

Walter, Reinhard / Kampert, Kerstin und Remschmidt, Helmut
**Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in
drei hessischen Landkreisen**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 1, S. 2-11

urn:nbn:de:bsz-psydok-32506

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

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

<i>Bauers, W.:</i> Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents)	298	<i>Neuser, J.:</i> Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments)	43
<i>Ebttinger, R., Ebttinger, J.:</i> Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children)	131	<i>Schleiffer, R.:</i> Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior)	242
<i>Jernberg, A. M.:</i> Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child)	161	<i>Strehlow, U.:</i> Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection)	322
<i>Maxeiner, V.:</i> Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . .	252	<i>Strömer, N., Kischkel, W.:</i> Festhaltungstherapie (Holding Therapy)	326
<i>Streeck-Fischer, A.:</i> Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . .	366		

Übersichten

<i>Braun-Scharm, H.:</i> Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents)	38	Tagungsberichte	
<i>Bölling-Bechinger, H.:</i> Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . .	175	Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg	58
<i>Diepold, B.:</i> Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations)	274	Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . .	24
<i>Engel, B.:</i> Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“)	374		
<i>Herzka, H. S.:</i> Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology)	180	Buchbesprechungen	
<i>Hummel, P.:</i> Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) .	198	<i>Affolter, F.:</i> Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . .	139
<i>Kammerer, E., Hütsch, M.:</i> Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology)	167	<i>Beaumont, J. G.:</i> Einführung in die Neuropsychologie . .	186
<i>Kammerer, E., Hütsch, M.:</i> Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments)	204	<i>Beland, H. et al. (Hrsg.):</i> Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20	142
<i>Kiese, C., Henze, K. H.:</i> Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) .	11	<i>Beland, H. et al. (Hrsg.):</i> Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21	191
<i>Lanfranchi, A.:</i> Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries)	124	<i>Bettelheim, B.:</i> Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit	138
		<i>Borbély, A.:</i> Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung	357
		<i>Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):</i> Arbeit mit Familien von Heimkindern	356
		<i>Chasseguet-Smirgel, J.:</i> Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . .	185
		<i>Collischonn-Krauss, M.:</i> Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr	356
		<i>Dalferth, M.:</i> Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . .	235
		<i>Dam, M., Gram, L.:</i> Epilepsie	313
		<i>Diergarten, A., Smeets, F.:</i> Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung	188
		<i>Dietl, M. W.:</i> Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . .	236
		<i>Dimitriev, V.:</i> Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom	61
		<i>Eagle, M. N.:</i> Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse	185
		<i>Ebertz, B.:</i> Adoption als Identitätsproblem	63
		<i>Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):</i> Gewalt und Erziehung	191
		<i>Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):</i> Heilpädagogische Psychologie	384
		<i>Friedmann, A., Thau, K.:</i> Leitfaden der Psychiatrie	141
		<i>Gruen, A.:</i> Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität	380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt)

Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen*

Von Reinhard Walter, Kerstin Kampert und Helmut Remschmidt

Zusammenfassung

In drei nordhessischen Landkreisen (575 000 Einwohner) wurde die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung evaluiert. Es wurde für die Dauer eines Jahres (1983/1984) eine nahezu vollständige kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulation erhoben (N = 5 307). Die Auswertung ergab, daß die Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen von dem jeweiligen regionalen Angebot beeinflußt wird. Die Rate steigt mit dem Angebot, erreicht jedoch maximal nur 3,8% der altersentsprechenden Bevölkerung. Sie liegt damit deutlich unter der wahren Prävalenzrate von mindestens 7%. Die Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken hängt sowohl von der ambulanten Versorgung ab, als auch von der Entfernung zwischen Wohnort der Patienten und Standort der Kliniken. Mit zunehmender Entfernung sinkt die Inanspruchnahmerate. Gleichzeitig wächst die stationäre Aufenthaltsdauer. Ferner wird die stationäre Inanspruchnahmerate durch ambulante Einrichtungen erhöht, dafür reduziert sich aber die stationäre Behandlungsdauer. Stationäre Patienten aus Regionen ohne ambulante Angebote haben eine signifikant längere Behandlungsdauer. Unter dem Einfluß ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen sinken die stationären Aufnahmen (in % der Bevölkerung) innerhalb eines 3 1/2-jährigen Zeitraums.

1 Einleitung

Im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie förderte das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit psychiatrische Einrichtungen in 14 Modellregionen aus sechs Bundesländern. Die Region Marburg-Biedenkopf und umliegende Landkreise war dabei die einzige Region, in der ausschließlich kinder- und ju-

gendpsychiatrische Projekte gefördert und evaluiert wurden. Ziel des Modellprogramms war die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker sowie die wissenschaftlich abgesicherte Erprobung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête, insbesondere der folgenden Prinzipien:

- gemeindenahe Versorgung,
- bedarfsgerechte sowie umfassende Versorgung aller psychiatrisch Kranken und Behinderten,
- Koordination aller Versorgungsdienste und
- Gleichstellung psychisch Kranker und körperlich Kranker.

Die Ergebnisse sollten als Grundlage für notwendige gesetzgeberische Maßnahmen des Bundes zur Reform der Psychiatrie in der Bundesrepublik dienen. Das Modellprogramm, das 1980 begann, lief Ende 1985 nach fünfjähriger Laufzeit aus. Mit der Geschäftsführung sowie der Koordination der Begleitforschung war das Forschungsinstitut Prognos (Köln/Basel) beauftragt.

In der hiesigen Modellregion, bestehend aus den Landkreisen Marburg-Biedenkopf, Waldeck-Frankenberg und Schwalm-Eder wurden aus Bundesmitteln Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gefördert. Es waren dies eine Tagesklinik für psychisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche, die aus Bundesmitteln neu errichtet werden konnte und ein mobiler kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst, der zwei Landkreise versorgt. Das Gebiet der Modellregion entsprach hinsichtlich seiner Größe (575 000 Einwohner) einem doppelten Standardversorgungsgebiet, wie es von der Enquête-Kommission als regionale Planungseinheit für Kinder und Jugendliche vorgeschlagen war.

