei innerfamiliärer Übergriffigkeit nicht regelmäßig vor der Behandlung zur Anzeige gekommen. Die Gruppe Delinquenter wies eine große Variabilität der Verweildauer auf, da kurzdauernde stationäre Begutachtungen ebenso erfaßt wurden wie Patienten mit psychotischen Haftreaktionen und langer Behandlungserfordernis.

Tab. 7: Definitionskriterien (PBB = Psychopathologischer Befund, Anam. = Anamnese der Basisdokumentation) und Verweildauern der Problemgruppen

Problemgruppe	Kriterien	Anzahl	Verweildauer	Bemerkungen
Fremd- und Autoaggression Sucht	PPB: 2.03 und 16.03 'deutlich' oder 'stark'	30	146,97	48,0% entstammen nicht dem Regelversorgungsgebiet
	MAS-Achse-I: F10.xx bis F19.xx	25	126,88	70,9% entstammen nicht dem Regelversorgungsgebiet. Suchtpatienten werden mit 25,6% signifikant häufiger ohne ärztliche Einwilligung entlassen. Diese Patienten bleiben im Schnitt nur 67,9 Tage in Behandlung.
Migration	MAS-V-1 'sicher zutreffend'	23	112,65	50% entstammen nicht dem Regelversorgungsgebiet. Migrationspatienten werden mit 13,9% signifikant häufiger ohne ärztliche Einwilligung entlassen. Diese Patienten bleiben im Schnitt nur 60 Tage in Behandlung.
Autistische Störung	PPB: Autistische Störungen 'deutlich' od. 'stark'	14	134,50	50,0% entstammen nicht dem Regelversorgungsgebiet
Psychotische Störung	MAS-Achse-I: F20.xx bis F29.xx	13	153,45	53,8% entstammen nicht dem Regelversorgungsgebiet
Anfallsranke	MAS-Achse-IV: G40 und 41	6	114,17	
Delinquenz	Aufnahme aus Haftanstalt (Anam. 03,7) oder Delinquenz (Diagn. 04,18)	26	105,00	36,7% entstammen nicht dem Regelversorgungsgebiet
Sprach- und Sprechstörungen	PPB: Störungen der Sprache und des Sprechens: 2 Merkmale 'deutlich' oder 'stark'	39	117,10	

#### 4 Diskussion

Das aktuell versorgungspolitisch relevante Ergebnis unserer Studie besagt, daß eine Fallpauschalierung über diagnosebezogene Verweildauern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht möglich ist. Christ et al. (1989) berichten über eine Varianzaufklärung der Aufenthaltsdauer von 3-5% anhand der Diagnosen. Zwischen ICD-10-Diagnose und Verweildauer läßt sich kein nennenswerter statistischer Zusammenhang herstellen,

mit Ausnahme schizophrener Patienten, die auch bei Christ et al. (1989) deutlich längere Verweildauern aufwiesen. Richter (1999) fand für die Allgemeine Psychiatrie anhand von ICD-9-Diagnosen nur eine unbefriedigende Varianzaufklärung der Verweildauer, Frick et al. (1999) beschreiben längere Verweildauern für schizophrene und affektive Psychosen und kürzere für illegalen Drogengebrauch bei Erwachsenen.

Eine viel deutlichere Beziehung besteht zur Schwere der psychosozialen Beeinträchtigung (MAS-Achse VI), die nach Steinhausen (1984) direkt eine notwendige Betreuungsintensität begründet. Der damit definierte Störungsschweregrad korreliert hochsignifikant mit der Verweildauer. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Gold et al. (1993) und Frick et al. (1999) überein.

Neben der unspezifischen Schwere der Störung lassen sich Prädiktoren für den Behandlungsverlauf aus dem psychopathologischen Aufnahmebefund herleiten, wobei für Kinder vor allem sozialkommunikative Faktoren ausschlaggebend waren, für Jugendliche eher affektive und Denkstörungen sowie die Behandlungsmotivation. Bei so definierten Konstellationen werden im Rahmen deutlich längerer Verweildauern bessere Erfolge erzielt als bei geringerer Ausprägung dieser Merkmale, womit sich die besonderen Vorteile des stationären Behandlungsangebotes in der Kombination aus Milieu-, Einzel- und Gruppentherapie sowie nonverbalen Gestaltungs- und Fördermaßnahmen abbilden dürften (Jungmann 1997). Untersuchungen unter Zugrundelegung von Psychopathologie-Skalen sind nach Heijmens Visser et al. (1999) am ehesten geeignet, unabhängig von der Diagnose breite klinische Inanspruchnahmepopulationen im Zeitverlauf zu verfolgen, sind aber bis dato sehr selten.

Interessante Unterschiede in den Behandlungsverläufen von Kindern und Jugendlichen ergeben sich durch die mögliche Partizipation an Aushandlungsprozessen gemäß dem Entwicklungsstand. Für Jugendliche sagte der Grad der initialen Behandlungsmotivation und der während der Behandlung erreichten Kooperationsbereitschaft sowohl eine längere Verweildauer als auch besseren Behandlungserfolg voraus, d.h. Jugendliche nehmen selbst aktiv Einfluß auf ihren Behandlungsprozeß und erreichen in der gegebenen Zeit größere Veränderungen als Kinder in allen Funktionsbereichen. Der Erfolg der Behandlung für die Symptomatik wird entlang einer längeren Verweildauerzeitachse nur bei Jugendlichen größer, nicht bei Kindern. Der Erfolg bei Kindern hängt neben der Schwere der Störung signifikant von der Kooperationsbereitschaft der Eltern ab. Die Verweildauer für Kinder verlängert sich bei besserer Kooperation der Eltern in der Therapeuteneinschätzung. Dies belegt die Bedeutung eines systemischen Vorgehens und das Erarbeiten eines Arbeitsbündnisses mit den Bezugspersonen für stationäre Behandlungen bei Kindern, obwohl diese unter Trennung vom Elternhaus erfolgen (Rotthaus 1997). Unsere Ergebnisse unterstützen damit die Einrichtung stationärer Eltern-Kind-Einheiten (Crome 1999; Subkowski 1999).

Da die Abbruchquoten in unserer Patientengesamtpopulation mit 9,8% gering ausfallen (vgl. Presting et al. 1998: 19%; Schulte-Markwort u. Knölker 1991: 1-50%), liegen die Verweildauern vergleichsweise hoch. Therapieabbrüche sind z.B. im Rahmen von Entgiftungsbehandlungen eine notwendige Folge der versorgungspolitisch zu begrüßenden Niedrigschwelligkeit und damit unvermeidbar. Sie markieren jedoch bei anderen Patienten meist eine insuffiziente, gesamtökonomisch teure Behandlung. Daher



kommt im Procedere jeder Institution der Klärung der Aufnahmeindikation im ambulanten Vorfeld eine hohe Bedeutung zu, so daß auch Patienten zur Krisenintervention vorselektiert und wenn möglich ausschließlich ambulant behandelt werden sollten (Jungmann 1997; Henggeler et al. 1999).

Es liegen bisher keine bundesweiten Erkenntnisse über den Anteil an sogenannten Problemgruppen-Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Der hohe Anteil an überregionaler Herkunft der ausgewiesenen Problemgruppen-Patienten spricht dafür, daß diese andernorts einen geringeren Anteil des stationären Klientels ausmachen. Braun-Scharm et al. (1991) fanden in einer Stichtagserhebung an Jugendlichen große regionale Unterschiede für alle Diagnosegruppen außer für psychotische Störungen und erklärten dies u.a. mit dem unterschiedlichen Ausbau des gegliederten Versorgungssystems. Wie Harrington et al. (1999) bemerken, stehen Methoden hinsichtlich einer Bedarfsschätzung für die psychiatrische Versorgung anhand der epidemiologischen Risikofaktoren noch nicht zur Verfügung.

Für drogenabhängige Jugendliche ist eine hohe Komorbidität vielfach belegt (Schultz u. Remschmidt 1999) und die notwendige Kontrolle durch ein vollstationäres Setting unmittelbar einsichtig, so daß langwierige und aufwendige Behandlungen resultieren. Die durchschnittliche Verweildauer dieser Gruppe erklärt sich allein aus den ebenfalls durchgeführten qualifizierten Entgiftungsbehandlungen mit entsprechend kurzen Aufenthalten sowie aus den damit einhergehenden Therapieabbrüchen.

Patienten mit Migrationshintergrund als „Problemgruppe“ zu bezeichnen, kann nur solange geltend gemacht werden, wie kein kultur- und sprachadäquates Behandlungsangebot vorgehalten wird, was zu interkulturellen Mißverständnissen und erhöhten Abbruchquoten führt und nach Einführung entsprechender Angebote nicht mehr nachweisbar ist (Schepker et al. 1999). Auch war der Prozentsatz behandelter Patienten mit Migrationshintergrund (6,2%) verglichen mit dem regionalen Bevölkerungsanteil von 12-15% der unter 18jährigen eher gering. Während strukturelle Verbesserungen für die in Deutschland häufig vertretenen Ethnizitäten (wie Familien aus der Türkei) absehbar erreichbar sind, wird man Gruppen wie unbegleiteten Flüchtlingskindern noch lange den Status „Problempatienten“ zuschreiben.

Obwohl Erfahrungen im Rahmen der Evaluation stationärer Behandlungen (Heuft u. Senf 1995) im psychotherapeutischen Fachgebiet ergaben, daß die Bewertung des Therapieerfolgs durch die Therapeuten zum Entlassungszeitpunkt eher kritischer ausfällt als durch die Patienten, und obwohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Therapeuten- und Elternbeurteilungen (Remschmidt u. Matthejat 1997) bzw. Therapeuten- und Patientenbeurteilungen (Jaffa u. Stott 1999) hinsichtlich der Symptombesserung hoch miteinander korrelieren, empfiehlt sich eine Validierung der vorgelegten Ergebnisse zur Symptombesserung durch eine Eigeneinschätzung der Patienten, eine Fremdeinschätzung sowie eine katamnestische Untersuchung.

Die gefundenen Zusammenhänge berühren viele Aspekte der Prozeß- und Ergebnisqualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen und sind relevant für eine Verbesserung der Therapieplanung und damit der Behandlungsqualität. Die Verallgemeinerung würde eine Überprüfung in mehreren Institutionen erfordern. Unsere

Untersuchung mag als Beleg dafür dienen, daß dies mit einem vertretbaren Mehraufwand für die Therapeuten auch im Rahmen einer nichtuniversitären Regelversorgungsinstitution durchführbar ist. Zukünftig wird anzustreben sein, stabile Prozeßparameter jenseits von institutionellen und regionalen Einflüssen zu belegen, was durch die Beschränkung auf nur eine Institution und eine Versorgungsregion durch die vorgelegte Untersuchung noch nicht möglich ist.

## Literatur

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults with mental retardation and comorbid mental disorders; Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, Suppl., 5S-31S; 55S-76S.
- Bernet, W. (1999): Practice Parameters for the 21st Century. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, Suppl., 1S-4S.
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R. (1994): *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*, 7. Aufl. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1994). *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Braun-Scharm, H.; Räder, K.; Martinus, J. (1991): Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtagserhebung. *Zeitschrift für Kinder-Jugendpsychiatrie* 19: 70-77.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (1993): *Zielsetzungs- und Orientierungsdaten 1993*. Eigendruck.
- Christ, A.E., Tsemberis, S., Andrews, H. (1989): Childhood disorder DRG: Consideration for a predictive model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 47-52
- Crome, A. (1999): Elternleid – Kindernöte. *Spektrum* 28: 102-104.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Berner, W.; Flechtner, H.; Schwitzgebel, P.; von Aster, M.; Steinhausen, H.C. (1993): Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21: 90-100.
- Döpfner, M.; Berner, W.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.C. (1998): Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar.
- Englert, E.; Poustka, F. (1993): *Glossar zur kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation*. Frankfurt: unveröff. Manuskript.
- Englert, E.; Poustka, F. (1995): Die Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44: 158-167.
- Englert, E.; Jungmann, J.; Rotthaus, W.; Wienand, F.; Lam, L.; Poustka, F. (1996): Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 6: 38-51.
- Frick, U.; Rehm, J.; Krischker, S.; Cording, C. (1999): Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organisational characteristics – a multilevel analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 8: 146-161.
- Gold, J.; Shera, D.; Clarkson, 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
- Günter, M.; Karle, M.; Kleefeld, H.; Werning, A.; Klosinski, G.: Stationäre jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Erfahrungen mit dem Management und therapeutischen Techniken. In: Klosinski, G. (Hg.): *Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Brennpunkte und Entwicklungen*. Bern: Huber, S. 165-174.
- Hamilton, J.D.; Bridge, J. (1999): Outcome at 6 months for 50 adolescents with major depression treated in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 1340-1346.

- Harrington, R.C.; Kerfoot, M.; Verduyn, C. (1999): Developing needs-led child and adolescent mental health services: issues and prospects. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8: 1-10.
- Henggeler, S.W.; Rowland, M.D.; Randall, J. et al. (1999): Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 1331-1339.
- Heuft, G.; Senf, W. (1995): Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, B 2099-2101.
- Heijmans Visser, J.; Van der Ende, J.; Koot, H.M.; Verhulst, F.C. (1999): Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 1560-1568.
- Hirschberg, W. (1999): Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens – Ergebnisse und Katamnesen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48: 247-259.
- Kunze, H.; Kaltenbach, L. (1996): *Psychiatrie-Personalverordnung*. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, 3., erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lücke, M.; Knölker, U. (1991): Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 138-147.
- Jaffa, T.; Stott, C. (1999): Do inpatients on adolescent units recover? A study of outcome and acceptability of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8: 293-300.
- Jellinek, M. (1999): Changes in the practice of child and adolescent psychiatry: Are our patients better served? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 115-117.
- Jungmann, J. (1997): Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie am Psychiatrischen Landeskrankenhaus. In: Klosinski, G. (Hg.): *Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Brennpunkte und Entwicklungen*. Bern: Huber, S. 130-142.
- Nachtigall, C.; Wirtz, M. (1998). *Statistische Methoden für Psychologen – Teil 2: Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik*. Weinheim: Juventa.
- Presting, G.; Höger, Ch.; Wittte-Lakemann, G.; Specht, F.; Rothenberger, A. (1998): Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26: 97-112.
- Poustka, F.; Burk, B.; van Goor-Lambo, G.; Schermer, D. (1994): Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände. Achse Fünf des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (ICD-10). Elterninterview – Lifetime-Version. Frankfurt: Swets Test Service.
- Remschmidt, H.; Mattejat, F. (1997): Aufgaben und Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag. In: Klosinski, G. (Hg.): *Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Brennpunkte und Entwicklungen*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Huber, S. 187-207.
- Richter, D. (1999): Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken – wie sinnvoll ist ein Vergleich der Behandlungsdauern nach Diagnose und Alter? *Gesundheitswesen* 61: 227-233.
- Rotthaus, W. (1997): Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie; -psychotherapie. In: Klosinski, G. (Hg.): *Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Brennpunkte und Entwicklungen*. Bern: Huber, S. 120-129.
- Rüth, U. (1999): Das jugendpsychiatrische Gutachten zur geschlossenen Unterbringung Minderjähriger in der Jugendhilfe (§ 1631b BGB) – Prozeßdiagnostik und Vermittlung von Hilfen. *Spektrum* 28: 122-128.
- Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A. (1999): Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus Sicht der Betroffenen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48: 664-676.
- Schultz, E.; Remschmidt, H. (1999): Substanzmißbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 96, A 414-418.
- Schulte-Markwort M.; Knölker, U. (1991): Therapieabbrüche im stationären Bereich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 28-33.
- Schulze, U.; Neudörfl, A.; Krill, A.; Warnke, A.; Remschmidt, H.; Herpertz-Dahlmann, B. (1997): Verlauf und Heilungserfolg der frühen Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 25: 5-16.
- Sourander, A.; Helenius, H.; Leijala, H.; Heikkilä, T.; Bergroth, L.; Piha, J. (1996): Predictors of outcome of short-term child psychiatric inpatient treatment. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 5: 75-82.

- Steinhausen, H.C. (1985): Eine Skala zur Beurteilung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie* 13: 230-240.
- Stoskopf, C.; Horn, S.D. (1991): The computerized psychiatric severity index as a predictor of inpatient length of stay for psychoses. *Medical Care* 29: 179-195.
- Subkowski, P. (1999): Modell einer stationären psychoanalytischen integrativen Eltern-Kind-Therapie. Werkstattbericht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48: 438-444.
- Wewetzer, Ch.; Mauer-Mucke, K.; Ballauf, A.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J. (1998): Mögliche pathophysiologische, diagnostische und therapeutische Implikationen neuer Befunde zur Leptinsekretion im Rahmen der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Kinder-Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26: 244-252.
- Wolff Metternich, T.; Döpfner, M.; Englert, E.; Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G.; Poustka, F.; Steinhausen, H.C. (1999): Die Kurzfassung des Psychopathologischen Befundsystems in der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse aus einer multizentrischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48: 15-26.

Anschrift der Verfasser/-innen: Priv.-Doz. Dr. Renate Schepker, Westfälisches Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm.