

Reisel, Barbara / Floquet, Peter und Leixnering, Werner

Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47 (1998) 10, S. 705-721

urn:nbn:de:bsz-psydok-40978

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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

Originalarbeiten / Originals

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

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

Übersichtsarbeiten / Reviews

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

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

Werkstattbericht / Brief Report

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

Buchbesprechungen

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

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

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern	362

Editorial / Editorial	63
Autoren und Autorinnen /Authors	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

ORIGINALARBEIT

Aus dem Bereich für Heilpädagogik und Psychosomatik der Abteilung Allgemeine Pädiatrie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Radvan Urbanek)

Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Barbara Reisel, Peter Floquet und Werner Leixnering

Summary

Process- and Outcome Quality in Inpatient Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry

In a prospective study individual symptoms, diagnosis, treatment and goal-attainment were assessed in the total sample of in-patients during a one year period. As a contribution to quality-assurance we investigated the conditions under which the provided treatment can be helpful for our patients. The study focused on the quality of treatment and the documentation of diagnostic and treatment services provided. The results show that methodologies used in evaluation studies have to adapt to the subjective experience of individual disorders and the therefore resulting distress children and their families suffer from. Improvements and the operationalization of outcome-quality have also to be measured by these parameters.

Zusammenfassung

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurden alle stationären Patienten innerhalb des Zeitraumes eines Jahres in bezug auf Problemstellung, Diagnose, Behandlung und erreichte Veränderungen im prospektiven Verlauf erfaßt. Die Studie stellt damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung dar und geht vor allem der Frage nach, unter welchen Bedingungen das angebotene Behandlungskonzept unseren Patienten hilfreich sein kann. *Ergebnisqualität* und *Leistungsdokumentation* stehen im Mittelpunkt. Die Ergebnisse zeigen, daß Evaluationsstudien durch die multifaktorielle Bedingtheit kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen sich in ihren Methoden sehr nah an dem sub-

jektiven Krankheitserleben und dadurch ausgelöste subjektiv erlebte Belastungen der Kinder und ihrer Familien orientieren müssen und Veränderung sowie die Operationalisierung von Behandlungserfolg ebenso an diesen Parametern festzumachen sind.

1 Einleitung

Über die Bedeutung von Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren zahlreiche Veröffentlichungen (BIEFANG 1980; REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986; MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1993, 1995; ENGLERT u. POUSTKA 1995; LAIREITER et al. 1995) und es besteht Einigkeit unter den zitierten Autoren sowohl über die Notwendigkeit wie auch die Schwierigkeiten bei der Umsetzung evaluativer Forschungsvorhaben.

Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind multifaktoriell bedingt. Dies erfordert ein mehrdimensionales Vorgehen in Diagnostik und Therapie und eine Erweiterung der Behandlung vom Individuum zur Familie und ihrem sozialen Umfeld.

Evaluation wird verstanden als kontinuierlicher Prozeß systematischer Urteilsbildung, dessen Ziel es ist, Vorgehensweisen, Behandlungskonzepte und Institutionen zu verbessern und durch das Verfügbarmachen von Fakten, Entscheidungen zu optimieren. Dazu gehört eine Überprüfung des Verlaufs der Vorgänge und Maßnahmen, die eine Veränderung beim Patienten herbeiführen sollen und eine Einschätzung des Erfolges dieser Maßnahmen (vgl. dazu REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1986, 1988).

Nach MATTEJAT u. REMSCHMIDT (1995, S. 78) besteht die größte Schwierigkeit bei der Dokumentation und Evaluation tatsächlicher Patientenversorgung darin, „daß die Dokumentation so genau und umfassend wie möglich, gleichzeitig aber möglichst ökonomisch und praktikabel einsetzbar sein soll“, damit die Frage beantwortet werden kann: „Wer erbringt für wen welche Leistungen mit welcher Qualität?“.

Der Beitrag stellt den Versuch der konkreten Umsetzung dar, mit dem für den Zeitraum eines Jahres die stationäre Inanspruchnahmepopulation der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien dahingehend untersucht wurde, unter welchen Bedingungen unser Behandlungsangebot den Patienten hilfreich sein konnte.

Daraus wiederum sollen Überlegungen zur speziellen Indikation für einen stationären Aufenthalt ableitbar werden und wichtige Rückmeldungen für einen reflexiven Prozeß innerhalb des Behandlungsteams eingeholt werden. Ein Nachdenken über die Frage, „was erreichen wir mit unserer Arbeit bei unseren Patienten“ soll eingeleitet werden und die daraus gezogenen Erfahrungen können Möglichkeiten oder Notwendigkeiten der Veränderung unseres Arbeitsansatzes aufzeigen.

2 Fragestellung und Forschungsinteresse

Der Hauptfokus der Evaluationsstudie lag bei der dokumentarischen und vergleichbaren Erfassung und Beschreibung unserer stationären Patienten innerhalb des Zeitrau-

mes eines Jahres in bezug auf Problemstellung, Diagnose, Behandlung und erreichte Veränderungen im prospektiven Verlauf. Damit wurde besonders auf Aspekte der *Ergebnisqualität* geachtet. Gleichzeitig wurde der Erfassung der erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen ein wesentliches Augenmerk verliehen, um damit der immer wieder erhobenen Forderung nach genauer *Leistungsdokumentation* Rechnung zu tragen (vgl. dazu MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1995).