Entsprechend dem Förderungsschwerpunkt befaßte sich die regionale Arbeitsgruppe Begleitforschung primär mit der Versorgung psychisch kranker und verhaltensgestörter sowie psychisch und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher durch ambulante, stationäre und komplementäre Einrichtungen. Wegen der geringen Anzahl und Kapazität der in der Modellregion bestehender komplementär-rehabilitativen Einrichtungen lag das

* Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, dem an dieser Stelle herzlich gedankt sei.

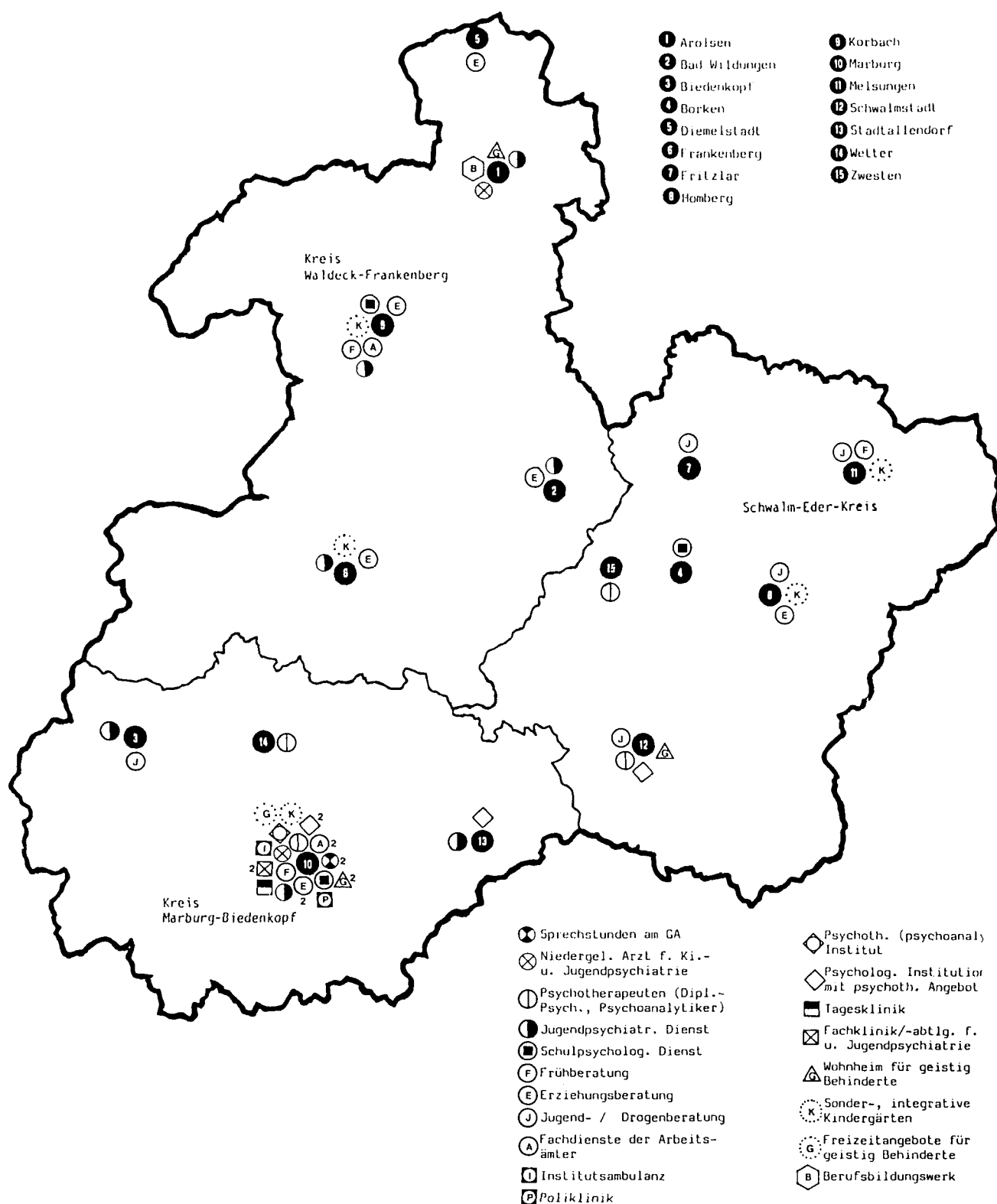


Abb. 1: Regionale Verteilung der Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in der Modellregion (Stand: 30.6.1985)

Schwergewicht auf der Untersuchung der ambulanten und stationären Versorgung einschließlich deren Wechselwirkungen. Die Ergebnisse sollten durch eine möglichst breite empirische Ausgangsbasis abgesichert werden. Angestrebt wurde daher eine Totalerhebung aller Kinder und Jugendlichen in der Modellregion, die in ei-

nem begrenzten Zeitraum Einrichtungen in Anspruch nahmen.

Als wichtigstes Instrument diente die Patientendokumentation, die in ambulanten Einrichtungen für die Dauer eines Jahres durchgeführt wurde (01.07.1983–30.06.1984) sowie in den beiden kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (Marburg)

über einen Zeitraum von dreieinhalb Jahren (ab 01.01.1981). Sie umfaßte auch eine Diagnosenstellung nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge (Remschmidt & Schmidt 1977). Sowohl an dieser Dokumentation als auch an den vereinfachten Erhebungsverfahren beteiligten sich 62 ambulante Einrichtungen, hiervon 31 außerhalb der Modellregion, 4 kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (hiervon 2 außerhalb) und 4 komplementäre Einrichtungen (alle innerhalb). Im komplementären und stationären Bereich gelang eine vollständige Beteiligung aller vorgesehenen Einrichtungen. Lediglich 4 (auf Kinder und Jugendliche spezialisierte) ambulante Einrichtungen innerhalb der Modellregion mit ohnehin sehr niedrigen Nutzerzahlen verweigerten ihre Mitarbeit. Die außerhalb der Modellregion gelegenen ambulanten Einrichtungen nahmen hingegen ohne Ausnahme teil. Die verschiedenen Einrichtungen wurden, je nach ihrer Aufgabenstellung und ihrem Tätigkeitsbereich 9 Typen zugeordnet: 1. Frühberatungsstellen, 2. Erziehungsberatungsstellen, 3. Jugendärztlicher Dienst an den Gesundheitsämtern, 4. Psychologische Praxen, 5. Psychologische Institutionen, 6. Beratungsstellen an Gesundheitsämtern, 7. Ambulanzen an Kliniken, 8. Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen, 9. Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst. Diese Einrichtungstypen wurden nach ihrer Funktion im Versorgungssystem wiederum unter dem Begriff der Vorfeldeinrichtungen (1-5) und Kernfeldeinrichtungen (6-9) zusammengefaßt. Diese Einteilung orientierte sich an den Vorstellungen der Psychiatrie-Enquête von einem Verbundsystem ineinandergreifender psychosozialer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Einrichtungen. Von den genannten 70 Einrichtungen wurden insgesamt 5307 Nutzer/Patienten dokumentiert.

Abbildung 1 zeigt die Versorgungssituation für die drei Landkreise Mitte des Jahres 1985. Eingetragen sind alle auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Einrichtungen, einschließlich der Außenstellen. Deutlich erkennbar ist die sehr unterschiedliche Ausstattung der drei Landkreise. Die Mehrzahl der Einrichtungen ($N = 26$) befindet sich im Landkreis Marburg-Biedenkopf – hier vor allem auf die Stadt Marburg konzentriert –, während auf die beiden übrigen Landkreise jeweils nur 10 entfallen, Außensprechstunden jeweils nicht gesondert gezählt. Dieses unterschiedliche Versorgungsangebot war eine günstige Voraussetzung, um das Inanspruchnahmeverhalten der Nutzer/Patienten zu untersuchen.

Im Zeitraum von 1981 bis 1985 hat sich die Gesamtzahl der Einrichtungen von 41 auf 46 erhöht. Die Zahl der Kernfeldeinrichtungen stieg von 21 auf 24 (Vorfeldeinrichtungen von 20 auf 22), wobei allein drei durch Modellförderung entstanden sind (beim kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst wurden die Teams in den Landkreisen Marburg-B. und Waldeck-F. gesondert gezählt). Nimmt man für Gebiete ohne Modellförderung eine ähnliche Entwicklung an, dann hätte sich das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsangebot in der Bundesrepublik Deutschland – abgesehen von regional und zeitlich begrenzten Fördermaßnahmen – kaum nennenswert verbessert.

Aus regionalpolitischen Gründen konnte der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst im Schwalm-Eder-Kreis nicht eingesetzt werden. Der Kreis präferierte die Versorgungskonzeption des Landeswohlfahrtsverbandes

und lehnte den durch die Universität Marburg getragenen Dienst ab. In der Zwischenzeit ist jedoch kein kinder- und jugendpsychiatrisches Versorgungsangebot in diesem Kreis geschaffen worden. Der Dienst hatte sich zur Aufgabe gestellt, durch Einrichtung dezentraler Außensprechstunden die ambulante Versorgung in ländlichen Gebieten zu verbessern und gemeindenäher zu gestalten. Aufgrund seiner Mobilität (Dienstfahrzeuge) machte er daher auch intensiv von der Möglichkeit Gebrauch, Hausbesuche durchzuführen. Weitere Arbeitsschwerpunkte waren Konsiliardienst und Institutionenberatung. Über den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst haben wir an anderer Stelle berichtet (Remschmidt, Walter, Kampert 1986).

Im folgenden werden auszugsweise einige wichtige Ergebnisse des Forschungsschwerpunktes zu Fragen der ambulanten und stationären Inanspruchnahme sowie der Wechselwirkungen zwischen beiden Versorgungsbereichen referiert.

2 Ambulante Versorgung

In Abbildung 2 ist das regionale Inanspruchnahmeverhalten der Nutzer ambulanter Vor- und Kernfeldeinrichtungen dargestellt. Die Auswertung bezieht sich ausschließlich auf Personen unter 18 Jahren mit Wohnsitz in der Modellregion, die im Dokumentationszeitraum (01.07.1983 bis 30.06.1984) Einrichtungen in- oder außerhalb der jeweiligen Landkreise aufsuchten. Die absoluten Zahlen stellen die Grundgesamtheit der Nutzer aus der Modellregion dar, da auch diejenigen Einrichtungen berücksichtigt wurden, die sich nicht an der Patientendokumentation beteiligt hatten. Mehrfachnutzer wurden durch ein spezielles matching-Verfahren eliminiert, um zu vermeiden, daß ein Nutzer doppelt oder mehrfach gezählt wird.

Für die Bewohner der drei Landkreise ist die Gemeindenähe der Versorgung sehr unterschiedlich. Die geringste Mobilität weisen die Nutzer aus Marburg-B. auf, die nur zu 0,7 % auswärtige Einrichtungen in Anspruch nehmen. Sie werden offensichtlich durch kreisansässige Einrichtungen ausreichend versorgt. Für Nutzer aus dem Schwalm-Eder-Kreis findet die Versorgung überwiegend außerhalb ihres Kreises statt. Sie streben sowohl nach Marburg-B. als auch in den nördlichen (Kasseler) Raum, der schwerpunktmäßig aufgesucht wird. Ursache ist ein mangelndes Versorgungsangebot vor Ort, das auch für den Landkreis Waldeck-F. charakteristisch ist. 40,1 % der Nutzer aus diesem Kreis werden außerhalb versorgt. Eine gemeindenähe ambulante Versorgung ist somit nur für den Landkreis Marburg-B. optimal realisiert.

Eine nicht-gemeindenähe Versorgung wirkt sich folgendermaßen aus: Mit zunehmender Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort nimmt der Anteil der Nutzer mit einer psychiatrischen Diagnose zu, während Behandlungsdauer und Kontakthäufigkeiten abnehmen. Die Auswirkungen eines unterschiedlichen Versorgungsangebots werden besonders deutlich, wenn man jeweils

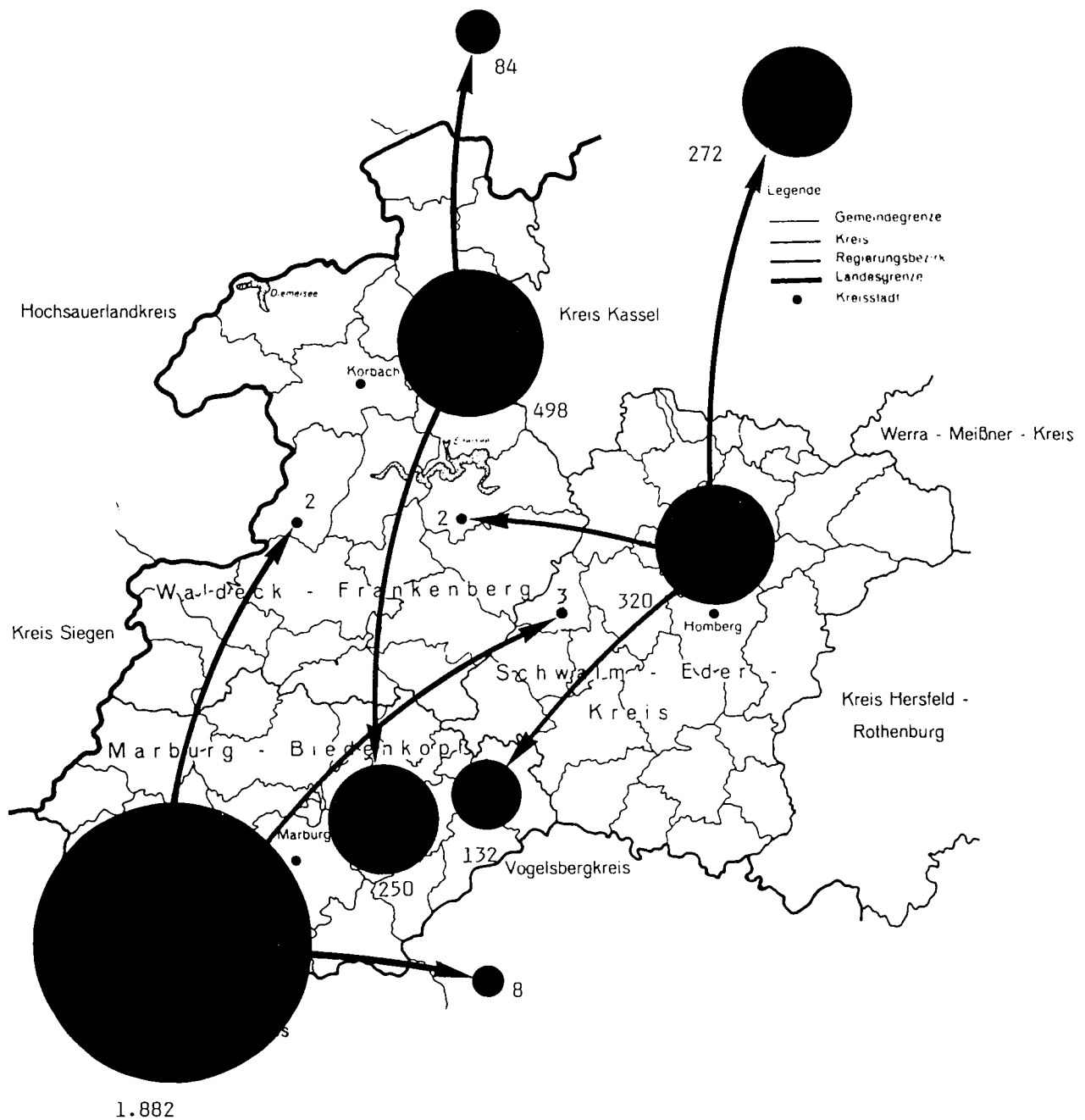


Abb. 2: Das Inanspruchnahmeverhalten ambulanter Nutzer unter 18 Jahren mit Wohnsitz in den Landkreisen der Modellregion.
Basis: 4 004 Nutzer ambulanter Einrichtungen mit Standort in und außerhalb der Modellregion

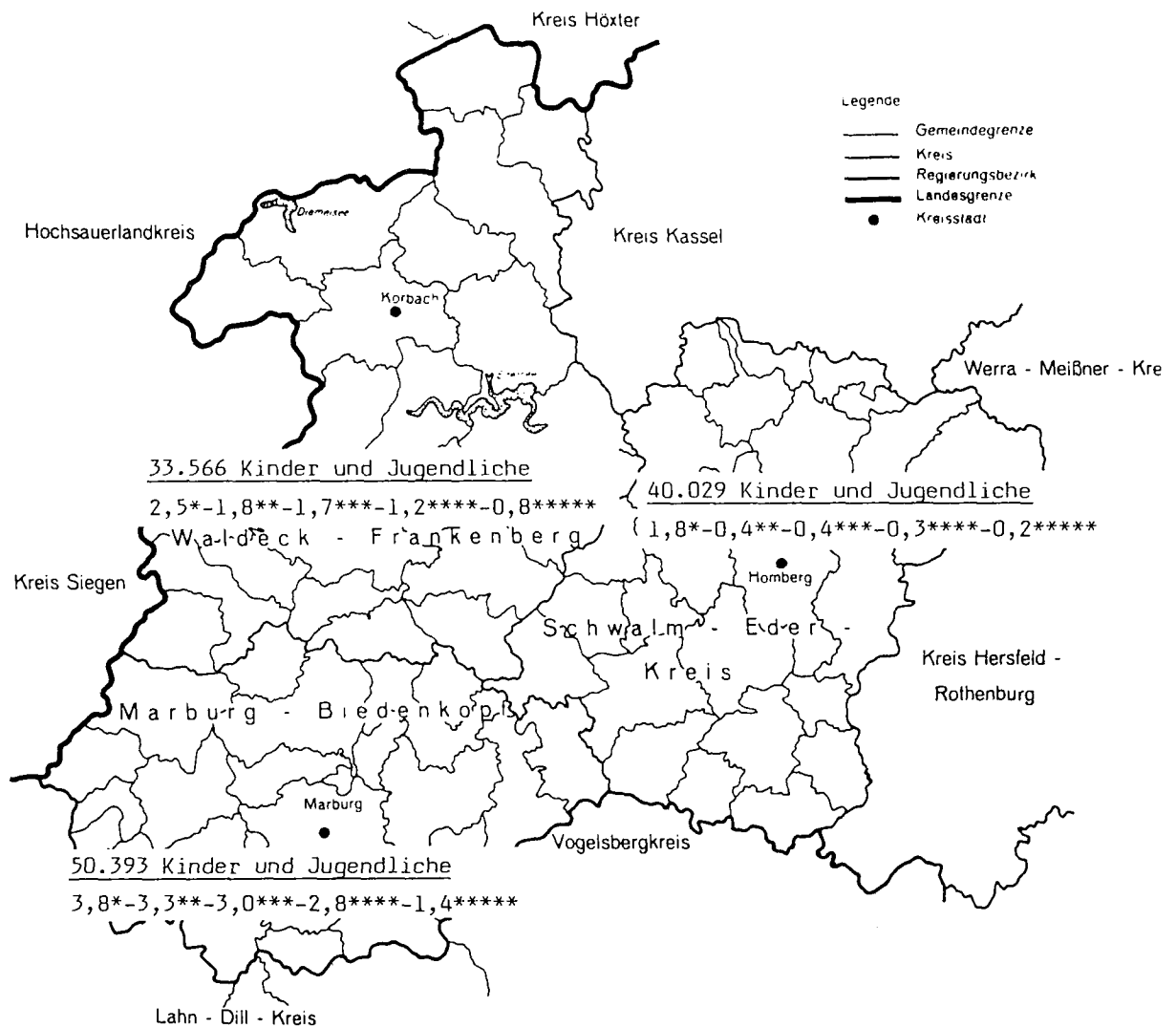
die Gesamtzahl der ambulanten Nutzer unter 18 Jahren auf die Einwohnerzahlen der unter 18jährigen relativiert. Man erhält auf diese Weise Inanspruchnahmeraten, die sich mit den Ergebnissen von Prävalenzuntersuchungen vergleichen lassen (vgl. Abb. 3).

Aus den Ergebnissen lassen sich zwei Schlußfolgerungen ziehen:

a) Die Inanspruchnahmeraten spiegeln das unterschiedliche Versorgungsangebot der drei Kreise wider. Im Kreis Marburg-B., wo das Angebot am größten ist, ist die Rate am höchsten und im Schwalm-Eder-Kreis,

der über das geringste ambulante Angebot verfügt, am niedrigsten. Offensichtlich wird die Inanspruchnahme von dem jeweiligen Angebot im Kreis beeinflusst. Der Schluß, daß Kinder und Jugendliche der drei Landkreise in unterschiedlichem Maße psychisch gesund bzw. krank sind, ist unwahrscheinlich, da sich die Kreise kaum hinsichtlich ihrer Sozial-, Wirtschafts- und Siedlungsstrukturen, die überwiegend ländlich geprägt sind, unterscheiden.

b) Selbst in dem relativ gut ausgestatteten Landkreis Marburg-B. erreicht die Inanspruchnahme nicht die minimale Morbiditätsrate von 5%, wie sie in in- und



Zeichenerklärung

- * ambulante Nutzer der Kreise aus dokumentierenden Einrichtungen in- und außerhalb der Modellregion
- ** ambulante Nutzer aus dokumentierenden Einrichtungen mit Wohnsitz in den Kreisen
- *** wie **, aber zusätzliche Selektion: Achsen 1,2,4 besetzt oder Angabe v. Symptomen
- **** wie **, aber zusätzliche Selektion: Achsen 1,2,4 besetzt
- ***** wie **, aber zusätzliche Selektion: nur 1. Achse besetzt

Abb. 3: Inanspruchnahmeraten der ambulanten Nutzer unter 18 Jahren pro Landkreis, relativiert auf die jeweiligen Einwohnerzahlen der Kinder und Jugendlichen (Stand: 31. 12. 83)

ausländischen Prävalenzuntersuchungen ermittelt wurde. Besondere Beachtung verdient eine sehr sorgfältig durchgeführte Untersuchung an einer auslesefreien Stichprobe von Schülern aus einem vergleichbaren ländlich strukturierten Gebiet (Castell, Biener, Artner 1980). Aufgrund von psychiatrischen und neurologischen Einzeluntersuchungen ermittelten die Autoren einen Anteil von 5% psychisch kranker und 13% verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher. Die Ergebnisse machen deutlich, daß der überwiegende Teil der eigentlich auffälligen und beratungs- bzw. behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ent-

weder überhaupt keine Hilfen in Anspruch nimmt oder keine speziellen Facheinrichtungen aufsucht. Man wird daher nicht die Aussage rechtfertigen können, daß die Landkreise mit Einrichtungen überversorgt sind.

3 Stationäre Versorgung

Abbildung 4 enthält die absolute Anzahl der in den beiden Marburger kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken stationär aufgenommenen Patienten pro Landkreis Hessens.

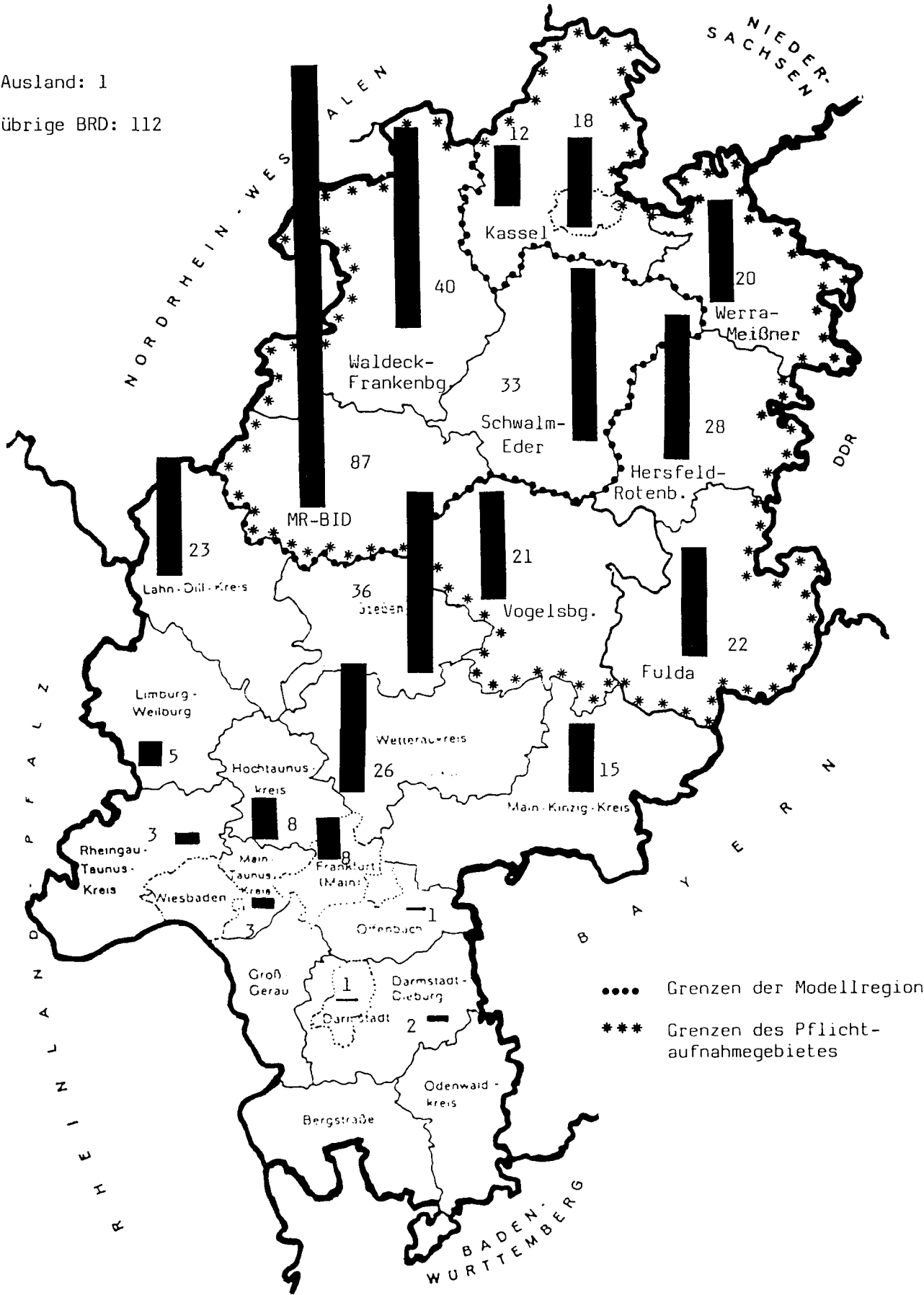


Abb.4: Anzahl der in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken aufgenommenen Patienten pro Landkreis (Dokumentationszeitraum: 1. 7. 83-30. 6. 84)

Nach der Definition der Enquête findet eine gemeindenah stationäre Versorgung ausschließlich für die Patienten aus Marburg-B. statt ($N = 87$), die aber nur 16,6% der Gesamtstichprobe ausmachen ($N = 525$). Die hohe Aufnahme­rate bei den Patienten aus Marburg-B. erklärt sich im wesentlichen durch die Tatsache, daß beide Kliniken ihren Standort im gleichen Kreis haben. Wie die Ergebnisse der folgenden Tabelle zeigen, wird aber die stationäre Inanspruchnahme nicht nur von der Entfernung zwischen Wohnort und Standort der Kliniken beeinflusst, sondern auch von der ambulanten Ausstattung der Herkunftsregionen. Um dies überprüfen zu können, mußte die Anzahl der stationären Patienten auf die Bevölkerung der unter 18jährigen relativiert werden. Die Auswertung wurde daher auch auf Patienten unter 18 Jahren (bei Aufnahme) beschränkt. Ferner wurden ausschließlich Patienten des Pflichtaufnahmegebietes berücksichtigt, zumal hier die ambulante Versorgungssituation bekannt war. Schließlich wurden auch die stationären Patienten einbezogen, die im gleichen Zeitraum in der nächstgelegenen kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Göttingen aufgenommen worden waren (Niedermarsberg hatte keine Aufnahmen aus diesem Gebiet).

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:
a) Mit zunehmender Entfernung zwischen Wohnort und Standort der Kliniken (Landkreise) nehmen die stationären Inanspruchnahmeraten signifikant ab (Vergleich H, I, J). Lediglich in der Tendenz trifft dies auch für Regionen mit (Vergleich A, B, C) und ohne (Vergleich E, F) ambulante Kernfeldeinrichtungen zu.

b) Regionen mit ambulanter Ausstattung weisen eine signifikant höhere stationäre Inanspruchnahmerate auf (Vergleich D mit G). Die stationäre Behandlungsdauer ist jedoch signifikant kürzer (s. Tab.2). Vergleicht man die Raten bei Konstanzhaltung der Entfernung (Vergleich B mit E, C mit F), dann sind die Unterschiede zwar ebenfalls vorhanden, jedoch nicht signifikant. Auch ein Vergleich der Gruppen B + C ($\text{Rate} = 0,0822$; Konfidenzintervall: $0,0636 - 0,1008$) mit $E + F = G$ führt zu keinem signifikanten Ergebnis. Erst unter Einbeziehung des Landkreises Marburg-B., bei dem die mit Abstand bessere ambulante Ausstattung und die Entfernung („Standorteffekt“) wirksam sind, ist die Rate der Regionen mit ambulanter Ausstattung signifikant höher (Vergleich D mit G).

Patienten die nicht gemeindenah versorgt werden, unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von den Patienten aus dem Standortbereich der Kliniken (Marburg-B.):

- sie sind bei Aufnahme um 1 Jahr älter ($\text{Mdn} = 15,1$ zu $14,2$),
- sie haben häufiger einen psychiatrischen Befund und schwerere Diagnosen,
- ihre Behandlungsdauer in Tagen ist mehr als doppelt so lang ($\bar{X} = 122,2$; $s = 181,3$; $N = 337$ zu $\bar{X} = 50,7$; $s = 69,6$; $N = 73$). Medianvergleich: $65,0$ ($Q = 56,6$) zu $32,0$ ($Q = 23,8$).

Um Aufschluß über den Einfluß der ambulanten Versorgung auf die Entwicklung der stationären Inanspruchnahmeraten zu erhalten, wurden die stationären Neuzugänge aus dem Pflichtaufnahmegebiet für den Zeitraum 01.01.1983 bis 30.06.1984 pro Halbjahr ausgewertet.

Tab. 1: Stationäre Inanspruchnahmeraten (%) in Abhängigkeit von den Variablen Entfernung und ambulante Ausstattung für die Städte und Landkreise des Pflichtaufnahmegebietes im Dokumentationszeitraum 01.07.1983 – 30.06.1984*

Entfernung vom Standort der Kliniken	ambulante Kernfeldeinrichtungen für Kinder und Jugendliche		
	vorhanden	nicht vorhanden	gesamt
Wohnort und Standort identisch	Marburg-B. 0,1548 A (0,1205–0,1891)	–	0,1548 H (0,1205–0,1891)
	Waldeck-F.	Schwalm-E. Vogelsberg	
an Marburg-B. angrenzend	0,1132 B (0,0772–0,1492)	0,0730 E (0,0519–0,0941)	0,0870 I (0,0684–0,1056)
entfernt	Werra-Meißner Kassel-Stadt	Fulda, Hersfeld-R. Kassel-Land	
	0,0642 C (0,0435–0,0849)	0,0514 F (0,0385–0,0643)	0,0556 J (0,0446–0,0666)
gesamt	0,1081 D (0,091–0,1252)	0,0589 G (0,0477–0,0701)	0,0804 K

* in der Tabelle sind die Konfidenzintervalle der Raten auf dem 5%-Niveau angegeben

Gezählt wurde jeweils die 1. Aufnahme eines Patienten in den Halbjahreszeiträumen (nur Marburger Kliniken), so daß jeder Patient nur einmal berücksichtigt wurde. Doppelnutzer beider Kliniken wurden nur einmal mit ihrer chronologisch 1. Behandlungsphase gezählt. Die Herkunftsregionen der Patienten wurden nach der Entwicklung im ambulanten Kernfeldbereich unterteilt in solche,

- in denen zwischen dem 01.01.1981 und 30.06.1984 zusätzliche ambulante Kernfeldeinrichtungen entstanden (Marburg-B., Waldeck-F., Kassel-Stadt),
- in denen während des obigen Zeitraums überhaupt kein ambulantes Kernfeldangebot existierte (Schalm-E., Vogelsberg, Fulda, Hersfeld-R., Kassel-Land),
- in denen das ambulante Kernfeldangebot konstant blieb (Werra-Meißner).

Als unabhängige Variable wurde somit die ambulante Ausstattung definiert, als abhängige die Zahl der Aufnahmen. Die folgende Abbildung enthält die Ergebnisse. Für die einzelnen Jahre wurden die Mittelwerte aus zwei Halbjahren zugrundegelegt. Der Werra-Meißner-Kreis als einzige „Region“ mit konstantem ambulanten Kernfeld (1 kinder- und jugendpsychiatrische Praxis) ist aus Übersichtlichkeitsgründen nicht in der Abbildung enthalten.

Die Ergebnisse machen folgendes deutlich:

- Im Zeitvergleich sinken zwar die stationären Aufnahmen insgesamt (für alle Regionen), der Abfall ist jedoch nicht signifikant.
- Betrachtet man die Entwicklung getrennt für die Regionen mit ambulanter Verbesserung und ohne ambulantes Angebot, dann stellt man bei *beiden* eine abneh-

mende Tendenz fest, die jedoch ebenfalls nicht signifikant ist. Die insgesamt sinkende stationäre Aufnahme rate läßt sich also nicht isoliert auf eine ambulante Verbesserung zurückführen.

- Aus Regionen, die über ein ambulantes Kernfeldangebot verfügen, werden zunächst relativ mehr Patienten stationär eingewiesen als aus Regionen ohne ambulantes Kernfeld. Die Differenz der Prozentwerte für das Jahr 1981 ist signifikant (Vergleich der Werte 1 und 4 in der Graphik). Der Abstand zwischen den Kurven verringert sich jedoch allmählich, am Ende des Dokumentationszeitraums (1. Halbjahr 1984) ist die Differenz der Prozentwerte nicht mehr signifikant (Vergleich der Werte 3 und 5 in der Graphik). Eine verbesserte ambulante Ausstattung führt also langfristig dazu, daß sich die Einweisungsraten an die Regionen ohne ambulantes Kernfeld annähern. Da hier nur ein Beobachtungszeitraum von dreieinhalb Jahren zugrundeliegt, wäre es denkbar, daß in späteren Jahren die Einweisungsraten der Regionen ohne Kernfeld sogar unterschritten werden. Vereinfacht ausgedrückt: kurzfristig produzieren ambulante Einrichtungen höhere stationäre Einweisungsraten, langfristig senken sie jedoch die Raten soweit, daß diese sich nicht mehr von den Regionen ohne ambulantes Versorgungsnetz unterscheiden. Der stationäre Entlastungseffekt tritt also erst verzögert (hier nach dreieinhalb Jahren) ein.

Die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen wird von der ambulanten Ausstattung nicht beeinflusst. Für Patienten aus Regionen des Pflichtaufnahmegebietes mit und ohne ambulantes Kernfeldangebot war der Unter-

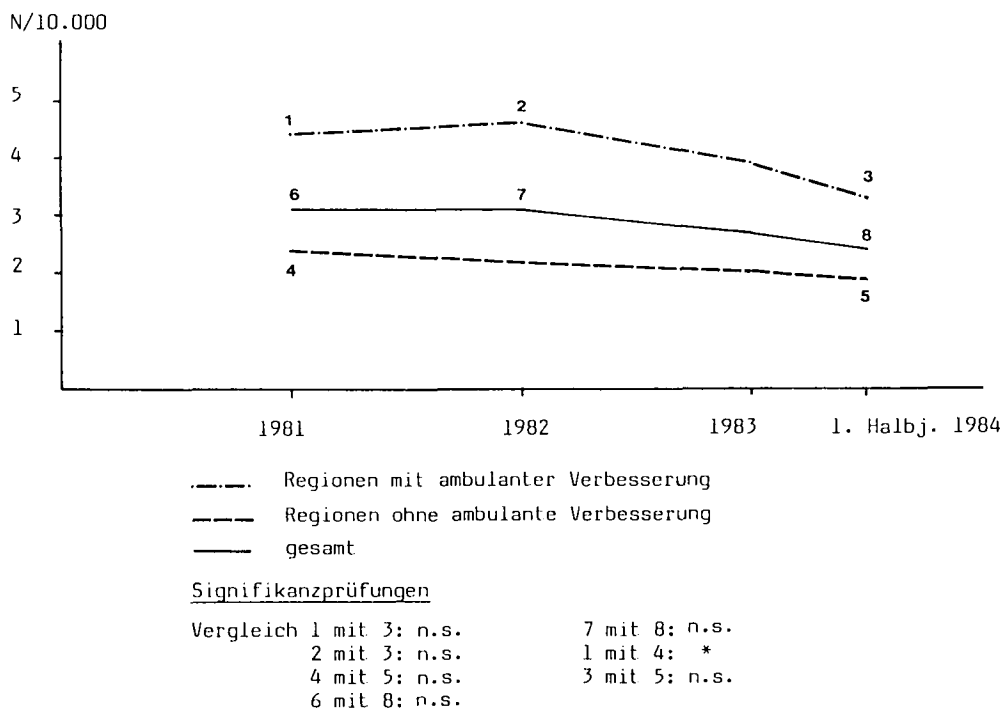


Abb. 5: Anzahl der stationär aufgenommenen Patienten (unter 18 Jahre) des Pflichtaufnahmegebietes, relativiert auf 10 000 Einwohner (unter 18 Jahre)

schied in der Summe der Behandlungsphasen für den Zeitraum von dreieinhalb Jahren nicht signifikant. Hingegen läßt sich nachweisen, daß die ambulante Ausstattung einer Region Einfluß auf die stationäre Behandlungsdauer hat. Ausgewertet wurde die kumulierte Behandlungsdauer aller Patienten des Pflichtaufnahmgebietes, die nach dem 01.01.1981 aufgenommen und vor dem 30.06.1984 entlassen wurden. Tabelle 2 zeigt, daß für Patienten aus Regionen mit verbessertem ambulanten Kernfeldangebot die stationäre Behandlungsdauer am geringsten ist.

4 Schlußfolgerungen

Aus den bisherigen Ergebnissen läßt sich der Schluß ziehen, daß über die Inanspruchnahme von Einrichtungen nicht nur das Vorhandensein klinischer Merkmale entscheidet bzw. die Behandlungsdringlichkeit (subjektiver Leidensdruck), sondern auch Variablen des Angebots und der Erreichbarkeit von Einrichtungen. Beide Faktoren wirken sich im ambulanten und stationären Bereich zusätzlich auf Intensität und Dauer der Behandlung aus. Nicht zuletzt wird auch die diagnostische Zusammensetzung der Klientel derart beeinflußt, daß mit zunehmender Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort die psychiatrischen Befunde zunehmen und die Erkrankungen schwerer werden. Dies bedeutet, daß Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher dazu tendieren auf Hilfe zu verzichten, wenn gemeindenähe Einrichtungen nicht vorhanden sind. Größere Entfernungen stellen ein zusätzliches Hindernis dar, die ohnehin schon vorhandenen Barrieren gegenüber psychiatrischen Einrichtungen zu überwinden. Dies macht deutlich, daß bei der

künftigen Versorgungsplanung mehr als bisher eine träger- und regionenübergreifende Koordination erforderlich ist, wie sie bereits von der Enquête-Kommission gefordert wurde. Neben humanitären stellen letztlich auch finanzielle Gesichtspunkte eine notwendige Veranlassung hierzu dar. Beim noch zu leistenden Auf- und Ausbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wird vor allem von politischer Seite immer wieder das Argument geäußert (neuerdings in Form des Schlagwortes „Psychiatisierung“), daß eine Überversorgung drohe und „Selbstheilungskräfte“ gelähmt würden. Tatsache jedoch ist, daß eher eine eklatante Unterversorgung – nicht nur in der hiesigen Modellregion – vorhanden ist. Das Problem besteht eher darin, durch Aufklärungsarbeit und Abbau von Vorurteilen den wesentlich größeren Anteil von Kindern und Jugendlichen zu erreichen, die trotz vorhandener Störungen und Behandlungsbedarf keine Hilfen in Anspruch nehmen. Es sind dies die psychiatrisch auffälligen Erwachsenen von morgen.

Summary

Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties

Psychiatric services for children and adolescents in three rural counties (575,000 inhabitants) were evaluated. During a one-year-period the referred population was almost completely recorded (N = 5,307). According to these data the utilization of outpatient services is influenced by the local supply of outpatient care. In well-equipped areas referral rates reach a comparatively high level; they don't exceed 3.8% of the unreferred peer

Tab. 2: Stationäre Behandlungsdauer in Tagen in Abhängigkeit von der ambulanten Ausstattung der Herkunftsregionen des Pflichtaufnahmgebietes (Aufnahmen ab 01.01.1981, Entlassungen bis zum 30.06.1984)

Regionen	N Patienten	Behandlungsdauer		Mdn	Q
		\bar{X}	s		
mit verbessertem ambulanten Kernfeldangebot	371	68,64	112,23	36,0	34,8
ohne ambulantes Kernfeldangebot	283	112,36	128,35	68,3	54,7
mit konstantem ambulanten Kernfeldangebot	39	123,74	149,38	57,0	56,8
gesamt	693	89,6	123,23	50,7	43,3

Signifikanzprüfungen (Rangsummentest):
Vergleich 1 mit 2: p = 0,0000
Vergleich 2 mit 3: p = 0,7761
Vergleich 1 mit 3: p = 0,0008

group, though. Markedly higher rates had been found in community surveys where prevalence estimates amounted to 7% at least. The attendance of child and adolescent psychiatric hospitals depends on the availability of community-based outpatient care as well as on the distance between living-place and place of residential care. With growing distance admission rates decrease, whereas the duration of hospital stays increases. The provision of specialized outpatient services is correlated to high percentages of hospital referrals from that area, on the other hand it will reduce the duration of hospital stays. Inpatients from counties not appropriately served by outpatient facilities have significantly longer stays. During an interval of 42 months hospital admissions (referred to the number of inhabitants) shrank in those counties where outpatient services for children and adolescents had been improved.

Literatur

Castell, R., Biener, A. u. Artner, K. (1980): Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Münch. Med. Wschr. 122, 591-592. – *Enquête-Kommission* (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. BT-Drucksache 7/4200. – *Remschmidt, H., Schmidt, M.* (Hrsg.) (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern, Huber. – *Remschmidt, H., Walter, R., Kampert, K.* (1986): Der mobile kinder- und jugendpsychiatrische Dienst: Ein wirksames Versorgungsmodell für ländliche Regionen. ZS Kinder-Jugendpsychiat. 14, 63-80.

Anshr. d. Verf.: Dipl. Psychologe R. Walter, Dipl. Psychologin K. Kampert, Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Hans-Sachs-Straße 4-6, 3550 Marburg.