Struktur der stationären Einrichtung: Die Station für Heilpädagogik und Psychosomatik ist eine kinderpsychiatrisch orientierte Einrichtung an der Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde und wurde bereits 1911 von Clemes von Pirquet begründet. Die Station verfügt heute über 20 Betten, sechzehn davon sind für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter, vier für Kinder im Vorschulalter vorgesehen. Die Aufnahmen erfolgen nach Zuweisung aus der angeschlossenen Ambulanz sowie zu 25% durch direkte Zuweisung im Rahmen von Konsiliarvisiten bei stationären Patienten der Kinderklinik. Je nach Indikation wird eine Behandlung im vollstationären oder tagesklinischen Setting angeboten. Im multidisziplinären Team der Station arbeiten Pädiater oder Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pflegepersonal, Heilstättenlehrer, Funktionelle Therapeuten und Psychotherapeuten eng zusammen. Die Vorstellungsgründe, deretwegen Kinder zur stationären Aufnahme kommen, reichen von Verhaltensauffälligkeiten, Schulproblemen, Entwicklungsverzögerungen, psychosomatischen Störungen bis hin zu chronischen Erkrankungen mit psychosozialen Risiko.

3 Untersuchungsdesign

3.1 Stichprobe

Die Dokumentation und Evaluation wurde für die stationäre Inanspruchnahmepopulation des Jahres 1994 konzipiert. Alle im Zeitraum vom 1.1. bis 31.12.1994 stationär aufgenommenen Patienten wurden in das Sample aufgenommen. Die Evaluierung erfolgte 6 Monate nach der Entlassung aus dem stationären Setting. Die Erhebung begann am 7.1.1994 mit der ersten stationären Aufnahme und erlangte bis zum 15.12.1994 einen Stichprobenumfang von 61 Patienten mit der letzten stationären Neuaufnahme dieses Jahres. Der zweite Teil der Evaluation endete am 21.10.1995, sechs Monate nach Entlassung des letzten 1994 aufgenommenen Patienten. Einschränkungen erfuhr die Stichprobe dadurch, daß die Station im Erhebungszeitraum aufgrund von Umbauarbeiten drei Monate lang nur eingeschränkt ausgelastet werden konnte, wodurch die Patientenzahl im Vergleich zu den Vorjahren deutlich verringert war.

3.2 Methodischer Zugang

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde das Untersuchungsdesign als prospektive Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten gewählt (s. Tabelle 1).

3.2.1 Zur Erfassung der Ausgangslage

Im Rahmen des ausführlichen Aufnahmegesprächs mit dem Patienten und seinen Eltern oder seinen relevanten Bezugspersonen wurde zum einen eine ausführliche *Anamnesedokumentation* zu folgenden Bereichen erstellt: Zuweisungsmodalität, Beziehungs-

Tab. 1: Untersuchungsdesign

T 1 – Zeitpunkt der stationären Aufnahme

- CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a),
- TRF (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993b)
- Vorstellungsgründe und Ausmaß subjektiver Belastung durch Symptom
- Zieldefinition für stationären Aufenthalt
- Anamnesedokumentation

während des stationären Aufenthaltes

- Leistungsdokumentation, Befunddokumentation und Verlaufsdokumentation
 - Diagnostische und therapeutische Leistungen
 - MAS-Diagnostik nach ICD-10 (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994)
 - Einschätzung der Erreichung der definierten Ziele
 - Entlassungsempfehlungen

T 2 – 2 Wochen nach Entlassung

- CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a)

T 3 – 6 Monate nach Entlassung

- CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a),
- TRF (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993b)
- EBE – Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolges (REISEL u. FLOQUET 1994)
 - Zufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt
 - Ausmaß der Symptom- und Belastungsveränderung
 - Einhaltung der Entlassungsempfehlungen (Compliance)

status und Familienstand der Eltern, sozioökonomischer Status und Wohnsituation der Aufenthaltsfamilie, Berufstätigkeit und Arbeitsbelastung der Eltern, Geschwisterreihe, somatische Familienanamnese, rezente und aktuelle psychosoziale Belastungen der Familie, entwicklungsanamnestische Daten des Patienten bis zur Schulkarriere.

Zum anderen wurden Eltern und Kind gebeten, die Probleme, die zur stationären Aufnahme des Kindes geführt haben (*Vorstellungssgründe*) zu benennen und die von ihnen durch das jeweilige Symptom/Problem *subjektiv erlebte Belastung* auf einer Ratingskala von 1 (keine Belastung) bis 6 (sehr starke Belastung) einzuschätzen. Gemeinsam mit Kind und Eltern wurden Ziele für den stationären Aufenthalt definiert und schriftlich festgehalten.

3.2.2 Zur Erfassung der erbrachten Leistungen

Während des stationären Aufenthalts wurde pro Patient detailliert erfaßt, welche diagnostischen und therapeutischen Leistungen in welchem Umfang zur Anwendung kamen. Jeder Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams erhielt dazu für jeden Patienten, mit dem er befaßt war, ein Dokumentationsblatt, in dem Art und Umfang sowie

die Frequenz der erbrachten Leistung eingetragen wurde. Pflegerische und sozialpädagogische Interventionen wurden nicht einzeln erfaßt, da sie ganz nach Tradition dieser Station als heilpädagogisches Konzept in den stationären Alltag integriert sind und das therapeutische Klima der Station wesentlich mitgestalten, das allen Patienten gleich angeboten wird.

3.2.3 Zur Erfassung des Behandlungserfolgs

Die im Rahmen der Erfolgsmessung verwendeten Verfahren beinhalten im Sinne des multimethodalen Vorgehens in der Evaluationsforschung und der Forderung nach verschiedenen Beurteilungsperspektiven in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. dazu BRENNER 1988; MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1993) sowohl *indirekte* (Wiederholungsmessung durch Anwendung änderungsintensiver psychometrischer Verfahren) als auch *direkte Methoden* (unmittelbare Befragung der Patienten und ihrer Angehörigen nach wahrgenommener Veränderung).

Als indirekte Erfolgs- und Veränderungsmessungsparameter wurden die wiederholte Vorgabe der CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a) sowie die wiederholte Vorgabe der TRF – Lehrerversion der CBCL gewählt (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993b).

Als direkte Erfolgs- und Veränderungsmessungsparameter wurden die subjektiven Einschätzungen der Eltern des Kindes bezüglich des Behandlungserfolgs herangezogen. Dazu wurde ein Fragebogen (EBE – Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolgs, REISEL u. FLOQUET 1994) konzipiert, in dem die Eltern sechs Monate nach Entlassung des Kindes um Angaben bezüglich der *Akzeptabilität und Therapiezufriedenheit* sowie auch des *Behandlungserfolgs* und der *Compliance* gebeten wurden.

Die Aspekte der Akzeptabilität und des Erfolgs sind nach MATTEJAT und REMSCHMIDT (1993, S. 228) grundlegende und gut diskriminierende Evaluationsaspekte. „Ob eine Therapie als positiv bewertet wird, ob sie als förderliche und bereichernde Erfahrung oder als belastende Peinlichkeit in Erinnerung bleibt, ist somit gleichermaßen von ihrem Erfolg (Ergebnisqualität) wie von ihrer Akzeptabilität (Prozeßqualität) abhängig.“

4 Ergebnisse

4.1 Deskription der Inanspruchnahmepopulation

Die im Jahre 1994 aufgenommenen 61 Patienten sind im Verhältnis von 2:1 Knaben zu Mädchen und liegen im Altersbereich von 6;10 bis 16;8 Jahren, wobei bei den Knaben der Altersschwerpunkt zwischen 8 und 10 Jahren, bei den Mädchen zwischen 12 und 14 Jahren liegt. Etwas mehr als die Hälfte aller Patienten leben bei beiden leiblichen Eltern, 43% der Kinder stammen aus Broken-home-Verhältnissen und leben entweder bei einem alleinerziehenden Elternteil mit oder ohne Stiefelternanteil, bei Pflege- oder Adoptiveltern oder sind in einem Heim untergebracht. 79% der Patienten wohnen in Wien, 21% stammen aus angrenzenden Bundesländern. Der Anteil an Patienten mit anderer als österreichischer Staatsbürgerschaft beträgt 12%.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung entspricht den Verhältnissen, wie sie in anderen Studien zur Inanspruchnahmepopulation kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen berichtet wird. Ebenso überwiegen die außergewöhnlichen Familiensituationen (vgl. REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1988) sowie ein Klientel aus überwiegend sozial schwachen Schichten (vgl. ROTHE 1975).

4.1.1 MAS-Diagnosen nach ICD-10

Nach umfassender diagnostischer Abklärung unter Einbeziehung der Befunde und Beobachtungen aller während des stationären Aufenthalts mit dem Kind und seinem familialen wie psychosozialen Umfeld befaßter Teammitglieder wurde die Klassifizierung des Störungsbildes nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) nach ICD-10 (REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994) vorgenommen. In Tabelle 2 sind die Diagnosen verteilt über die fünf Achsen des MAS getrennt nach Geschlecht sowie die Verteilung über die Achsenbesetzungen angeführt.

Tab.2: Diagnosegruppen (MAS-ICD 10) getrennt nach Buben und Mädchen

Gesamt N=59				
Anzahl der Fälle		Buben (n=43)	Mädchen (n=16)	
Achse I MAS	F 40-F 48	5	6	
	F 50-F 59	6	3	
	F 90-F 98	27	3	
Achse II MAS	F 80-F 89	19	2	
Achse III MAS	F 70	7	2	
Achse IV MAS	körperliche Erkrankung	7	7	
Achse V MAS	psychosoziale Belastungen	21	5	
Achsenbesetzungen:	eine	zwei	drei	vier
	36%	37%	24%	3%
	davon	davon	davon	
	62% auf I	41% auf I/V	57% auf I/II/V	

Entsprechend der Verteilung der Vorstellungsgründe, wonach Buben signifikant häufiger wegen Verhaltens- und Schulproblemen, Mädchen hingegen signifikant häufiger wegen somatischer Probleme zur stationären Aufnahme kommen, treten bei Buben signifikant (Chi2-Test $p < 0.05$) mehr Diagnosen im Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90-F98) und bei umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80-F89) auf, während Mädchen signifikant häufiger (Chi2-Test $p < 0.05$) entweder eine körperliche Symptomatik (Achse IV MAS) oder neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F49) aufweisen. Dies entspricht ei-

nem Trend in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und spiegelt sich auch in anderen Untersuchungen wider (z.B.: REMSCHMIDT u. WALTER 1990; STEINHAUSEN u. GÖBEL 1982). Im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59), des Intelligenzniveaus (F70) sowie des Ausmaßes an psychosozialen Belastungen (Achse V/MAS) ergeben sich keine geschlechtsspezifischen signifikanten Unterschiede.

Betrachtet man die Anzahl der *Achsenbesetzungen* in der multiaxialen Klassifikation, zeigt sich, daß die meisten Kinder Diagnosen auf ein oder zwei Achsen aufweisen. 13 Kinder zeigen allein ein klinisch-psychiatrisches Syndrom als Diagnose, gefolgt von neun Kindern, die ein klinisch-psychiatrisches Syndrom in Kombination mit schweren psychosozialen Belastungen zeigen und acht Kindern, die sowohl ein klinisch-psychiatrisches Syndrom als auch eine Diagnose aus dem Bereich der Entwicklungsverzögerungen in Kombination mit schweren psychosozialen Belastungen aufweisen.

4.1.2 Ausfälle in der Untersuchungsstichprobe

Von den 61 in das Sample aufgenommenen Patienten liegen bezüglich der Untersuchungsinstrumente zu den drei Evaluierungszeitpunkten nicht in allen Fällen vollständige Erhebungsdaten vor. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die Zahl der Ausfälle und die Ausfallsgründe.

Tab.3: Ausfälle in der Untersuchungsstichprobe (N=61)

Anzahl und Gründe für Ausfälle	T1/2/3	T3
	CBCL (n= 17)	EBE (n= 15)
Abbruch des stationären Aufenthaltes	2	2
Sprachprobleme der Eltern	9	8
Verweigerung der Mitarbeit	6	5

Bei Eltern nichtdeutscher Muttersprache ergaben sich trotz versuchter Unterstützung bei der Bearbeitung der Fragebögen nicht zu überwindende Sprachprobleme. Es wären also in Hinblick auf die Qualitätssicherung Übersetzungen der Fragebogen auszuarbeiten, die jedoch auch eine Rückübersetzung der Antworten der Eltern nötig machen würde und eine Überprüfung der Validität der Instrumente verlangen würde. Über die neun Kinder dieser Problemgruppe, die sich also durch formale Hindernisse auszeichnet, liegen uns in vier Fällen jedoch informelle Informationen über den positiven Verlauf nach dem stationären Aufenthalt vor.

In sechs Fällen verweigerten die Eltern die Mitarbeit am Evaluationsprojekt vor allem sechs Monate nach der Entlassung des Kindes. Bei genauerer Betrachtung dieser Problemgruppe zeigt sich, daß es in diesen Fällen nicht gelungen ist, ein Arbeitsbündnis mit den Eltern zu etablieren, was sich schon während des stationären Behandlungsverlaufes in Form von Unzuverlässigkeit eines oder beider Elternteile bei der Wahrnehmung vereinbarter Termine gezeigt hatte. In zwei dieser Fälle wur-

de während des stationären Aufenthaltes eine Fremdunterbringung des Kindes eingeleitet.

4.2 Leistungsdokumentation

Trotz der aktuellen und intensiven Diskussion zur Qualitätssicherung sind Angaben zur Erfassung erbrachter Leistungen von Versorgungseinrichtungen in der Fachliteratur kaum zu finden, was auch weitgehend beklagt wird (vgl. MATTEJAT u. REMSCHMIDT 1995; MATTEJAT et al. 1994).

Die in der Tabelle 4 angeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen beziehen sich auf solche Angebote, die je nach Frage- und Indikationsstellung den jeweiligen Patienten gemacht wurden. Nicht enthalten sind diejenigen Leistungen, die in jedem Fall stationärer Behandlung jedem Patienten und seiner Familie angeboten werden: Aufnahmegespräch, Diagnosegespräch und Entlassungsgespräch mit Eltern und Kind mit dem fallführenden Arzt/oder Psychologen sowie die im Rahmen des heilpädagogischen Konzepts in den Stationsalltag eingeflochtenen Leistungen der Heilstättenlehrer, der Sozialpädagogen und des Pflegepersonals.

Die durchschnittliche Dauer stationärer Aufenthalte betrug im Erhebungszeitraum etwas mehr als 8 Wochen, wobei bei nahezu der Hälfte der aufgenommenen Patienten die Aufenthaltsdauer zwischen 4 und 8 Wochen betrug. Dies entspricht dem langjährigen Konzept der Station, für eine diagnostische Phase zur Abklärung der Vorstellungsproblematik bis hin zur Erarbeitung erforderlicher Maßnahmen rund 6 Wochen zu veranschlagen. Darüber hinaus wurde je nach Indikation und Rahmenbedingungen ein therapeutischer Aufenthalt (mittelfristig bis zu 3 Monaten, langfristig bis zu einem Jahr) angeboten.

4.3 Operationalisierung des Behandlungserfolgs

4.3.1 Indirekte Methoden der Veränderungsmessung

Zur indirekten Erfolgs- oder Veränderungsmessung wurde die wiederholte Vorgabe der CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993a) an die Eltern des Kindes zu drei Zeitpunkten (T1: stationäre Aufnahme; T2: 2 Wochen nach Entlassung; T3: 6 Monate nach Entlassung) sowie die wiederholte Vorgabe der TRF-Lehrerversion der CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993b) an die Lehrer der Herkunftsschule des Kindes zu zwei Zeitpunkten (T1: stationäre Aufnahme; T3: 6 Monate nach Entlassung) verwendet.

Mit der brieflichen Einbestellung zur stationären Aufnahme wurde der CBCL-Fragebogen an die Eltern des Kindes versandt, der bereits ausgefüllt zum Aufnahmegespräch mitgebracht wurde. Zum Zeitpunkt T2 und T3 wurde den Eltern nach vorheriger telefonischer Rücksprache jeweils ein CBCL-Fragebogen mit einem frankierten Rücksendekувert zugeschickt. Den Lehrern der Herkunftsschule des Kindes wurde ebenfalls nach telefonischer Rücksprache und mit Einverständnis der Eltern zum Zeitpunkt T1 und T3 jeweils ein TRF-Fragebogen mit der Bitte um Rücksendung brieflich übermittelt.

Tab. 4: Diagnostische und therapeutische Leistungen während des stationären Aufenthalts

Gesamt-N=61 (59)		Anzahl d. Patienten	%
Diagnostische Leistungen			
Psychologische Diagnostik		55	93,2
Familiendiagnostik		48	81,4
Funktionelle Diagnostik (Ergotherapie, Logopädie)		49	83,0
Medizinische Diagnostik:	Labor	13	22,0
	EEG, EVP, EKG	12	20,3
	CT, NMR, Röntgen	6	10,2
Therapeutische Leistungen			
Elternberatung/Familientherapie		59	100,0
Heilpädagogische Einzelbetreuung (von Sozialpädagogen angebotene Einzelstunden für in der Gruppe verhaltensschwierige Kinder)		18	30,5
Einzelpsychotherapie Kind:			
von Psychotherapeuten der Station angeboten		13	22,0
Überweisung/Anbahnung extramural		11	18,6
Funktionelle Therapien (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie)		26	44,0
durchschnittliche Verweildauer 58 Tage	< 4 Wochen	13,6%	Setting: Vollstationär: 72% Tagesklinik: 28%
	4–8 Wochen	47,5%	
	8–12 Wochen	22%	Abbruch: n=2
	> 12 Wochen	16,9%	

Ein Mittelwertvergleich der T-Werte über die CBCL- und TRF-Syndromskalen sowie die internalisierenden und externalisierenden Störungen und den Gesamtwert zu den drei Meßzeitpunkten erbrachte für alle Skalen Verbesserungen im Signifikanzbereich von $p=0.00$ bis $p<0.05$, was einen generellen Trend der Symptomreduzierung anzeigt.

Ausgehend von der Überlegung, daß individuell nur bestimmte Syndromskalen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Aufnahmesymptomatik stehen und daher nur diese inhaltlich relevant sind, wurden die Patienten nach folgenden Operationalisierungskriterien drei Gruppen zugeordnet: als relevante Veränderungen wurden nur jene T-Wertdifferenzen interpretiert, die zwischen zwei Meßzeitpunkten mehr als eine Standardabweichung ($s=10$) betrugen. Differenzen die sich im T-Wertbereich < 60 ergaben, wurden als unauffällig eingestuft.

- *Symptomverbesserung*: T-Wertdifferenzen (T_1-T_2) oder (T_1-T_3) $> +10$;
- *keine Symptomverbesserung oder -verschlechterung*: T-Wertdifferenzen > -10 ;

- *Symptomverschiebung*: Fälle, deren T-Werte sich in den relevanten Symptomen um eine Standardabweichung verringert, in anderen Syndromskalen jedoch vergrößert haben.

Die Verteilung über die drei Gruppen ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tab. 5: Operationalisierung des Behandlungserfolgs nach CBCL, TRF T-Wertdifferenzen zu den drei Meßzeitpunkten

Veränderungsmessung CBCL und TRF aus Sicht der Eltern bzw. Lehrer	CBCL T1-T2	CBCL T1-T3	TRF T1-T3
Symptomverbesserung	63,0%	72,0%	64,0%
Symptomverschlechterung oder keine Veränderung	30,0%	18,6%	29,5%
Symptomverschiebung	7,5%	9,4%	6,5%
Rücklauf	68,0% (n=40)	73,0% (n=43)	75,0% (n=44)

Eine weiterer Ansatz der Auswertung, die Veränderung der Symptomauffälligkeiten pro Patient ausgehend vom Zeitpunkt der Aufnahme bis 6 Monate nach der Entlassung des Kindes zu verdeutlichen, läßt sich exemplarisch für den CBCL-Gesamtwert in Abbildung 1 darstellen.

Bei dieser Darstellung zeigt sich deutlich, daß von 14 Kindern, die zum Zeitpunkt der Aufnahme einen CBCL-Gesamtwert von >70 aufwiesen und damit eine hohe Auffälligkeit zeigten, nur drei Kinder 6 Monate nach der Entlassung einen ebenso hohen Wert haben. 11 von diesen 14 Kindern haben sich in der Wahrnehmung ihrer Eltern deutlich verbessert. Dies bestätigt auch ein signifikantes Ergebnis des Chi²-Test mit $p < 0.01$. Eine Verschlechterung im CBCL-Gesamtwert zeigt nur ein Kind, das vor der stationären Aufnahme einen unauffälligen Wert hatte, zum dritten Meßzeitpunkt jedoch eine leichte Auffälligkeit aufweist.

Von einer detaillierten Darstellung der entsprechenden Verläufe hinsichtlich der CBCL-Werte „internalisierende Störungen“ und „externalisierende Störungen“ im Vergleich T1-T2 und T1-T3 sowie der entsprechenden Werte aus dem Lehrerurteil soll an dieser Stelle abgesehen werden. Insgesamt erbringen jedoch alle diesbezüglichen Berechnungen signifikante Ergebnisse zwischen $p = 0.00$ und $p < 0.05$ und lassen sich wie im dargestellten Fall interpretieren.

4.3.2 Direkte Methoden zur Veränderungsmessung

Mittels eines eigens dazu konzipierten Fragebogens (EBE – Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolgs; REISEL u. FLOQUET 1994) wurden die Eltern 6 Monate nach Entlassung des Kindes zum subjektiv erlebten Ausmaß der Symptom- und Belastungsveränderung (*Behandlungserfolgs*), zur Behandlungszufriedenheit (*Akzeptabilität und Therapiezufriedenheit*) sowie zur Einhaltung und Akzeptanz der am Ende des stationären Aufenthaltes vereinbarten oder bereits angebahnten Entlassungsempfeh-

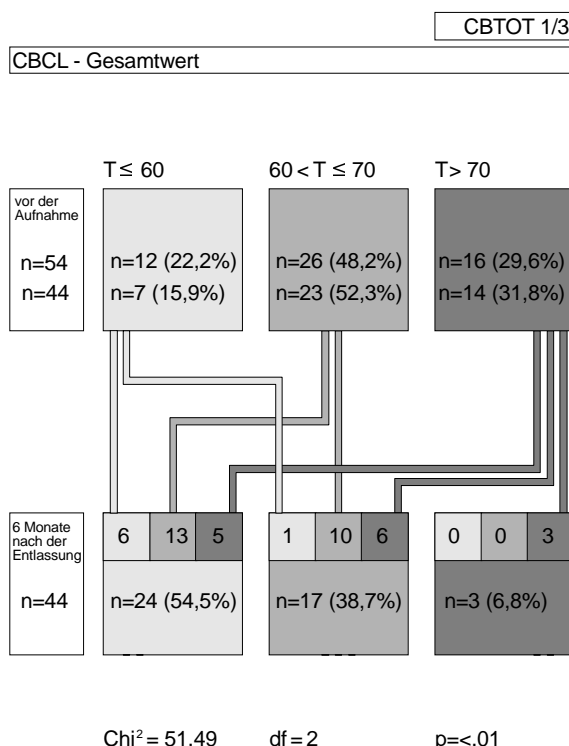


Abb. 1: Veränderung der Symptomauffälligkeiten vor der Aufnahme (T1) und 6 Monate nach der Entlassung (T3)

lungen (*Compliance*) befragt. Dieser Fragebogen wurde gemeinsam mit der CBCL den Eltern nach vorheriger telefonischer Rücksprache mit einem frankierten Rücksendekувert zugeschickt.

Elternurteil zur Symptomveränderung: Diejenigen Vorstellungsgründe, die ursprünglich zur stationären Aufnahme des Kindes geführt hatten, wurden im Fragebogen neuerlich genannt und waren von den Eltern anhand einer dreistufigen Rating-skala dahingehend zu beurteilen, ob sich diese Symptome nunmehr verbessert (1), oder verschlechtert (2) haben oder unverändert (3) geblieben sind.

6 Monate nach der Entlassung wurden nach Angaben von 78% der Stichprobe vier Fünftel der psychosomatischen Beschwerden als verbessert eingestuft, jeweils etwa zwei Drittel der Symptome aus dem Bereich der Entwicklungsverzögerungen und bei Leistungsproblemen in der Schule sowie knapp zwei Drittel der Verhaltensauffälligkeiten. Die körperlichen Symptome wurden nur zu 15% als verbessert beschrieben.

Elternurteil zur Belastungsveränderung: Die Eltern wurden ersucht, neuerlich das aktuelle Ausmaß subjektiv erlebter Belastung durch das jeweilige Symptom, das zur stationären Aufnahme des Kindes geführt hat, auf einer sechsstufigen Ratingskala einzuschätzen (1-keine bis 6-sehr starke Belastung). Dadurch wird der Erfahrung Rechnung getragen, daß die Veränderung eines Symptoms nicht zwangsläufig auch eine

Veränderung der dadurch erlebten Belastung bedeuten muß, oder umgekehrt eine Belastungsverringerung auch erreicht werden kann, wenn das Symptom unveränderbar bleibt.

So kann beispielsweise die geistige Retardierung eines Patienten mit „Prader-Adenotomie-Syndrom“, einer polyglandulären Funktionsstörung der endokrinen Drüsen, mit Sicherheit nicht verringert, also keine Symptomverbesserung im engeren Sinne erzielt werden. Es können jedoch Maßnahmen in die Wege geleitet werden, die den Eltern den Umgang mit diesem Syndrom erleichtern und daher das Ausmaß der Belastung reduzieren.

Mittelwertvergleiche der Belastungsparameter zu den Zeitpunkten T1 und T3 ergeben mit Ausnahme der Kategorie „körperliche Symptomatik“ statistisch signifikante Ergebnisse von $p < 0.05$ – $p = 0.00$ (U-Test) in Richtung einer Belastungsverringerung zum Zeitpunkt 6 Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.

Behandlungszufriedenheit: Fragen nach der Zufriedenheit mit den diagnostischen und therapeutischen Angeboten während des stationären Aufenthaltes, nach dem erlebten Ausmaß an Verständnis und Unterstützung, das den Patienten und Eltern entgegengebracht wurde, geben Hinweise auf die Akzeptanz und damit auf einen Aspekt der *Prozeßqualität*. Die Eltern konnten auf einer jeweils vierstufigen Rating-skala ihre Wahrnehmung der Angebote einstufen (1-nicht hilfreich bis 4-sehr hilfreich).

Es zeigt sich, daß von den Eltern vor allem jene Angebote als hilfreich und unterstützend erlebt wurden, bei denen ein beratendes oder psychotherapeutisches Beziehungsangebot an den Patienten oder die Eltern gestellt wurde. 92,5% der Eltern geben an, vor allem die Gespräche mit dem jeweils fallführenden Arzt oder Psychologen als hilfreich erlebt zu haben. Da der Fallführende als Schaltstelle zwischen Station und den Angehörigen wesentlicher Informationsträger der diagnostischen Erkenntnisse und somit in seiner Funktion Repräsentant der gesamten Station gegenüber den Eltern ist, ist diesem Ergebnis besondere Bedeutung zuzumessen.

Compliance: Inwieweit die am Ende des stationären Aufenthalts vereinbarten Entlassungsempfehlungen aufgegriffen und damit eingehalten und akzeptiert wurden zeigt Tabelle 6.

Besonders jene Empfehlungen, die bereits während des stationären Aufenthalts in die Wege geleitet wurden, werden auch noch 6 Monate nach der Entlassung eingehalten und von den Eltern als hilfreich erlebt. Besonders in jenen Fällen, in denen Beratungsangebote von uns selbst auch ambulant weiterangeboten werden konnten oder der Erstkontakt zu einer extramuralen Beratungseinrichtung initiiert und begleitet werden konnte, erwiesen sich als Empfehlungen mit hoher Compliance. Entlassungsempfehlungen, deren Einleitung nicht schon während des stationären Aufenthaltes angebahnt und initiiert wurden, zeigen eine geringere Compliance, da sie nur Empfehlungscharakter aufweisen und den Eltern die Initiative zur Umsetzung selbst überlassen. Ebenso werden Patienten und Eltern damit in die Hände ihnen noch nicht bekannter professioneller Helfer überwiesen, zu denen neuerlich ein persönlicher und vertrauensvoller Kontakt aufgebaut werden muß. Empfehlungen, die eine einzelspsychotherapeutische Betreuung des Kindes beinhalten, werden häufiger

Tab. 6: Entlassungsempfehlungen und Compliance

Empfehlung	empfohlen n	aufgegriffen %	als hilfreich erlebt %	Abbrüche n
Schulwechsel	11	100	100	
Medikation	4	100	100	
Ambulante Nachbetreuung	13	77	80	1
Psychotherapie Kind	25	76	67	4
Erziehungsberatung	10	70	100	1
Funktionelle Therapien	14	64	78	2
Familientherapie	17	53	78	2
Sonstiges (z.B. Freizeitclubs)	13	69	78	1

angenommen als Therapieempfehlungen, die sich auf die ganze Familie beziehen (Familientherapie).

Es scheint demnach ein für den Erfolg einer stationären Aufnahme wesentliches Element zu sein, nicht nur Diagnosen zu stellen und den Eltern damit verbundene Handlungsmöglichkeiten und -empfehlungen aufzuzeigen, sondern Eltern und Kinder zu begleiten, bis diese Maßnahmen tatsächlich als ein integrativer und dauerhafter Bestandteil ihres Alltags installiert sind. Vor allem ein Schulwechsel, Medikationen wie auch Erziehungsberatung werden als hilfreich erlebt. Diese Empfehlungen wirken rasch, unmittelbar und konkret, also kurzfristig im Sinne einer Krisenintervention und führen zu einer Erleichterung im Alltag der Familien, während die anderen Entlassungsempfehlungen, die in einem nicht so hohen Ausmaß als hilfreich beschrieben wurden, eher mittel- und langfristig wirken.

Da für jeden Patienten oftmals mehr als nur eine Entlassungsempfehlung ausgesprochen worden war, wurde zur Operationalisierung der Compliance der prozentuelle Anteil befolgter Empfehlungen herangezogen. Demnach zeigen 46% der betreuten Familien eine sehr gute Compliance, indem sie mehr als die Hälfte der Empfehlungen aufgegriffen haben, 14% zeigen eine ausreichende Compliance, indem sie zumindest die Hälfte der Empfehlungen befolgt haben. 20% können weniger als die Hälfte oder keine der Empfehlungen umsetzen, von 20% der Stichprobe fehlen diesbezügliche Angaben. Die Compliance zeigt sich auch abhängig vom Alter des Kindes (T-Test: $p < 0.05$) und liegt bei Familien mit jüngeren Kindern höher.

4.4 Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg

Eltern, die eine Verbesserung der Symptomatik ihres Kindes wahrnehmen, zeigen signifikant häufiger eine gute Compliance in der Einhaltung und Umsetzung der Entlassungsempfehlungen, erleben deutlicher eine Verringerung der durch die Probleme des Kindes ausgelösten Belastung und haben den stationären Aufenthalt und die daraus hervorgegangenen Hilfestellungen signifikant stärker als unterstützend erlebt als diejenigen Eltern, die keine Symptomverbesserung wahrgenommen haben (s. Tab. 7).

Der aus dieser Sicht definierte Behandlungserfolg drückt sich ebenfalls in signifikant verbesserten CBCL-Werten aus. Aus der Sicht der Lehrer zeigt sich nur ein tendenzieller Zusammenhang mit dem Erleben der Eltern.

Tab. 7: Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg 6 Monate nach Entlassung

Symptomverbesserung aus Sicht der Eltern 6 Monate nach Entlassung

	Signifikanz	Spearman corr.
gute Compliance	p=0.00**	r=0.43
Belastungsverringerung	p=0.00**	r=0.46
Ausmaß erlebter Unterstützung durch den stat. Aufenthalt	p=0.00**	r=0.64
CBCL-Verbesserung	p=0.00**	r=0.44
TRF-Verbesserung	p=0.09	r=0.28
Alter des Kindes	p=0.07	r=0.25
Verweildauer	n.s.	
Setting vollstationär/Tagesklinik	n.s.	
Diagnosen auf 5 MAS-Achsen	n.s.	
* Psychosoziale Belastung	n.s.	
* 1/2/3/4 Achsen besetzt	n.s.	

Die Kinder mit Symptomverbesserung sind tendenziell jünger, die Dauer ihres stationären Aufenthalts war nicht signifikant länger als bei denjenigen, für die keine Verbesserung der Symptomatik gesehen wird. Der Behandlungserfolg stellt sich somit unabhängig von der Verweildauer und unabhängig davon ein, ob die Kinder voll- oder teilstationär behandelt wurden und welche und wieviele MAS-Diagnosen pro Achse gestellt wurden. Demnach haben mehrfachbelastete Patienten die gleichen Chancen auf Symptomverbesserung wie einfachbelastete. Das Ausmaß psychosozialer Belastungen (MAS-Achse 5) verringert nicht die Chance auf positive Veränderungen, was als sehr erfreuliches Ergebnis zu bewerten ist, da die Belastung durch das Umfeld der Patienten hier keine Rolle zu spielen scheint und somit alle Patienten, unabhängig von ihren psychosozialen Rahmenbedingungen, die gleichen Chancen auf Besserung haben.

5 Diskussion

Die multikausale Bedingtheit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfordert ein mehrdimensionales Vorgehen in der Therapie und dementsprechend ein komplexes Design zur Einschätzung und Überprüfung von deren Wirksamkeit (REM-SCHMIDT u. SCHMIDT 1986, 1988). Ein wesentliches Ergebnis der Arbeit ist es, daß aufgrund der multifaktoriellen Bedingtheit kinder- und jugendpsychiatrischer Störun-

gen eine sehr differenzierte Evaluationsmethodik erforderlich ist, um den Patienten und ihren Familien gerecht zu werden, wenn es darum gehen soll, den „Behandlungserfolg“ einzustufen. Die Wirklichkeit unserer Patienten beschäftigt sich mit weitaus vielfältigeren Problemen als sie mit vorgeblich objektiven Meßinstrumenten erfaßt werden können. Im Vergleich zu den angewandten direkten Methoden der Veränderungsmessung bergen die indirekten Methoden den Nachteil, daß etwa die durch die wiederholte Vorgabe der CBCL erfaßbaren Veränderungen nur bei denjenigen Kindern aussagkräftige Ergebnisse liefern können, deren Störungsbild auch ausreichend in den Dimensionen der CBCL abbildbar sind. Evaluationsstudien müssen sich demnach in ihren Methoden sehr nah am subjektiven Krankheitserleben und an dadurch ausgelösten subjektiv erlebten Belastungen orientieren und Veränderung daran festmachen.

Die Ergebnisse betonen auch in einem anderen Bereich die Wichtigkeit von Patientennähe. So zeigt sich, daß vor allem jene Angebote als hilfreich und unterstützend erlebt wurden, bei denen ein beratendes oder psychotherapeutisches Beziehungsangebot gegeben war, also Maßnahmen, die den Patienten oder die Eltern in den Mittelpunkt stellen und auf individuelle Bedürfnisse und Erfordernisse eingehen.

Noch deutlicher wird die Notwendigkeit, sich bei der Behandlung an der je individuellen Realität der Familien zu orientieren, am Beispiel der Einhaltung von Entlassungsempfehlungen. Es werden vor allem jene Empfehlungen aufgegriffen und als besonders hilfreich erlebt, die bereits während des stationären Aufenthalts eingeleitet wurden und so eine individuelle Begleitung darstellen, so daß die Maßnahmen zum Zeitpunkt der Entlassung bereits als ein integrativer Bestandteil in den familialen Alltag eingebunden waren. Weiterhin wird deutlich, daß vor allem jene Maßnahmen von den Eltern gerne aufgegriffen werden, die unmittelbare Wirkung zeigten und somit als konkrete Erleichterung in der Bewältigung des Alltags erlebt werden.

Der Erfolg einer stationären Behandlung im Sinne der Prozeß- und Ergebnisqualität hängt demnach stark davon ab, ob nach Abschluß des diagnostischen Prozesses geeignete Maßnahmen überlegt werden, die zum einen fallspezifisch indiziert, zum anderen aber individuell und jedenfalls unter Berücksichtigung der familialen Rahmenbedingungen tatsächlich umsetzbar erscheinen. Die Implementierung der Maßnahmen sollte noch während des stationären Aufenthalts stattfinden, mit dem Ziel, ein Bewußtsein dafür zu schaffen, daß stationäre Aufnahme und Entlassung nicht mit Behandlungsbeginn und Behandlungsende gleichzusetzen sind. Im weiteren Verlauf wird es notwendig sein, im Rahmen ambulanter Kontrolltermine, die Einhaltung der Maßnahmen zu überprüfen und Hilfestellungen bei Problemen anzubieten sowie die Entwicklung der Patienten zu beachten. Ein Schlüssel zu Erfolg und Mißerfolg einer stationären Behandlung liegt neben theoretisch-wissenschaftlichen Kenntnissen der Behandler vor allem in der Empathie und der Bereitschaft des Behandlungsteams, die Individualität der Patienten und deren Familien anzuerkennen und bei Entscheidungen mitzuberücksichtigen.

Die Ergebnisse und Erfahrungen im Zuge dieser Evaluationsstudie haben in unserem Team vielfache Prozesse in Gang gebracht: sie haben uns dazu angeregt, individuelle Behandlungsverläufe und deren je individuell gestaltete multikausale Bedingtheit ge-

nauer zu betrachten und zu reflektieren sowie unsere Arbeit theoretisch wie praktisch besser ressourcenorientiert einzusetzen. Demnach werden nun die Ziele für den stationären Aufenthalt gemeinsam mit den Patienten und Eltern zu Beginn der Behandlung definiert und im Behandlungsverlauf die Zielsetzungen sowie die Zielerreichung evaluiert. Weiters wird versucht, die Entlassungsempfehlungen während des stationären Aufenthaltes zu etablieren und soweit wie möglich an die psychosoziale und ökonomische Realität der Familien anzupassen.

Als Folge dieser Erfahrungen ist auf der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde ein standardisiertes Instrument zur begleitenden Dokumentation und Evaluation eingeführt worden, das den Aspekten Leistungsdokumentation, Ergebnisqualität und Prozeßqualität Rechnung trägt.

Der Anspruch, Qualitätssicherung zu betreiben und die eigene Arbeit zu evaluieren ist zwar ein sehr zeitaufwendiges und reflexionsintensives Unterfangen, lohnt jedoch den Aufwand, um unserer Arbeit den Stellenwert beizumessen, den sie verdient, ständig rekursiv korrigiert durch die Rückmeldungen unserer Patienten.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von P. Melchers und M. Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993b): Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teachers Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner und P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- BIEFANG, S. (1980): Evaluationsforschung in Medizin und Gesundheitswesen. In: BIEFANG, S. (Hg.): Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden. Stuttgart: Enke, S. 7-53.
- BRENNER, H.D. (1988): Methoden der evaluativen Forschung. In: REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. 1. Stuttgart: Thieme, S. 338-351.
- ENGLERT, E./POUSTKA, F. (1995): Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung. *Prax. Kinderpsychol. und Kinderpsychiat.* 44, 158-167.
- LAIREITER, A.-R./KNAUER, H./BAUMANN, U. (1995): Qualitätssicherung von Psychotherapie. Wien: Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1993): Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22, 192-233.
- MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 23, 71-83.
- MATTEJAT, F./GUTENBRUNNER, C./REMSCHMIDT, H. (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 22, 154-168.
- REISEL, B./FLOQUET, P. (1994): Elternfragebogen zum Behandlungserfolg (EBE). Unveröff. Fragebogen, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Wien.
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hg.) (1986) Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 1-25

- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hg.)(1988): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 81-101
- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (Hg.)(1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO; 3., rev. Aufl. Bern: Huber.
- REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (Hg.)(1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Göttingen: Hogrefe.
- ROTHER, E. (1975): Psychologisch-diagnostische Aspekte und Ergebnisse bei Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Prax. Kinderpsychol. und Kinderpsychiat. 24, 214-216.
- STEINHAUSEN, H./GÖBEL, D. (1982): Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population. Prax. Kinderpsychol. und Kinderpsychiat. 31, 3-9.

Anschrift der Verfasser/in: Dr. Barbara Reisel, Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien.