

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik,
Zentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort

Evaluation der Behandlungszufriedenheit in einer
kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik am Beispiel
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg vorgelegt von

Doris Hoffmann
aus Hamburg

Hamburg, 2006

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende:

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in:

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in:

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Literaturrecherche	2
1.3	Theoretische Annäherung	2
1.4	Empirische Forschungsergebnisse	8
1.5	Diskussion des Stands der Forschung	11
1.6	Fragestellung und Hypothesen.....	11
1.7	Ziel der Arbeit.....	12
2.	Methode.....	13
2.1	Wahl des Forschungsdesigns und des Datenerhebungsverfahrens	13
2.2	Variablenauswahl und –definition	14
2.3	Funktionelle Variablenzuordnung.....	15
2.4	Operationalisierung.....	15
2.5	Stichprobenansatz	18
2.5.1	Stichprobenzusammensetzung hinsichtlich der Patienten.....	18
2.5.2	Stichprobenzusammensetzung hinsichtlich der Interventionen	20
2.5.3	Vergleich mit Klinischer Stichprobe	23
2.6	Datenerhebung	24
2.7	Auswertungsverfahren	26
3.	Ergebnisse.....	27
3.1	Art der Ergebnisdarstellung	27
3.2	Hauptergebnisse	27
3.2.1	Die Urteile der einzelnen Personen aufgeschlüsselt nach Skalen des FBB	27
3.2.2	Intrakorrelationen.....	28
3.2.3	Interkorrelationen.....	28
3.2.4	Zusammenhänge zwischen Variablen aus der Basisdokumentation und den Skalenwerten der Beurteiler	29
3.2.4.1	Zusammenhänge zwischen dichotomen Kategorialvariablen und den FBB- Gesamturteilen.....	29
3.2.4.2	Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Items aus der BADO und den Gesamtbewertungen der verschiedenen Urteiler	30
3.2.4.3	Zusammenhänge zwischen trichotom kategorialskalierten Items und den Gesamtbewertungen der verschiedenen Urteiler.....	30

3.2.4.4 Zusammenhänge zwischen ordinalskalierten Erfolgsmaßen und den Gesamtbewertungen der verschiedenen Urteiler	31
3.3 Nebenergebnisse	31
4. Diskussion	32
4.1 Hauptergebnis	32
4.2 Methodische Kritik.....	32
4.3 Diskussion der Einzelergebnisse	33
4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick	41
Zusammenfassung	43
Literatur	45
Anhang	50
Danksagung	66
Lebenslauf	67
Erklärung	68

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Krankenhäuser sind seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen. Diese Maßnahmen erstrecken sich auf die Qualität der Behandlung, Versorgungsabläufe und Behandlungsergebnisse, müssen vergleichende Prüfungen ermöglichen und „haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern“. Zudem müssen die Krankenhäuser „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln“ (SGB V, §135a, anzuwenden ab 01.08.2002). Tun sie dies nicht oder nicht ausreichend, drohen ihnen Vergütungsabschläge. Daneben sieht das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 u.a. eine verstärkte Kosten-Nutzen-Orientierung vor; die Behandlungen müssen in ihrem Inhalt und Umfang vor den Sozialversicherungsträgern gerechtfertigt sein.

Doch nicht nur der gesetzliche Druck und der Legitimationsdruck steigen, auch die Erwartungshaltung und Informiertheit der Patienten ist heutzutage höher als zuvor (vgl. Konopka et al., 2001) – „Kundenzufriedenheit“ und Transparenz müssen durch den Dienstleister Krankenhaus herbeigeführt werden. Letztlich ist „Therapie nicht als einseitige Einflussnahme, sondern als Tätigkeit im Auftrag der Patienten und ihrer Angehöriger aufzufassen“, bzw. eine „für den Patienten...überschaubare Angelegenheit“ (Mattejat, 1998). Trotz aller Gesetze und Erwartungshaltungen steht der Patient immer noch im Mittelpunkt der Behandlung und Fehltherapien, die evtl. noch zu Chronifizierungen führen, sind dringlichst zu vermeiden. Er sollte eine möglichst optimale und moderne Behandlung erhalten.

Wie können nun aber die Effektivität und Effizienz speziell einer kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie ermittelt werden? Man muss dazu den Erfolg der Therapie messbar machen, was in der Psychiatrie schwierig ist, wo wegen individueller Verläufe und Behandlungspläne z.B. nur wenige Behandlungsstandards vorliegen (Wetterling et al., 1998). Es gibt leider keine standardisierten und einfachen Parameter wie in der somatischen Medizin z.B. den Blutdruck oder die Tumorgröße. Auch gibt es bisher nur wenige psychopathometrische Verfahren, mit denen Veränderungen reliabel gemessen werden können. Ein Ausweg aus dieser Problematik ist die Erfassung der Zufriedenheit (Becker et al., 2001). Die „Kundenzufriedenheit“ bietet sich als Qualitätskriterium an, da jeder Patient bei seelischen Leiden seinen persönlichen Therapieerfolg anders definiert. (vgl. Ludewig, 1993, de Shazer et al. 1986) Dies zu messen, wäre sinnvoll. Vorreiter dieser Art von Erfolgsmessung sind die USA und Großbritannien mit ihren Studien über „patient satisfaction“ (z.B. Judge, Solomon, 1993).

Eine Erhebung, die nur den Patienten berücksichtigt, ist jedoch einseitig und wenig objektiv. Man weiß nicht, ob die Urteile psychisch Kranker verlässlich sind. Die Meinung des sachlicher beobachtenden Therapeuten und der Eltern, die ihr Kind schließlich am längsten kennen und auch so kennen, wie es vor der Erkrankung war, könnte zu zuverlässigeren Ergebnissen durch Multiperspektivität führen. Qualitätssicherungsmaßnahmen allgemein müssen einigen Anforderungen gerecht werden, um in der Praxis eingesetzt werden zu können. So sollten die beteiligten Personen (Patienten, Eltern, Therapeuten) das Instrument akzeptieren, da es ansonsten nur als lästig oder störend empfunden wird. Die angestrebte Transparenz ist für manche Mitarbeiter evtl. belastend, da sie darin eine Kontrolle ihrer eigenen Tätigkeit befürchten und sich in ihrer Freiheit eingeschränkt fühlen. Diesen Bedenken kann nur mit Aufklärung entgegengetreten werden, denn die Notwendigkeit der Qualitätssicherung steht über den Einzelinteressen der Angestellten.

1.2 Literaturrecherche

Es wurde eine Literaturrecherche in den Abstractdatenbanken Medline, Embase, Psynex, Psychlit zu den Stichwörtern „Behandlungsqualität“, „Zufriedenheit“, „FBB“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Dabei wurden 245 relevante Treffer erreicht.

Bei den in dieser Arbeit genannten Quellen handelt es sich in 66% um empirische, in 34% um theoretische Forschungsarbeiten (N=41).

1.3 Theoretische Annäherung

Wie kann Erfolg in der Psychiatrie gemessen werden?

Die Frage, inwieweit psychiatrische Patienten, die eine große Individualität aufweisen, psychopathometrisch zufriedenstellend und vergleichbar erfasst werden können, ist bisher kaum diskutiert worden (vgl. Wetterling et al. 1998). Schneider et al. (2001) betonen dies ebenfalls, indem sie sagen, dass der derzeitige Stand von Untersuchungen zur Qualitätssicherung in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie im Jahre 2001 nur selten über theoretische Erörterungen, Diskussionen und Absichtserklärungen sowie über Berichte zu Qualitätszirkeln im Sinne der internen Qualitätssicherung hinausgehe.

Therapiedauer als Erfolgsparameter?

Die Messung der Qualität einer psychiatrischen Behandlung erfordert mehr als das Erfassen einfacher Parameter, wie es vielleicht in anderen medizinischen Disziplinen möglich ist. In der Chirurgie kann z.B. die Rate der postoperativen Komplikationen anhand der Liegedauer bestimmt werden. Dies funktioniert in der Psychiatrie anscheinend nicht: in einer Studie von Wetterling et al. 1998 in der Lübecker Psychiatrischen Klinik wurde u.a. jene Liegedauer als Qualitätskriterium untersucht, jedoch kam man zu keiner Korrelation mit den Werten des Selbsteinschätzungsbogens SCL-90-R. Statt der Liegedauer untersuchte Cummings (1977) die Anzahl der Sitzungen als einen Faktor zur Beurteilung der Effektivität, bzw. Kosten-Nutzen-Relation. Er kam zu dem Ergebnis, dass die sehr kurze Psychotherapie von 1-4 Sitzungen am effektivsten abschnitt. Je mehr Sitzungen stattfanden, desto weniger überwog der Nutzen die veranschlagten Kosten. Jedoch bedeutet Effektivität aus ökonomischer Sicht nicht immer gleich Heilung, sondern kann auch meinen, dass jemand im Alltag gut funktioniert und keine Kosten verursacht. Sieht man einmal von den Kosten ab und beobachtet die Heilung der Erkrankungen, so ist festzustellen, dass die längerdauernden Therapien die größten Erfolge liefern. So zeigen Renschmidt und Mattejat 2001 z.B., dass Therapiedauern von über 2 Jahren in ihrer Untersuchung die größten Erfolgsquoten hatten (58,9% der Patienten hatten einen signifikanten Erfolg) und dass Dauern von einem bis 90 Tagen die geringsten Erfolgsquoten brachten (25,3-34,6%). Der Erfolg einer Therapie scheint sich also nicht so einfach an ökonomischen Aspekten festmachen zu lassen.

Aspekt der Zufriedenheit

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Störungen meist multifaktorieller Genese und das Krankheitserleben, sowie dadurch ausgelöste Belastungen haben subjektiven Charakter (Reisel et al. 1998). Die Therapie funktioniert großenteils ebenfalls über subjektive Werte, wie z.B. Vertrauensverhältnisse oder Sympathien. Man kann subjektive Einschätzungen über die Behandlung mit den Begriffen Zufriedenheit und Unzufriedenheit beschreiben. Zufrieden sein meint lt. Duden (1999): „sich mit dem Gegebenem, den gegebenen Umständen, Verhältnissen im Einklang befindend und daher innerlich ausgeglichen und keine Veränderung der Umstände wünschend“. Bezogen auf eine psychiatrische Behandlung aus Sicht eines Beteiligten wäre gemeint: „Die Therapie, so wie sie war, hat mir gefallen und meine Erwartungen erfüllt.“ Zur Evaluation wäre es nun nötig, diese subjektiven Einschätzungen über die Therapie zu erfassen. Es stehen bisher aber nicht allzu viele Instrumente zur Verfügung, diese zu messen (mehr dazu in Kap. 1.4). Die Zufriedenheit als Aspekt, mit dem man die Qualität einer Behandlung messen kann, beschäftigte bereits diverse Autoren, im folgenden sei eine Zusammenfassung dieser Untersuchungen gegeben. Die Tatsache, dass im nordamerikanischen und im englischen Raum eine große Anzahl von Publikationen und entwickelten Instrumenten zum Thema

Patientenzufriedenheit existieren, weisen nach Voigt und Deck (1995) darauf hin, dass zumindest die hohe Relevanz dieses Themas weitgehend unbestritten sei. Man muss bei dieser Betrachtung jedoch die unterschiedlichen Mentalitäten und die verschiedenen Gesundheitssysteme beachten. Bast und Trenckmann stellen 1995 ebenfalls fest: „Es gibt erst wenige deutschsprachige Ansätze, die Sicht des Patienten systematischer zu erheben.“ Vorbild der Patientenzufriedenheitsforschung sei die patient`s-/consumer satisfaction - Forschung in USA und Großbritannien seit Ende der sechziger Jahre. In der Bundesrepublik Deutschland hingegen liegen darüber nur wenige Studien vor. Die Gründe hierfür seien lt. Schmidt et al. (1989) einerseits methodische Probleme, z.B. „Fehlen anerkannter Erhebungsinstrumente, mangelndes Know-how“ und andererseits eine „gewisse Brisanz“ des Themas. Dass man Zufriedenheit als Rechtfertigung für die Richtigkeit und Angemessenheit psychiatrischer Behandlung verwenden kann und Unzufriedenheit der Anstoß für eine Veränderung sei, konstatieren Bast und Trenckmann (1995). Zusätzlich steigere Zufriedenheit die Beziehungskontinuität und beeinflusst das Inanspruchnahmeverhalten. Dass sie ebenfalls die Motivation beim Patienten erhöht, die empfohlene Therapie durchzuführen, damit also die Compliance anhebe, erscheint logisch (vgl. Voigt/Deck, 1995). Ebenfalls für die Erhebung des Aspekts der Zufriedenheit sprechen sich Reisel et al. (1998) aus, die aus Nachteilen von indirekten Messungen (genannt ist der CBCL) folgern, dass sich Evaluationsstudien am subjektiven Erleben orientieren sollten und Veränderungen daran festmachen sollten.

Einflussfaktoren der Zufriedenheit

Aust (1994) räumt methodische Schwierigkeiten ein, denn die Interpretation der subjektiven Äußerungen...müsse stets unter Berücksichtigung der Patientenrolle erfolgen. Diese ist bei einer Untersuchung der Zufriedenheit stets zu beachten, denn letztere hängt ab von Erwartungen, die wiederum von der spezifischen Situation des Kranken, bzw. Wieder-Gesundeten bestimmt werden. Die Erwartungen der einzelnen Beteiligten hängen zudem auch ab von sozioökonomischen Umständen oder dem Einfluss der Medien auf die öffentliche Meinung, die wiederum z.B. das Bild vom Arzt, bzw. Krankenhaus prägt (vgl. Aust, 1994). Die Patientenrolle wiederum ist bestimmt durch die besondere Situation des Kranken, der alle Verantwortung in die Hände des Arztes legt und Hilfe erwartet. Gegenseitige Rollenerwartungen, Abhängigkeit und Sanktionsangst bestimmen das Verhältnis zwischen beiden (vgl. Aust, 1994). Voigt und Deck (1995) definieren Zufriedenheit wie folgt: „Die Differenz von Erwartungen und Wahrnehmungen bewirkt eine subjektive Befindlichkeit, die bezogen auf den Ort Krankenhaus den Begriff Patientenzufriedenheit bestimmt.“ Erwartungen sind jedoch auch veränderbar durch Erfahrungen oder Lernprozesse und bei weitem nicht ein Leben lang konstant. Daher wird ein Patient, der zeitlich versetzt die identische Therapie erhält, die er schon einmal bekommen hat, sicherlich anders urteilen als beim ersten Mal. Er hat in der Zwischenzeit wieder Eindrücke

gesammelt und Erfahrungen gemacht - nicht zu vergessen, dass die Anfangstherapie noch nachhallt - die ihn in seiner Meinungsbildung beeinflussen. Der Mensch ist schliesslich kein geschlossenes System, sondern in seiner Persönlichkeit veränderbar.

Mögliche Fehlerquellen bei der Messung der Zufriedenheit

Wendet man nun Instrumente an, welche die (Patienten-) Zufriedenheit messen, muss bedacht werden, dass es auch Fehlerquellen bei dieser Art von Untersuchung gibt. Aust (1994) hat Zufriedenheitsuntersuchungen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung kritisch hinterfragt und auf ihren Aussagewert hin überprüft. Dabei stellt sie fest, dass sich die Antworten der Patienten in verschiedenen Studien über die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung widersprechen. Es würde oft ein positives Urteil auch dann abgegeben, wenn die Erwartungen nicht erfüllt worden waren. Die Beweggründe der Patienten dazu seien u.a. „die große Autorität des Arztes und die besondere Situation des Kranken, aber auch die Unfähigkeit auf beiden Seiten, eingefahrene Verhaltensmuster zu überwinden“. Weitere von Aust aufgeführte Gründe für eine nicht wahrheitsgetreue oder ungenaue Beantwortung der Fragen sind:

- 1) Tendenz, bei Zufriedenheitsumfragen eher positive Urteile abzugeben
- 2) Erleichterung über die stattgefundenene Genesung
- 3) Der Halo-Effekt: ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient führt zu einer negativen Bewertung auch in anderen Bereichen.
- 4) Der Patient bewertet die fachliche Qualifikation nur subjektiv- er hat keine medizinische Ausbildung.

Auch könne man Unterschiede in der Beantwortung durch verschiedene Gruppen feststellen: so sei die Beeinflussung in der Meinung der Patienten durch die Autorität des Arztes abhängig von der sozialen Schicht. Das Anspruchsniveau der Patienten, welches wiederum die Zufriedenheit bestimmt, sei ebenfalls vom sozialen Status, Bildungsstand und Alter abhängig. Junge und gebildete Patienten seien wiederum kritischer, die Kommunikation mit dem Arzt fiele ihnen ebenfalls leichter (vgl. Aust, 1994). Die spezielle Situation, dass Krankheit geheilt wird und dass man für die vorübergehende Situation Unannehmlichkeiten in Kauf nimmt, senkt die Erwartungshaltung und erhöht somit gleichzeitig die Zufriedenheit. Chronisch erkrankte Patienten wiederum würden häufiger Kritik an ihren Ärzten äußern (vgl. Aust, 1994). Wie bei allen Befragungen von Patienten spielt auch bei der Angabe der Zufriedenheit das Phänomen der sozialen Erwünschtheit eine Rolle. Jedoch stellt Raspe (1983) fest, dass es erheblicher Unzufriedenheit bedürfe, um sich von der soziale Erwünschtheit einer positiven Antwort zu lösen. Kognitive Dissonanz sei lt. Aust (1994) der Grund dafür, dass das Anspruchsniveau nachträglich herabgesetzt werde, wenn Erwartung und Ist-Zustand nicht kongruieren.

Allgemeine Probleme bei Untersuchungen mit Fragebögen

Welches Problem auch bei anderen Erhebungen immer besteht, ist der Umstand, dass Menschen, die eine Beantwortung von Fragen verweigern, oft auch kritisch gegenüber der stattgefundenen Behandlung sind. Somit findet hierdurch bereits eine Selektion von Meinungen in die Richtung statt, dass negative Bewertungen aus der Untersuchung herausfallen (vgl.: Schmidt et al (1989) und Cleary et al. (1991). Die Zusammenstellung, bzw. Anordnung der Fragen bestimmt ebenfalls das Ergebnis: so werden identische Fragen, die in verschiedener Anordnung stehen, zu unterschiedlichen Antworttendenzen führen, da vorausgegangene Fragen den Testteilnehmer in bestimmte Stimmungen versetzen oder Dinge in Erinnerung rufen können (vgl. Judge/Solomon, 1993).

Beschreibung des Therapiestandards

In dieser Arbeit soll die stationäre Behandlung im UKE mit Hilfe der subjektiver Urteile evaluiert werden. Um die stattgefundenene Behandlung bewerten zu können, muss zunächst festgestellt werden, ob sie den Standards der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung entspricht. Die Standards sind im folgenden erläutert. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser haben 1993 Grundsätze bzw. **Richtlinien der stationären kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung** herausgegeben (vgl. Specht und Anton, 1995). Darin heißt es u.a.:

- 1) Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Erkennung und Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen oder Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt.
- 2) Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen sind nach den Begriffsbestimmungen des §2 Ziff.1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und entsprechend den Bestimmungen in § 107 Abs.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) Einrichtungen, in denen durch ärztliche, pflegerische und sonstige Hilfeleistung psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Krankheiten und Behinderungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert, geheilt oder gelindert werden und in denen deren Verschlimmerung verhütet wird.
- 3) Bei der Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter ist es unerlässlich, die Erwachsenen in die Diagnostik und Behandlung einzubeziehen, die für die gesunde Entwicklung der Persönlichkeit und die soziale Integration des Kindes oder Jugendlichen Verantwortung tragen.
- 4) Bei der stationären Behandlung eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen müssen die Beziehungen zum sozialen Herkunftsbereich soweit wie möglich erhalten

werden, z.B. durch den Besuch der Herkunftsschule oder durch die Benutzung von Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur. Eine familiennahe Versorgung ist nur möglich, wenn die Patienten, ihre Familien und die Mitarbeiter anderer Dienste der psychosozialen Versorgung die Klinik/Abteilung mit einem zumutbaren Aufwand erreichen können.

- 5) Diagnostik und Therapie muss so ambulant wie möglich erfolgen; deshalb muss jede Klinik/Abteilung über eine personell ausreichend ausgestattete Ambulanz verfügen.
- 6) Die Möglichkeit zu integrierter tagesklinischer Behandlung, ein Angebot, das den entwicklungsbedingten Besonderheiten psychisch kranker Kinder und Jugendlicher besonders angemessen ist, sollte gewährleistet sein.
- 7) Für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung stehen, bezogen auf 100.000 Einwohner, fünf bis sieben Plätze zur Verfügung. Etwa 20 Prozent der Behandlungsplätze sollten als tagesklinisches Angebot verwirklicht werden.
- 8) Die stationäre Grundversorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst folgende Behandlungsbereiche: Regel- und Intensivbehandlung, rehabilitative Behandlung, langdauernde Behandlung von Schwer- und Mehrfachkranken, Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kindern und Bezugspersonen), tagesklinische Behandlung und ambulante Behandlung und Diagnostik.
- 9) Behandlungsaufgaben für besondere Problemgruppen (z.B. Epileptiker, Schwerst- und Mehrfachbehinderte, Patienten mit autistischen Syndromen, drogenabhängige und suchtgefährdete Jugendliche) können überregional einzelnen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken/Abteilungen zugeordnet werden.

Indikationen zur stationären Aufnahme

Zu Anfang der stationären Therapie steht aber noch immer die Entscheidung, dass der Patient in die Klinik aufgenommen werden muss, um eine bestmögliche Therapie zu erhalten und dass man auf ambulantem Wege nicht den Erfolg haben wird. Die Indikation zur stationären Aufnahme besteht, wenn eine ambulante oder teilstationäre Therapie schon versucht wurde oder es von vornherein absehbar ist, dass diese nicht zum Erfolg führen können. Dies kann unter folgenden Aspekten gegeben sein (vgl. dazu Specht, Anton 1995):

- 1) Die psychische Krise, Störung oder Beeinträchtigung ist besonders ausgeprägt oder es sind verfestigende und eskalationsfördernde Bedingungen im Lebensfeld beteiligt, die sich kurzzeitig nicht beeinflussen lassen.
- 2) Klärung und Behandlung erfordern ein multidisziplinäres medizinisches, psychologisches, pädagogisches Zusammenwirken sowie ständige therapeutische Beziehungen oder/und einen besonderen Schutz bei selbst- oder fremdgefährdetem Verhalten.

Stationär behandelte Störungsbilder

Die Störungsbilder, die typischer Weise stationär behandelt werden reichen von Psychosen, über schwere neurotische Entwicklungen (Zwangsneurosen, Angstneurosen inklusive Schulphobien, schwere Hysterien), Anorexie und Bulimie, ausgeprägte affektive Störungen (depressive und manische Zustände), schwer depressivem suizidalem Verhalten, ausgeprägten expansiven Verhaltensstörungen (z.B. Enkopresis und ausgeprägte Entwicklungsverzögerungen) und Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Klosinski, 1997 und Specht/Anton, 1995).

Allgemein lässt sich zum Konzept von stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie noch hinzufügen, dass sie dem Leitsatz folgen sollte: "So viel Schonraum wie nötig, damit Überforderungen und Dekompensationen verhindert werden, und so viel Belastung wie zumutbar, um Entwicklungen anzuregen" (Zauner, 1975, zitiert in Lopez Plaza-Stock, 2002).

1.4 Empirische Forschungsergebnisse

Laut den Entwicklern des FBB (Mattejat, Remschmidt, 1998) stehen bisher nicht allzu viele Instrumente zur Verfügung, die subjektive Einschätzung über die Therapie zu messen (Mattejat und Remschmidt, 1998), u.a. gibt es zur Messung der Zufriedenheit mit der Behandlung den o.g. FBB (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung), den EBE (Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolges) von Reisel und Floquet (vgl. dieselben, 1998), Fragebogen zur Zufriedenheit von Klienten nach Gould/Shaffer (Client Satisfaction Scale, 1981, adaptiert von Kammerer, 1989 und von Steinhausen, 1983b), parallel dazu den ZUF-8 (Zufriedenheitsfragebogen) nach Schmidt et al. (1989), der auf den CSQ (Client Satisfaction Questionnaire nach Attkinson/Zwick, 1982) aufbaut und ein Instrument für chronisch Kranke (Linn und Greenfield, 1982). Im folgenden werden Untersuchungen zur Zufriedenheit beschrieben, die teilweise mit o.g. Instrumenten durchgeführt wurden und teilweise individuelle Fragebögen als Grundlage hatten.

Untersuchungen mit dem FBB

Der FBB als Messinstrument für Zufriedenheit mit der Behandlung wurde angewendet in einer Evaluation zur integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Hain et al., 2001) (N=6) in der Eltern- und Lehrerversion, zusammen mit diversen anderen Testinstrumenten. Abschließend wurde festgestellt, dass die Wirksamkeit der Therapie nicht befriedigend war. Zander et al. machten 2001 ebenfalls u.a. mit Hilfe des FBB eine Untersuchung zur „Effektivität eines

systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (N=43). Dabei wurde die „Beziehung zum Therapeuten“ am besten und die „allgemeinen Rahmenbedingungen“ am schlechtesten bewertet. Die Beurteilungen der Väter fallen kritischer aus als die der Mütter und die Therapeutenurteile besser als die der Familie, speziell auch in der Beschreibung der Familienbeziehungen. Allein unter Verwendung des FBB wurde eine Untersuchung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Marburg (N=106) gemacht, von der Quaschner (1998) berichtet. Darin fallen die Therapeutenurteile über den Behandlungserfolg schlechter aus als die der Eltern, für die anscheinend „andere Maßstäbe, Ziele und Erwartungen“ (Quaschner, 1998) gelten. Der Autor betont aus dieser Heterogenität heraus, dass ein mehrperspektivischer Ansatz bei der Behandlungsbeurteilung nötig sei. Beim Therapeutenurteil schnitt der Behandlungserfolg beim Patienten besser ab als die Veränderungen in der Familie. Die Urteile der Eltern den Behandlungserfolg betreffend sind stärker von Beziehungsfaktoren abhängig als von der Symptomverbesserung. In den Stichproben (N=101; N=114; N=584), in denen Matzejat und Remschmidt den FBB (1998) getestet haben, fallen ähnliche Tendenzen auf: Patienten und Eltern beurteilen Prozessqualität immer günstiger als die Erfolgsqualität. Die Therapie wird am ungünstigsten von den Therapeuten, am besten von den Eltern eingeschätzt. Positive Veränderungen in den Familienbeziehungen werden häufiger von den Familienmitgliedern selbst konstatiert als von den Therapeuten, die die Veränderungen als weniger stark einschätzen. Der Erfolg bezüglich des Patienten wird von allen Beurteilern besser bewertet als der Erfolg hinsichtlich der Eltern und der Familie.

EBE- Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolges

Der EBE wurde zusammen mit zwei anderen Instrumenten angewandt in einer katamnestischen Studie von Reisel et al. (1998) zur Untersuchung von Behandlungserfolg, Akzeptabilität, Therapiezufriedenheit und Compliance bei den Eltern von Patienten (N=61) einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station für Heilpädagogik und Psychosomatik. Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass Evaluationsstudien sich am subjektiven Krankheitserleben und den subjektiven Belastungen orientieren müssen und Veränderungen daran festmachen sollen. Konkret fanden sie heraus, dass Angebote dann als hilfreich und unterstützend erlebt werden, wenn sie auf die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse der Patienten und Eltern eingehen. Entlassungsempfehlungen sollten bereits früh eingeleitet werden, sodass sie bei der Entlassung schon im familiären Alltag integriert sind (vgl. Reisel et al., 1998).

Von Kammerer erweiterte „Client Satisfaction Scale“ nach Gould/Shaffer

Kammerer stellte 1985 mit einem adaptierten Fragebogen zur Zufriedenheit von Klienten von Gould und Shaffer (1981) Meinungen und Bewertungen stationärer jugendpsychiatrischer

Therapie aus Sicht der Patienten und der Eltern gegenüber (N=176). Dabei wurden die Verhältnisse zum Therapeuten und die Bewertung der geleisteten Hilfestellung von den beiden Gruppen verschieden beurteilt. Die Jugendlichen konnten „eine Fülle differenzierter Meinungen zu Begleitumständen und Faktoren unseres stationären Behandlungsangebots liefern...als auch symptomatische Effekte differenziert bewerten“ (Kammerer, Göbel, 1985). Die Elternurteile zu den Beziehungsangeboten durch Therapeuten, bzw. Betreuer für sie und ihr Kind waren jedoch ausgesprochen positiv ausgefallen (Kammerer et al., 1984).

Von Steinhausen adaptierte „Client Satisfaction Scale“ nach Gould/Shaffer

Ebenfalls aufbauend auf dem Interviewleitfaden zur Zufriedenheit von Klienten von Gould und Shaffer (1981) wurde an der FU Berlin eine Studie zur „elterlichen Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik“ (Steinhausen, 1983b) durchgeführt (N=146). Das Ergebnis war eine überwiegend positive Bewertung, die unabhängig von Parametern wie Alter, Geschlecht, Diagnose etc. war. Allerdings zeigte sich eine hochsignifikante Korrelation zwischen elterlicher Zufriedenheit und Bewertung der Veränderung des Problems.

Rittmannsberger et al. mit Fragen zum Good-Milieu-Index

Eine andere Untersuchung zur Patientenzufriedenheit lief 1991 auf einer offenen Station eines psychiatrischen Landeskrankenhauses in Österreich (N=85), vorgestellt wurde diese von Rittmannsberger et al. 1991. Verwendet wurde ein eigens konstruierter Fragebogen, in den die Fragen für den GM (Good-Milieu-Index nach Friis) aufgenommen wurden und welcher am Ende des stationären Aufenthaltes ausgeteilt wurde. Die Ergebnisse der Befragung waren, dass mehr Patienten als erwartet zufrieden mit dem Aufenthalt waren. Die Autoren machen dafür den Zeitpunkt der Befragung verantwortlich: „...dass die Behandlung im „Honeymoon“ des Aufenthaltes unmittelbar vor der Entlassung durchgeführt wurde. Eventuelle Konflikte mit dem Krankenhaus sind durch die bevorstehende Entlassung entschärft.“ Es wären kritischere Einstellungen erwartet worden, wenn die Befragung früher oder später stattgefunden hätte. Das Personal tendierte allgemein zu einer negativeren Einschätzung. Weiterhin kam heraus, dass die medikamentöse Behandlung mit zunehmendem Bildungsstand der Patienten unwichtiger wird (vgl. Rittmannsberger et al., 1991).

Romberg mit eigenem Fragebogen zur Elternzufriedenheit

Über die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station wurde in einem Fragebogen i.S. eines teilstrukturierten Interviews das Urteil der Eltern etwa eineinhalb Jahre nach der stationären Entlassung erhoben (N=19). Es wurde dabei gefragt nach der Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, der Bewertung des Aufenthaltes und der Teilnahme an

Therapiesegmenten. Dabei waren über zwei Drittel der Familien mit dem Behandlungsergebnis zufrieden (vgl. Romberg, 1998).

1.5 Diskussion des Stands der Forschung

Die wenig vorhandenen deutschsprachigen Aufsätze, Erhebungsinstrumente und evaluativen Arbeiten zur „Zufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ geben Anlass, das Thema aufzugreifen und auf die Stichprobe des UKE anzuwenden. Die schon existierenden Studien haben meist einen geringen Stichprobenumfang und arbeiten teilweise mit selbst entwickelten, nicht standardisierten Erhebungsinstrumenten. Der FBB wird lediglich in drei Arbeiten benutzt.

Für die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Therapie am UKE existiert keine vergleichbare Arbeit zur Qualitätsmessung, obwohl die gesetzlich festgelegte Notwendigkeit der Qualitätssicherung eine kontinuierliche Überprüfung der durchgeführten Therapien und damit auch eine Optimierung zukünftiger Behandlungen erfordert.

1.6 Fragestellung und Hypothesen

Es ergeben sich aus dem oben beschriebenen Stand der Forschung folgende Fragen:

- 1) Wie wird die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der teil-/stationären Behandlung an der KJP des UKE aus Sicht aller an der Behandlung Beteiligten bewertet?
- 2) Welche Übereinstimmung besteht zwischen den verschiedenen Urteilern?
- 3) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Urteilern und Merkmalen der Patienten sowie der Behandlung?

Dazu werden folgende Hypothesen aufgestellt:

- a) Die verschiedenen Beurteilungsdimensionen werden im Mittel von allen Urteilern positiv bewertet.
- b) Die Übereinstimmung der verschiedenen Urteiler liegt im kleinen bis mittleren Bereich.
- c) Frage Nr. 3 wird explorativ bearbeitet.

1.7 Ziel der Arbeit

Die aus der Evaluation resultierenden Ergebnisse sollen dazu verwendet werden, die Therapieansätze auf den Stationen zu rechtfertigen oder aber notwendige Veränderungen in Gang zu setzen. Man wird erfahren, ob der FBB geeignet ist, auch weiterhin und fortlaufend die Qualität der Behandlung auf dieser und evtl. auch anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen zu bestimmen. Von den Ergebnissen dieser Evaluation erfährt das Behandlungsteam, die Leitung und die Fachöffentlichkeit. Es ist eine unabhängige Studie, deren Ergebnisse keine Folgen auf das Budget der Klinik oder anderer Beteiligter haben.

2. Methode

2.1 Wahl des Forschungsdesigns und des Datenerhebungsverfahrens

Die vorliegende Arbeit ist eine klinisch-naturalistische Studie, die eine Ergebnis- und Wirksamkeitsevaluation in der Versorgungsforschung der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt. Sie ist gestaltet als Querschnittstudie, welche den Vorteil bietet, nicht so aufwendig wie eine Längsschnittstudie zu sein, dafür aber auch nur eine Momentaufnahme bietet und keine Verlaufsbeurteilung der Zufriedenheit der Teilnehmer über einen längeren Zeitraum zulässt. Da die Behandlung obligatorisch für jeden stationären Patienten ist, schließt sich die Möglichkeit eines experimentellen Ansatzes mit einer Vergleichsgruppe aus. Es wäre unethisch, eine Kontrollgruppe zu bilden, die keine ausreichende Behandlung erhält. Somit handelt es sich um ein Ein-Gruppen-Design. Bei den Daten, die zur Untersuchung herangezogen werden, handelt es sich um Primärdaten, bzw. Beobachtungsdaten.

Es stehen eine Vielzahl von Datenerhebungsverfahren zur Evaluation zur Verfügung, jedoch sollte man zuallererst deren praktische Durchführbarkeit beachten. Das Konzept des Fragebogens hat z.B. gegenüber einem Interview den Vorteil, dass es den Befragten mehr Anonymität bietet. Sie sind nicht Auge in Auge mit einem potentiellen Urteiler über ihre Antworten, sie brauchen sich für evtl. gemachte, ihnen unangenehme Antworten nicht zu schämen oder rechtfertigen. Die Ehrlichkeit und Teilnahmebereitschaft erhöhen sich dadurch. Zudem ist diese Form der Erhebung ökonomisch. Der Nachteil eines Fragebogens ist sicher der, dass bei Unklarheiten zu den Angaben nicht nachgefragt werden kann und dadurch ungültige Bögen nicht in die Untersuchung einbeziehbar sind oder falsche Daten mit einfließen.

Als Zeitpunkt für die Befragung wurde die Entlassung gewählt. Der Vorteil dabei liegt u.a. - verglichen mit katamnestischen Befragungen- bei den hohen Rücklaufquoten. Dies hatten auch schon Wille u. Loser-Kalbermatten (1988) festgestellt: „...alle zeigen einen schlechten Rücklauf, z.B. Jungmann (1984) 41%, Steinhausen (1983) 45%, Aumiller et al. (1981) 52%, Steinhausen (1983) 55,1%, Kammerer et al. (1984) 60%.“ Da das Ausfüllen der Bögen noch direkt in der Klinik stattfinden soll, werden sie erst gar nicht mit nach Hause genommen und müssen nicht zur Post aufgegeben werden, den Beteiligten bereitet es somit keine Umstände, den Bogen abzugeben.

Wählt man die Form eines Fragebogens als Erhebungsinstrument, so muss dieser geprüft sein auf interne/externe Validität, Reliabilität etc., die sich auf die Güte des Instrumentes beziehen.

Bei einem Fragebogen ist zudem auf die richtige Reihenfolge der Fragen zu achten, da selbst identische Fragen in verschiedenen Zusammenhängen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. (vgl. Judge/Solomon, 1993) Da der eingesetzte FBB jedoch ein standardisiertes und getestetes Instrument ist, entfällt die Entwicklung, bzw. Prüfung der Reihenfolge. Ebenso entfallen dadurch die anderen o.g. Prüfungen.

2.2 Variablenauswahl und –definition

In dieser Untersuchung soll die stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie evaluiert werden. Aspekte der Behandlung sind die Aufnahme, Diagnostik, Therapie und die Entlassung. Beteiligt sind der Patient selbst, der Therapeut, die Bezugsperson und die Eltern des Patienten. Sie alle füllen im FBB mit ihren Antworten auf die gestellten Fragen ein subjektives Urteil darüber, wie sie die Behandlung empfunden haben. Welche Bereiche bei der Untersuchung erfasst werden sollen, wird durch die Skalen des FBB bestimmt, die unter Kapitel 2.4 in der Tabelle 1 aufgeführt sind.

Die in dieser Untersuchung zu bestimmenden Beurteilungsaspekte von Variablen lauten Prozess-, Ergebnis- und ein Stück weit (weil nur beim Patienten) Strukturqualität. Unter Prozessqualität versteht man die Behandlungsqualität, d.h. wie gut ist die Behandlung, sind die Versorgungsabläufe. Ergebnisqualität meint den Umfang der Effektivität und Effizienz der erbrachten Diagnostik und Therapie sowie den Behandlungserfolg. Strukturqualität meint „demographische, finanzielle, materielle Aspekte der Versorgungseinrichtung, verfügbare Ressourcen und die Qualifikation der Ärzte und anderer Berufsgruppen“ (Mattejat/Remschmidt, 1998), kurz: die Rahmenbedingungen.

Die Beurteilungsaspekte werden bestimmt durch die Auswertung des FBB: hierzu werden Merkmale der Behandlung (Interventionsvariablen) und des Patienten (Personenvariablen) aus der Basisdokumentation gezogen und mit den Urteilen der Beteiligten aus dem FBB verglichen. In der Auswertung des FBB erfolgt für jede der drei Arten von Qualität eine Zuordnung von bestimmten Fragen des Fragebogens. Die von der Familie und den Mitarbeitern darauf gegebenen Antworten erhalten Scores, welche am Ende die Skalenwerte der drei zu bestimmenden Qualitätsdimensionen ausmachen (s. auch Tab. 2).

2.3 Funktionelle Variablenzuordnung

Da keine experimentelle Untersuchungsanordnung besteht, findet auch keine funktionelle Variablenzuordnung statt. Es werden stattdessen Einstellungen gegenüber der Behandlung gemessen und mit anderen Variablen in Bezug gesetzt.

2.4 Operationalisierung

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)

Die Befragung zur Zufriedenheit mit der Behandlung wird durchgeführt mit Hilfe des FBB (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung) von Matzejat und Remschmidt (1998). Dieser eignet sich dazu, subjektive Behandlungsbeurteilungen der beteiligten Personen festzuhalten und zu analysieren. Der FBB erfasst in Bezug auf die Behandlung lt. Matzejat und Remschmidt (1995) den Aspekt des Erfolges, sprich die Ergebnisqualität, welche sich auf Wirksamkeit und Effizienz bezieht und den Aspekt der Akzeptabilität oder die Prozessqualität, diese bezieht sich auf die Qualität der Kooperation und Beziehung. Von beiden gleichermaßen hängt ab, „ob eine Therapie als positiv bewertet wird, ob sie als förderliche und bereichernde Erfahrung oder als belastende Peinlichkeit in Erinnerung bleibt“ (Matzejat/Remschmidt, 1993). Zudem wird ein Aspekt der Strukturqualität durch das Item „Rahmenbedingungen“, welches im Fragebogen des Patienten erhoben wird, bestimmt.

Die Ergebnisse stammen aus verschiedenen Beobachterperspektiven: vom Therapeuten, Patient, der Bezugsperson und den Eltern. Dies sichert die Anforderungen an Multiperspektivität. Die Beurteilungen sind unabhängig voneinander und direkt miteinander vergleichbar.

Die folgende Tabelle zeigt die zu berechnenden Skalen des FBB, sowie deren Zuordnung zu den beiden Arten von Qualität, die mit dem Test vorrangig bestimmt werden.

Tab. 1: Übersicht zu den FBB-Skalen

	<i>Therapeut</i>	<i>Bezugsperson</i>	<i>Patient</i>	<i>Vater</i>	<i>Mutter</i>
Ergebnisqualität	Therapieerfolg hinsichtlich - des Patienten - der Familie	Therapieerfolg hinsichtlich - des Patienten - der Familie	Erfolg der Behandlung	Erfolg der Behandlung	Erfolg der Behandlung
Prozeßqualität	Kooperation mit - dem Patienten - mit der Mutter - mit dem Vater	Kooperation mit - dem Patienten - mit der Mutter - mit dem Vater	Beziehung - zum Therapeuten - zur Bezugsperson Rahmenbedingungen	Verlauf der Behandlung	Verlauf der Behandlung
Gesamtbeurteilung	Therapeuten-Gesamtwert	Bezugspersonen-Gesamtwert	Patienten-Gesamtwert	Vater-Gesamtwert	Mutter-Gesamtwert

In einer Skala können Itemwerte von 0-4 erreicht werden: je höher dieser Wert, desto positiver wird die Behandlung beurteilt.

Tab. 2: Übersicht zur Interpretation der FBB-Ergebnisse

FBB- Items	0	1	2	3	4
FBB- Skalen	überhaupt nicht/nie	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Wertebereich	$0 \leq x \leq 0.5$	$0.5 \leq x \leq 1.5$	$1.5 \leq x \leq 2.5$	$2.5 \leq x \leq 3.5$	$3.5 \leq x \leq 4.0$
Ergebnisqualität (Behandlungserfolg)	völlig erfolglos (keine Fortschritte)	überwiegend erfolglos (geringe Fortschritte)	teilweise erfolgreich (mäßige Fortschritte)	überwiegend erfolgreich (deutliche Fortschritte)	vollständig erfolgreich (sehr gute Fortschritte)
Prozessqualität (Behandlungsverlauf)	völlig unzufrieden	überwiegend unzufrieden	teilweise zufrieden	überwiegend zufrieden	vollständig zufrieden
Gesamtbeurteilung („Benotung der Therapie)	schlecht	unzureichend	mäßig	gut	sehr gut

Die Ergebnisse können mit den Durchschnittswerten einer von den Entwicklern des FBB erhobenen Stichprobe verglichen werden, ebenso kann eine Ermittlung von Prozentrangbereichen vorgenommen werden. Die Bögen können individuell oder gruppenstatistisch ausgewertet werden.

Die Vorteile des FBB im einzelnen sind:

- 1) Multiperspektivischer Ansatz: die Urteile zu einer Behandlung können von mehreren Personen erhoben werden sowie direkt vergleichend ausgewertet werden, da die Fragebogenversionen für die einzelnen Befragten weitgehend parallel sind.
- 2) Vielfältige Einsatzmöglichkeiten: Behandlungen aller psychischen Störungen, alle Therapieformen und –modalitäten wie ambulante, teilstationäre und stationäre

Behandlungen können damit evaluiert werden. Der Erhebungszeitpunkt kann während oder direkt nach der Therapie liegen und auch katamnestisch sein.

- 3) Auswertung von Hand oder mit dem Computer möglich
- 4) Möglichkeiten der statistischen Analyse der Daten
- 5) Möglichkeiten zur Aufbereitung der Daten in Form von Tabellen und Grafiken
- 6) Prozess- und Ergebnisqualität werden mit nur einem Instrument bestimmt.

Neben den Vorteilen gibt es jedoch auch Nachteile:

- 1) Es werden keine modalitätenspezifischen Aspekte der subjektiven Therapiequalität erfasst wie z.B. bei stationären Therapien das Verhältnis zu Mitpatienten oder dem Stationspersonal neben der Bezugsperson.
- 2) Neben den im FBB gemessenen subjektiven Therapiebeurteilungen sind für wissenschaftliche Therapieevaluationen zusätzlich objektive Qualitätskriterien nötig.

Die Anforderungen an ein Instrument, welches den Erfolg der stationären Behandlung beurteilen soll, sind vielfältig. Zunächst sollte eine möglichst große Zahl von Daten, bzw. Fällen gesammelt werden, damit die Stichprobe genügend groß und somit repräsentativ ist. Dazu muss zum einen die Fallzahl ausreichend sein, was bei $N=300$ im Vergleich zu anderen Studien (s. Kap. 1.4) sicherlich gegeben ist. Zum anderen muss der Datenrücklauf so hoch wie möglich sein. Um die Quote der Teilnehmenden zu erhöhen, ist die Form des Fragebogens günstig: er bietet eine gewisse Anonymität, der Befragte ist nicht direkt mit einem (nach-) fragenden Urteiler konfrontiert. Speziell die Form des FBB ist dabei auch hilfreich: er ist mit 28 und 29 (Eltern, Patient), bzw. 26 (Therapeut, Bezugsperson) leicht verständlichen Fragen im Vergleich zu anderen Instrumenten (CBCL/YSR: 113, FB: 40 Fragen) relativ kurz. Da er direkt im Anschluss an die Entlassungsstunde ausgefüllt wird, kann zudem der Therapeut persönlich zum Ausfüllen motivieren.

Mögliche Probleme können entstehen durch Unzuverlässigkeit der Angaben von Patient oder Eltern. Falsch beantwortete Fragen könnten eine Form von Protest oder Angst sein oder aber, wenn die Meinung der Befragten positiver ausfällt als sie eigentlich ist, auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen sein.

Die Basisdokumentation

Vor der Beurteilung der Behandlung steht allerdings noch die Basis- und Leistungsdokumentation. Diese muss unbedingt genau die tatsächliche Versorgung erfassen, denn erst durch sie wird die Beurteilung objektivierbar und nachvollziehbar, da die intersubjektive Übereinstimmung lt. den Entwicklern des FBB nur sehr gering ist. Diese

Dokumentation geschieht im UKE mit der Basisdokumentation für Kinder – und Jugendpsychiatrie nach DGKJP/BAG/BKJPP (3. Auflage), die sich schon mit sechsjähriger Routine in der Abteilung bewährt hat.

Zwar sortiert diese nach durchgeführten Therapieformen, es stellt sich aber das Problem der Vermischung der verschiedenen Therapiearten, bzw. -schulen bei den einzelnen Therapeuten, d.h. man wird einzelne Therapiearten nur tendenziell bewerten können. Zudem wird der folgende Aspekt mit Hilfe des Designs nicht hinreichend aufgeschlüsselt werden können: machen sich Wechselwirkungen bemerkbar, d.h. kommt es zu einer Verstärkung oder Abschwächung der Wirkung einzelner Therapierichtungen untereinander bei den jeweiligen Patienten? Da es in der psychologischen Behandlung nicht möglich ist, zuerst eine Therapieart allein und danach dieselbe gekoppelt an eine zweite oder umgekehrt anzubieten, ohne dass sich die Ergebnisse der ersten Behandlungsart auf die Episode der zweiten Behandlungsart niederschlagen (Jacobi/Kosfelder, 2000), gestaltet sich diese Fragestellung als äußerst schwierig.

2.5 Stichprobenansatz

2.5.1 Stichprobenzusammensetzung hinsichtlich der Personen

Im Rahmen der Entwicklung eines Modellkonzeptes zur Evaluation stationärer Behandlungsprogramme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE wurde im Zeitraum vom 27.05.1998 bis zum 07.11.2003 die vollständige stationäre und teilstationäre Inanspruchnahmepopulation (auch nur kurzzeitige Kriseninterventionen) von Kindern und Jugendlichen in der Tagesklinik, auf der Kinder- und der Jugendstation erfasst, so dass die Fallzahl 300 beträgt. Dabei konnte es vorkommen, dass ein Patient mehrmals zu unterschiedlichen Zeitpunkten behandelt wurde, wobei dann auch mehrere Fragebogenserien ausgefüllt wurden. Diejenigen Fälle, die sich zum Zeitpunkt des Erhebungsendes noch stationär aufhielten und noch nicht entlassen waren, wurden für diese Evaluation nicht berücksichtigt. Demnach waren nur 276 Fälle vorhanden, von denen unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien noch 254 Fälle als gültig übrigblieben.

Die Einschlusskriterien lauteten:

- 1) erster Aufenthalt eines Patienten, im Falle er mehrmals stationär in Behandlung war
- 2) nur Fälle, bei denen mindestens ein Therapeutenurteil vorlag

Es sollten möglichst von allen oben erwähnten Personen, die an der Therapie beteiligt waren, Fragebögen erhoben werden, so dass möglichst 1270 Bögen vorhanden sind. Leider haben einige Personen die Bögen nicht ausgefüllt, so dass nur in 66 Fällen die Kombination von allen 5 möglichen Urteilern vorlag und insgesamt 900 Bögen (entspricht 70,9%) ausgewertet werden konnten. Die Gründe für das Nichtausfüllen sind verschieden. Sie sind einzeln aufgeschlüsselt in Kapitel 2.6. Im folgenden ist eine Übersicht des Rücklaufs der Bögen dargestellt.

Tab. 3: Urteilerkombinationen

Urteilerkombinationen	Anzahl der Fälle
T, B, P, M, V	66
T, B, P, M	52
T, B, P, V	7
T, B, M, V	16
T, B, P	37
T, B, M	9
T, B, V	1
T, B	62
T, P	1
T	3

Anmerkungen: T=Therapeut, B=Bezugsperson,
P=Patient, M=Mutter, V=Vater

Die untersuchte Stichprobenpopulation von Patienten setzt sich wie folgt zusammen: das **Alter** zum Zeitpunkt der Aufnahme betrug im Durchschnitt 14,1 Jahre (SD=2,69, Spanne: 6-18 Jahre). 52,4% (n=133) der Patienten waren weiblichen **Geschlechts**. Eine deutsche **Staatsangehörigkeit** besaßen 86,2% (n=219) der Patienten. Behandelt wurde in 18,1% der Fälle (n=46) in der Tagesklinik, zu 30,7% (n=78) auf der Kinderstation und zu 51,2% (n=130) auf der Jugendstation. Diese Belegungssituation spiegelt die Altersstruktur der Patienten wider, welche deutlich in Richtung Jugendliche gerichtet ist: 66,5% (n=169) der Patienten sind 14 Jahre und älter. Die **Behandlungsdauer** betrug im Schnitt 148,2 Tage, der kürzeste Aufenthalt lag bei einem Tag, der längste bei 648 Tagen.

Die **Aufnahmen** erfolgten in den meisten Fällen regulär durch Überweisung in die Ambulanz oder aber bei 38,6% (n=98) als Notfall, dann teilweise auch außerhalb der Dienstzeit. In der Aufnahmepopulation waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 28,7% (n=73) der Patienten **suizidal**. Als die Patienten zur Aufnahme kamen, waren die meisten von ihnen (81,1 % bei n=206) schon einmal **in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gewesen**. 22,4% (n=57) waren sogar schon einmal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE in stationärer Behandlung.

Zur **Wohnsituation** ist anzumerken, dass 35,1 % (n=88) der Patienten ohne Vater und 4,8% (n=12) ohne Mutter von alleinerziehenden Elternteilen aufgezogen werden. Dabei kann man

feststellen, dass mehr Kinder ohne leiblichen Vater (59,8%, n=152) leben, als mit leiblichem Vater (40,2%, n=102). Mit der leiblichen Mutter leben dagegen 79,5 % (n=202) der Patienten, ohne leibliche Mutter nur 20,5%. (n=52) In einer außerfamiliären Wohnsituation leben 6,3% (n=16) der Patienten, wovon wiederum 87,5% (n=14), in der stationären Jugendhilfe untergekommen sind.

Zur **Diagnoseverteilung** ist anzumerken, dass die meisten Patienten (37%, n=94) an einer Verhaltens- u. emotionalen Störung (ICD-10) leiden. An zweiter Stelle stehen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 19,3% (n=49) der Patienten. Als konkrete Einzeldiagnosen ragen heraus: Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (13,8%, n=35) und emotional instabile Persönlichkeitsstörung (9,4%, n=24), sowie Anpassungsstörungen (7,9%, n=20). 44,1% (n=112) der Patienten hat auf der ersten Achse nur eine Diagnose, 55,5% (n=141) der Patienten haben eine Komorbidität mit zwei oder 3 weiteren Diagnosen. Auf der zweiten Achse ist bei 77,2% (n=196) der Patienten eine umschriebene Entwicklungsstörung feststellbar. Eine körperliche Symptomatik (Achse 4) haben lediglich 2,4% (n=6) der Patienten. Bei fast allen Patienten (89,4%, n=227) sind „assozierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände in den letzten 6 Monaten“ aufgetreten. Hierbei besonders „inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation“ (59,8%, n=152) oder eine „psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils“ (44,1%, n=112).

2.5.2 Stichprobenzusammensetzung hinsichtlich der Interventionen

Beschreibung der Klinik

Die Erhebung der Daten fand statt auf den Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. Sie besitzt eine allgemeine Ambulanz und drei Spezial-Ambulanzen (für Kinder psychisch kranker Eltern, körperlich kranker Eltern und Flüchtlinge), in denen eine erste Diagnose gestellt wird und gegebenenfalls eine Einweisung zur stationären Behandlung veranlasst wird. Die Aufnahme erfolgt im Akutfall oder bei einem Gerichtsbeschluss sofort oder regulär über eine Warteliste. Die Zuteilung zu einem bestimmten Therapeuten erfolgt unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung und der speziellen Umstände, z.B. ob eine weibliche Therapeutin geeigneter wäre als ein männlicher Therapeut. Zur teilstationären Versorgung existieren drei Tageskliniken (für Kinder und Jugendliche mit jeweils 6 Plätzen und für Mütter und Säuglinge mit 3 Plätzen). Die Vollzeit-Stationen sind aufgegliedert in eine Kinderstation mit 8 Betten und eine Jugendstation mit 14 Betten. Es stehen weiterhin 2 Notfallbetten zur Verfügung. Es sind offene, falls erforderlich auch geschlossene psychiatrische und

psychotherapeutische Stationen. Eine Rehabilitationseinrichtung und eine Intensivstation wurden im Neubau verwirklicht, der 2004 bezogen wurde. In der Klinik arbeiten Ärzte (Fachärzte, Ärzte in Weiterbildung), Psychologen, Kunst- und Bewegungstherapeuten, Krankenpflegepersonal, Erzieher, Sozialpädagogen und Lehrer. Die Kinder haben ein Alter von 6-15 Jahren, die Jugendlichen sind 15 bis 18 Jahre alt (in begründeten Fällen auch bis zu 20 Jahre). Der Klinik angegliedert ist noch eine eigene Schule, die Gruppen- oder Einzelunterricht durchführt. Sie hat jedoch nicht den klassischen Lehrauftrag, sondern trägt bei zur Klärung krankheitsbedingter Lernschwierigkeiten, ermöglicht Lernfortschritte und bereitet die Patienten auf die Teilnahme am Regelschulunterricht vor.

Der Phasen des stationären Aufenthaltes

Aufnahmegründe zur stationären Behandlung sind schwere primäre und sekundäre psychische Störungen des gesamten kinder- und jugendpsychiatrischen Spektrums. Drogenabhängigkeiten und forensische Patienten können aus konzeptionellen Gründen nicht behandelt werden. Die Dauer des stationären Aufenthaltes variiert von einigen Tagen bei Kriseninterventionen bis hin zu über einem Jahr bei mittel- oder langfristigen Therapien. Am Anfang der Therapie steht für die ersten 3-4 Wochen eine **diagnostische Phase**, in der es um gegenseitiges Kennenlernen, Orientierung, Problemverständnis, Diagnosefindung, Behandlungsempfehlung und Behandlungsplanung geht. Die diagnostische Phase findet in dieser Form nicht statt bei Kriseninterventionen (auf Grund der kurzen Aufenthaltsdauer), Anorexien (Vereinbarung des Behandlungskonzeptes und Entlassungsgewichtes in der ersten Woche) und Erstmanifestationen von Psychosen (Festlegung des Behandlungsvertrages auf mehrere Monate). Die in dieser Phase festgelegte Behandlungsplanung ist wiederum Grundlage des Therapie- und Pflegeplanes, der daraufhin erstellt wird.

Auf die diagnostische folgt die **therapeutische Phase** mit tiefenpsychologisch orientierter Einzeltherapie (mindestens zweimal wöchentlich), ggf. Elterngespräche (ein- bis zweiwöchentlich), psychoanalytische Familientherapie (drei- bis vierwöchentlich) sowie Familienarbeit, -beratung, milieu- und sozialtherapeutischer Verfahren und wenn notwendig zusätzlicher medikamentöser Therapie. Zudem findet das Psychodrama, die Psychoedukation, Heilpädagogik, Verhaltenstherapie und die Psychopharmakologie bei Bedarf Anwendung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Bewegungs- oder Kunsttherapie in Einzel- oder Gruppenstunden, sowie des autogenen Trainings in der Gruppe.

Nähert sich die Therapie dem Ende, setzt die **Entlassungsphase** ein, die auf jeden Patienten individuell zugeschnitten ist. Dabei werden Kontakte geknüpft zu Einrichtungen, die den Patienten evtl. in der **poststationären Phase** betreuen wie z.B. Jugendwohnungen, Internate,

ambulante Therapeuten. Für die Wochen nach der Entlassung werden zusätzlich noch Telefonkontakte und, wenn nötig, ambulante Einzeltermine mit dem UKE vereinbart. Das Ziel der Behandlung ist, dass die Patienten wieder in ihre normale Umwelt zurückfinden können, die Wiederherstellung der Fähigkeit, ein möglichst normales, altersentsprechendes Leben und altersentsprechende Entwicklungsaufgaben zu meistern und die Fähigkeit, ambulant psychotherapeutische oder Jugendhilfemaßnahmen zu nutzen. Es sollte nicht zu Ausgliederung und Psychiatisierung kommen. Zusätzlich zu den o.g. Behandlungsinhalten wird für die Eltern der Patienten eine regelmäßig stattfindende Selbsthilfegruppe angeboten, in der die Eltern von Patienten zwecks Begegnung und Austausch auf andere, ebenfalls betroffenen Eltern, treffen.

Tätigkeitsbereich der einzelnen beteiligten Berufsgruppen

Die Aufgaben des **pädagogisch-pflegerischen Teams** (wovon ein Pfleger oder Erzieher über den gesamten Zeitraum die persönliche Bezugsperson für den Patienten darstellt) sind die Grundpflege, spezielle somatische Pflege (Medikamentengabe, Notfallversorgung, (motivierende) Unterstützung bei konsiliarisch angeordneten somatischen Behandlungen und vor anstehenden diagnostischen oder medizinischen Maßnahmen), spezielle psychiatrische Pflege einzel- oder gruppenbezogen (Bezugspersonenarbeit, Gesprächsrunden, Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten), Teilnahme an Arzt-/Kursvisiten und Durchführung mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten (Übergaben, Supervision, Weiterbildung). Das **sozialpädagogische Team** ist zuständig für die Planung, Gestaltung und Ausführung sich eignender persönlicher Lebensformen, die helfen sollen, den Patienten wieder in das gesellschaftliche Leben einzugliedern. Die **Ärzte, bzw. Therapeuten** führen die psychotherapeutischen Gespräche in Einzelsitzungen von durchschnittlich 45 Minuten Dauer zweimal in der Woche, machen eine umfangreiche Diagnostik oder leiten sie in die Wege und halten die Eltern- und Familiengespräche ab. Ein Arzt/Therapeut ist für den Patienten therapeutisch verantwortlich, ein anderer Arzt für das Körperlich-Medizinische. Alle Gespräche werden von ihnen protokolliert und dokumentiert, sie entwickeln und modifizieren gegebenenfalls die Behandlungsplanung. Zudem nehmen sie an Erziehungskonferenzen, Übergaben, Therapeutenbesprechungen, Fallvorstellungen, Supervision und Weiterbildung teil und sind zuständig für die Lehre.

Die **Inhalte der Therapie** waren bei 92,5% (n=235) der Patienten psychotherapeutische Verfahren, bei 87,0% (n=221) wurde eine Beratung und Behandlung bei der Familie durchgeführt. 73,2% (n=186) bekamen Therapien aus dem Bereich Ergo-, Beschäftigungs-, Bewegungs-, Kunst-, Musiktherapie, Heilpädagogik etc. Soziotherapeutische Maßnahmen erhielten 55,9% (n=142) und eine medikamentöse Therapie wurde durchgeführt bei 40,2%

(n=102) der Patienten. Hinzuzufügen ist, dass die Patienten auch zwei oder mehr (bis zu fünf) Therapieformen gleichzeitig erhalten konnten.

Die Stichprobe

Das **Ende der Therapie** erfolgte in 70,1% (n=178) der Fälle regulär. Vorzeitig wurde die Therapie in 18,9% (n=48) der Fälle durch die Patienten oder Eltern abgebrochen und in 9,1% (n=23) der Fälle durch den Behandler.

Die **Kooperationsbereitschaft** war bei den Patienten und Eltern in der Mehrzahl der Fälle mäßig gut bis gut (Patienten: 75,2% n=191, Eltern: 67,7% n=172). Deutlich oder völlig gebessert bei den meisten der Patienten hatte sich am Ende der Therapie die **Symptomatik** (51,6% n=131). Die **Gesamtsituation** hatte sich meist etwas gebessert (37,4% n=95), bei 35,0% (n=89) war sie deutlich verbessert.

Eine **Weiterbehandlung** wurde bei fast allen (91,3% n=232) der Patienten empfohlen, meistens in Form einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (65,0% n=165). Für 29,6% (n=75) der Kinder und Jugendlichen wird eine Heimerziehung oder betreute Wohnform empfohlen.

Während der Therapie kam es in 17 Fällen zu einem **Therapeutenwechsel** wegen Krankheit, Urlaub oder aus personellen Gründen.

2.5.3 Vergleich mit Klinischer Stichprobe

Zur Prüfung der Repräsentativität dieser Stichprobe kann man die Zahlen mit der Klinischen Stichprobe zur Erprobung des FBB, durchgeführt von Mattejat und Remschmidt (1998) in der Philipps-Universität in Marburg, vergleichen. Dabei fällt folgendes auf: Die **Geschlechterstruktur** der Patienten stimmt in etwa mit der Marburger Population überein, es zeigt sich, dass Mädchen leicht in der Überzahl sind (Mädchenanteil UKE: 50,8%, Marburg: 54,5%). Bei der **Altersstruktur** ähneln die Stichproben sich ebenfalls (UKE: M=14,1 Jahre, SD=2,7 J., Marburg: M=14,7 J., SD=3,9 J.). Bei den **Diagnosen** gibt es jedoch Abweichungen; in der Hamburger Population sind auf die Hauptdiagnose bezogen

- 1) über dreimal mehr „Affektive Störungen“ (F30-F33) (UKE: 11,8%, Marburg: 3,3% bei N=576)
- 2) mehr als doppelt so viele Patienten (21,2% im UKE, 9,7% in Marburg) mit „Neurotischen Störungen“ (ICD-10 F40-F48 u. F34.1-F34.9)

- 3) nur ein Drittel des Vergleichspopulation-Äquivalentes mit Anorexien und anderen Essstörungen (F50.0-F50.9) (UKE: 5,9%, Marburg: 17,7%) vorhanden.

Die **Aufenthaltsdauer** ist in der Hamburger Population (M=148,2, SD=117,4) im Mittelwert 63 Tage länger als in Marburg (M=82,8, SD=69,6 Tage)- dies entspricht etwa 80%. Die **Größe** der Stichprobe scheint mit 254 Patienten ausreichend zu sein, vergleichbare Evaluationen anderer Autoren arbeiten mit weniger Patienten (Jungjohann, Beck, 1984: 162 Kinder; Kammerer, 1989: 176 Eltern; 1985: 135 Kinder; Hain et al., 2001: 6 Kinder). Da es sich um eine Vollerhebung handelt, ist die Studie repräsentativ für den **Zeitraum** von über fünf Jahren zwischen 05/1998 und 11/2003.

2.6 Datenerhebung

Die vorliegende Evaluation ist Teil des Untersuchungsprogramms zur Wirksamkeit des stationären Behandlungsprogramms in der gesamten Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE. Die Durchführung dieser Datenerhebung lag bei den Leitern der Arbeitsgruppe „Evaluation der Behandlung“ Dr. phil. Barkmann und Prof. Dr. Schulte-Markwort sowie der Dokumentationsassistentin S. Rosenthal.

Für die Erhebung wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten diverse Fragebögen verteilt: zur Anmeldung, Aufnahme, Entlassung und sechs Monate nach der Entlassung. War ein Patient maximal 4 Wochen nicht in der Therapie und kam dann wieder auf Station, wurde keine erneute Erhebung ausgefüllt, da dies definitionsgemäß noch zur gleichen Behandlungsepisode zählte. Solche Arten von Abwesenheiten konnten z.B. Probewohnen zu Hause oder im Heim sein. Zu den auszufüllenden Fragebögen gehörten der CASCAP-D, YSR/CBCL, KINDL, FB, PZF, die Likert-Skala und offene Zielformulierungen. Zusätzlich wurde vom Therapeuten eine Basisdokumentation (Kinder- und Jugendpsychiatrie; DGKJP/BAG/BKJPP, 3. Auflage) am Ende der Behandlung ausgefüllt, welche u.a. soziodemographische Daten, Aufnahmebedingungen, Anamnese, psychologische und somatische Diagnostik sowie eine Leistungsdokumentation beinhaltet.

Die Daten für diese Erhebung stammen aus der Tagesklinik, Kinderstation und Jugendstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE.

Der FBB wurde zur Entlassung ausgegeben und musste vom Therapeuten (wenn es mehrere gab vom zuletzt behandelnden), der Bezugsperson während des stationären Aufenthaltes, dem Patienten (wenn über 11 Jahre alt), der Mutter oder Ersatzmutter und dem Vater oder Ersatzvater ausgefüllt werden. Zwar geben die Entwickler des FBB ein Mindestalter für Patienten von 12 Jahren an, der FBB war jedoch Teil eines ganzen Fragebogenpaketes, bei dem ein Alter von 11 Jahren als üblich gilt und wo es organisatorisch nicht möglich war, ein extra Fragebogenheft für Patienten unter 12 Jahren herauszugeben.

Nach Möglichkeit lag der Termin zum Ausfüllen der Bögen direkt vor oder nach dem Entlassungsgespräch, wobei den Eltern schon bei der Absprache für diesen Termin mitgeteilt wurde, dass hierfür etwa 30 Minuten benötigt werden würden. Der Bogen wurde ausgegeben mit in etwa der folgenden Erklärung vom Therapeuten: „Wir wollen unsere Arbeit prüfen und verbessern...bitte beantworten Sie die Fragen möglichst ehrlich...jede Kritik- positiv wie negativ- hilft uns weiter...uns interessieren alle Meinungen innerhalb der Familie, man kann dabei unterschiedlicher Meinung sein, jeder sollte den Bogen allein und ohne sich abzusprechen ausfüllen...die Angaben werden nur intern verwendet und fallen unter die Schweigepflicht.“ Die ausgefüllten Bögen dürfen von der Bezugsperson und vom Therapeuten eingesehen werden, bevor sie zur Auswertung gegeben werden. Danach erfolgt der Ergebnisrücklauf an die behandelnden Therapeuten.

Von den n=300 erfassten stationären Fällen liegen 262 ausgefüllte Therapeuten-FBB vor. Weiterhin liegen für 21 Fälle keine Bögen zur Aufnahme vor, da diese Patienten vor Studienbeginn aufgenommen wurden. Die verbleibende Anzahl von n=254 Therapeutenurteilen stammt von n=33 verschiedenen Therapeuten. Dabei stellen allein n=4 Therapeuten zusammen 37.8% aller Urteiler (Therapeut A 12,2%, Therapeut B 9,8%, Therapeut C 8,3% und Therapeut D 7,5%). Die n=250 vorliegenden Urteile der Bezugspersonen stammen von n=31 verschiedenen Bezugspersonen. Im Gegensatz zu den Therapeuten streut die Verteilung bei den Bezugspersonen stärker: Bezugsperson (BP) A füllte 6,3% aus, BP B und BP C jeweils 5,9%, dann folgen drei Bezugspersonen mit je 5,5% usw.

Der Rücklauf der an die Familie ausgeteilten Bögen war unterschiedlich: so kann auf 163 Patienten-, 143 Mutter-/Ersatzmutter- und 90 Vater-/Ersatzvater FBB zurückgegriffen werden, die gültig sind. Die Gründe für diese Heterogenität sind verschieden:

- 1) der Patient war zu jung zum Ausfüllen (19 Fälle)
- 2) der Patient war in einem zu schlechten Zustand und nicht fähig, die Bögen auszufüllen (3 Fälle)
- 3) der Patient und/oder die Eltern wollten keinen Bogen ausfüllen (86 fehlende Bögen)

- 4) kognitive Gründe bei Patienten und/oder Eltern (9 fehlende Bögen)
- 5) Sprachprobleme bei Eltern und/oder Patienten (27 fehlende Bögen)
- 6) zu bestimmten Elternteilen bestand kein Kontakt auf Grund von Scheidung/Getrenntleben, Tod, Flüchtlingssituation, oder sie waren aus anderen Gründen nicht in die Therapie einbezogen (117 fehlende Bögen)
- 7) der Therapeut hat es nicht geschafft, den Bogen auszuteilen (38 fehlende Bögen)
- 8) die Beteiligten hielten den Aufenthalt zu kurz, als dass sie darüber urteilen könnten (10 fehlende Bögen).

2.7 Auswertungsverfahren

Die Fragebögen wurden nach der Rückgabe durch die Therapeuten auf fehlende Daten überprüft und gesammelt- beides durch die Dokumentationsassistentin. Als 300 Fälle komplett waren, wurden sie in die SPSS 11-Datenmaske eingegeben. Es erfolgte eine Qualitätskontrolle der eingegebenen Daten des FBB-Teils durch Häufigkeitstabellen, Berichte und visuelle Kontrolle mit der Datenmaske. Dadurch wurden Bögen, die nicht den Einschlusskriterien gerecht wurden oder zu viele fehlende Items oder Antworttendenzen beinhalteten, herausgefiltert. Die Missings der Items des FBB ergab folgende Verteilung:

Tab. 4: Itemmissings

	Fehlende Items pro Fall	Spanne fehlender Items pro Fall
Therapeut	0,04	0-4
Bezugsperson	0,14	0-6
Patient	0,59	0-19
Mutter	0,78	0-20
Vater	0,20	0-9

Einzelne fehlende Werte wurden markiert und trugen dazu bei, dass bei einigen Bögen bestimmte Skalen nicht berechnet werden konnten, da jede Skala durch bestimmte Items definiert wird.

Die Ergebnisse werden entweder tabellarisch dargestellt oder als Hauptergebnisse und Besonderheiten textlich kommentiert. Zur Analyse wurden die gängigen statistischen Kennwerte berechnet, wie z.B. Mittelwert, Standardabweichungen, Spannen, bivariate Korrelationen, t-Teste etc.

3. Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse werden in der Reihenfolge der Fragestellungen dargestellt. Die statistischen Symbole entsprechen den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Bei der Analyse von Zusammenhängen zwischen Variablen der Basisdokumentation und des FBB werden die Ergebnisse je nach Skalenniveau der zu verrechnenden Variablen blockweise dargestellt.

3.2 Hauptergebnisse

3.2.1 Die Urteile der einzelnen Personen aufgeschlüsselt nach Skalen des FBB

Tabelle 6 zeigt alle FBB-Skalen aller Urteiler in ihren deskriptiven Kennwerten. Die Fallzahlen der urteilerspezifischen Skalen reichten von $n=82$ (Bezugsperson, Therapieerfolg Familie) bis $n=254$ (Therapeut, Therapieerfolg Patient, Gesamtwert).

Während sich Therapeut, Bezugsperson und Patient in der **mittleren Gesamtbewertung** kaum unterscheiden ($M=2.1$ bzw. 2.0), urteilen Mutter und Vater etwas positiver ($M=2.8$). Die **Streuung** der Urteile reicht von $SD=.24$ für das Patientenurteil über $SD=.39$ und $SD=.54$ für Bezugspersonen- und Therapeutenurteil bis zu $SD=.63$ und $SD=.77$ für Mutter- und Vaterurteile. Der Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten wird vom **Therapeuten** relativ am besten, der hinsichtlich der Familie relativ am schlechtesten beurteilt ($M=2.5$ bzw. $M=1.7$). Das gleiche gilt für das **Bezugspersonenurteil**. Vom **Patienten** wird die Beziehung zum Therapeuten relativ am schlechtesten, zur Bezugsperson relativ am besten beurteilt ($M=2.4$ bzw. $M=1.8$). Während die **Mutter** auf allen Subskalen ähnlich hohe Urteile abgibt, beurteilt der **Vater** den Behandlungsverlauf besser als andere Dimensionen ($M=3.0$). Auf fast allen Skalen aller Urteiler sind die Werte rechtssteil verteilt (außer Bezugsperson: Kooperation Patient und Patient: Beziehung zum Therapeuten).

3.2.2 Intrakorrelationen

Tabelle 7 zeigt alle FBB-Skalen in ihren Korrelationen untereinander für jeden Urteiler. Hierbei reichten die Fallzahlen der urteilerspezifischen Skalen von $n=82$ (Bezugsperson, Therapieerfolg Familie) bis $n=254$ (Therapeut, Therapieerfolg Patient, Kooperation Patient, Gesamtwert).

Die **Gesamtbewertung der Therapie** korreliert mit allen anderen Skalen der jeweiligen Personengruppe mit Werten zwischen $r=.44$ bis $r=.96$, außer bei der Bezugsperson (Kooperation Mutter, Kooperation Vater) mit jeweils $r=.29$ und beim Patienten (Beziehung zum Therapeuten $r=-.01$, Beziehung zur Bezugsperson $r=.17$), wo die Korrelationen niedriger liegen. Beim **Therapeutenurteil** korrelieren die Kooperation zum Patienten und zur Mutter jeweils zum entsprechenden Therapieerfolg Patient ($r=.60$), bzw. Therapieerfolg Familie ($r=.51$).

Das Urteil der **Bezugsperson** hinsichtlich dem Therapieerfolg Familie korreliert mit dem Therapieerfolg Patient ($r=.63$). Bei der **Mutter** korreliert der Behandlungsverlauf mit dem Behandlungserfolg ($r=.61$) und die Beziehung zum Therapeuten mit der Beziehung zur Bezugsperson ($r=.69$). Die Skalen des FBB vom **Vater** korrelieren alle hoch miteinander, die Werte liegen hier zwischen $r=.52$ (Behandlungserfolg zu Beziehung zur Bezugsperson) und $r=.96$ (Gesamtbewertung zu Beziehung zur Bezugsperson). Beim **Patienten** sind außer den Korrelationen Behandlungserfolg mit Gesamtbewertung ($r=.60$) und Rahmenbedingungen mit Gesamtbewertung ($r=.77$) keine Korrelationen $>.34$ feststellbar.

3.2.3 Interkorrelationen

Tabelle 8 zeigt die Korrelation der FBB-Skalen der einzelnen Urteiler mit denen aller anderen Urteiler. Die Fallzahlen der urteilerspezifischen Skalen reichten von $n=47$ (Bezugsperson, Therapieerfolg Familie mit den Skalen des Vaters) bis $n=250$ (Therapeut, Therapieerfolg Patient, Kooperation Patient, Gesamtbewertung mit den gleichen Skalen der Bezugsperson).

Bei den **Elternurteilen** zeigen sich die höchsten Korrelationen ($r=.37$ bis $r=.69$, davon fünf Werte $r>.54$). Die **Therapeutenurteile** korrelieren hoch ($r=.55$ bis $r=.63$) mit den Urteilen der Bezugsperson (Therapeut, Therapieerfolg Patient mit Bezugsperson, gleiche Skala; Bezugsperson, Therapieerfolg Familie mit Therapeut, gleiche Skala, Kooperation Mutter, Gesamtbeurteilung). Ebenso hoch korreliert der Therapeut in der Skala Therapieerfolg Familie mit dem Vater, Beziehung zur Bezugsperson ($r=.52$). Zwischen diesen beiden Urteilern kommt es zudem zu 13 weiteren Korrelationen $r>.29$. In anderen Urteilerkombinationen gibt es keine

weiteren Korrelationen $r > .49$ und relativ wenige zu den o.g. Anzahlen von Korrelationen, die zwischen $r = .30$ und $r = .49$ liegen.

Negative Korrelationen traten auf bei der Gegenüberstellung der Urteile vom Patienten zu denen der Bezugsperson (Patient, Beziehung zum Therapeuten, Bezugsperson, Therapieerfolg Patient, Gesamtbeurteilung; Bezugsperson, Kooperation Mutter, Patient, Rahmenbedingungen, Gesamtbewertung; $r = -.21$ bis $r = -.24$) und des Therapeuten (Patient, Beziehung zum Therapeuten, Therapeut, Gesamtbeurteilung $r = -.21$).

3.2.4 Zusammenhänge zwischen Variablen aus der Basisdokumentation und den Skalenwerten der Beurteiler

3.2.4.1 Zusammenhänge zwischen dichotomen Kategorialvariablen und den FBB-Gesamturteilen

Tab. 9 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen beider Ausprägungen der Gruppierungsvariable in den FBB-Gesamturteilen aller Urteiler. Die Fallzahlen der urteiler-, bzw. gruppenspezifischen Skalen, für die t-Tests durchgeführt wurden, reichten von $n = 15$ (Mutter, es leben nicht mehr beide Elternteile) bis $n = 236$ (Therapeut, es wurde eine Therapie durchgeführt).

Die größte signifikante Mittelwertdifferenz findet sich in der **Art des Behandlungsendes**. Der Therapeut und die Bezugsperson urteilen besser, wenn die Behandlung regulär beendet wurde (Therapeut $M = 2.2$, BP $M = 2.1$), als bei irregulärer Beendigung (beide $M = 1.8$). War der Vorstellungs-, bzw. **Aufnahmemodus regulär** (d.h. kein Notfall oder Gutachten), beurteilten die Therapeuten die Behandlung schlechter ($M = 2.0$) als wenn diese irregulär war ($M = 2.2$). Im Falle des Vorliegens von **Komorbiditäten** beurteilt der Therapeut den Behandlungserfolg mit $M = 2.0$ schlechter als wenn nur eine Diagnose vorliegt ($M = 2.2$). Der Therapeut urteilt schlechter ($M = 2.0$) wenn beim Patienten auf der zweiten Achse (MAS) eine **umschriebene Entwicklungsstörung** feststellbar ist, und besser wenn keine vorhanden ist ($M = 2.1$). Hält der Therapeut es für notwendig, dass nach der Therapie eine **außerhäusliche Unterbringung** des Patienten erfolgt, so beurteilt er die gesamte Therapie schlechter ($M = 2.0$) als wenn sich die Wohnsituation nicht ändern soll ($M = 2.2$).

Bei anderen Urteilern oder Variablen sind keine signifikanten Unterschiede in den Beurteilungen feststellbar.

3.2.4.2 Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Items aus der BADO und den Gesamtbewertungen der verschiedenen Urteiler

In Tab. 10 sind die Korrelationen zwischen intervallskalierten Variablen und den FBB-Gesamturteilen aller Beurteiler dargestellt. Die Fallzahlen der urteiler-, bzw. gruppenspezifischen Skalen, für die bivariate Korrelationen durchgeführt wurden, reichten von $n=74$ (Vater, Zahl der empfohlenen Weiterbehandlungen) bis $n=254$ (Therapeut, zehn verschiedene Items).

Die **Dauer der Behandlung** korreliert mit dem Gesamturteil der Bezugsperson ($r=.23$) und mit dem der Mutter ($r=.21$). Die **Zahl der empfohlenen Weiterbehandlungen** korreliert mit $r=.21$ mit den Beurteilungen des Therapeuten. Die **Anzahl der assoziierten abnormen psychosozialen Umstände** korreliert mit den Urteilen der Therapeuten mit $r=-.28$.

3.2.4.3 Zusammenhänge zwischen trichotom kategorialskalierten Items und den Gesamtbewertungen der verschiedenen Urteiler

Tab. 11 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtbeurteilungen aller Urteiler mit trichotomen kategorialskalierten Variablen der Patienten und Behandlungsmerkmalen. Die Fallzahlen der gruppen-, bzw. urteilerspezifischen Werte lagen zwischen $n=16$ (besuchte Schule: Hauptschule, Mutter) und $n=145$ (wohnt mit einem leiblichen Elternteil zusammen, Therapeut).

Wurde der Patient auf der **Kinder- oder Jugendstation** behandelt, beurteilte der Therapeut die Behandlung etwas besser als wenn sie tagesklinisch therapiert wurden (Kinderstation, Jugendstation jeweils $M=2.2$, Tagesklinik $M=1.9$). Die gleiche Tendenz ist auch beim Patienten zu beobachten (Kinderstation, Jugendstation jeweils $M=2.1$, Tagesklinik $M=2.0$). Gehört die Familie des Patienten der **Unterschicht** an, urteilt die Bezugsperson am positivsten ($M=2.1$), gehört sie zur Mittelschicht, fällt das Urteil der Bezugsperson am schlechtesten aus ($M=1.9$).

Weitere signifikante Unterschiede der Beurteilungen treten nicht auf.

3.2.4.4 Zusammenhänge zwischen ordinalskalierten Erfolgsmaßen und den Gesamtbewertungen der verschiedenen Urteiler

In Tab. 12 sind die Mittelwerte der Gesamturteile aller Beurteiler korreliert mit ordinalskalierten Variablen aus der Basisdokumentation. Durchgeführt wurde die Untersuchung mit Hilfe einer bivariaten Rangkorrelation nach Spearman. Die Fallzahlen der urteilerspezifischen Skalen reichten von n=85 (Vater, Globalbeurteilung) bis n=237 (Therapeut, Kooperationsbereitschaft Patient).

Die höchste Korrelation ($r=.62$) ist feststellbar bei **Kooperationsbereitschaft von Eltern** mit dem Therapeutenurteil. Der **Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik** korreliert mit dem Therapeutenurteil ($r=.51$) und den Urteilen von Bezugsperson ($r=.39$), Mutter ($r=.33$) und Vater ($r=.31$). Der **Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation** korreliert mit dem Urteil vom Therapeuten ($r=.45$) und dem der Bezugsperson ($r=.46$). Die einzige weitere signifikante Korrelation $r>.40$ besteht bei der **Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung** und dem Therapeutenurteil ($r=.41$).

3.3 Nebenergebnisse

Der Therapeut sollte zu jedem nicht ausgefüllten Bogen der Familie eine Angabe über den Grund des Nichtausfüllens machen. Diese wurden kategorisiert und auf Häufigkeiten untersucht. Dabei kam es zu folgenden Ergebnissen:

Die häufigsten Gründe beim **Patienten** waren: zu jung zum Ausfüllen (7,5%, n=19), wollte nicht ausfüllen oder abgeben (6,7%, n=17) und der Therapeut hat keinen Bogen ausgeteilt (5,9%, n=15). Bei der **Mutter** waren es: wollte nicht ausfüllen oder abgeben (14,2%, n=36), nicht einbezogen in Therapie (12,6%, n=32), der Therapeut hat keinen Bogen ausgeteilt (4,7%, n=12) und zu wenig Deutschkenntnisse bei der Mutter (4,3%, n=11). Der **Vater** war oft nicht einbezogen (33,5%, n=85), wollte nicht ausfüllen/abgeben (13,0%, n=33), der Therapeut hat ihm keinen Bogen ausgeteilt (4,3%, n=11) oder der Vater besaß zu wenig Deutschkenntnisse (3,5%, n=9).

4. Diskussion

4.1 Hauptergebnis

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der teil-/stationären Behandlung wird von den Befragten im Mittel als mäßig bis gut bewertet. Die Eltern (M=2.8) beurteilen die Behandlung durchschnittlich besser als der Therapeut (M=2.1), der Patient (M=2.1) und die Bezugsperson (M=2.0). Die Gesamtbewertungen korrelieren beim Therapeuten und der Bezugsperson am stärksten mit dem Therapieerfolg Familie (Th.: $r=0.81$; BP: $r=0.85$), beim Patienten mit den Rahmenbedingungen ($r=0.60$) und bei den Eltern mit dem Behandlungsverlauf (M: $r=0.93$; V: $r=0.96$).

Vergleicht man die Skalen der Urteiler miteinander, sieht man, dass die Eltern sich im Gesamturteil oft einig sind ($r=0.65$) und dass der Therapeut in der Gesamtbewertung ähnlich wie sie urteilt (M: $r=0.35$ und V: $r=0.45$). Hingegen hat der Patient in der Gesamtbewertung nur eine Korrelation von $r=0.24$ mit dem Therapeuten, $r=0.25$ mit der Mutter und $r=0.30$ mit dem Vater.

Zwischen den Urteilen der befragten Personen und Merkmalen der Patienten, bzw. der Behandlung bestehen keine großen Zusammenhänge. So beträgt die größte signifikante Korrelation bei den bivariaten Variablen $r=0.23$ (Dauer der Behandlung/Bezugsperson). Bei dichotom- und trichotomen Variablen unterscheiden sich die Mittelwerte der Gesamtbewertungen um max. 0.4 Skalenwerte (Art der Beendigung ir-/regulär, Therapeut). Die Einschätzung des Behandlungserfolges und der Kooperationsbereitschaft, welche in der Basisdokumentation erfolgen, korrelieren mittel- bis hochgradig mit den Gesamtbewertungen im FBB. So ergibt sich im Fall „Kooperationsbereitschaft“ korreliert mit Therapeut $r=0.62$, Vater $r=0.40$ und bei „Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik“ korreliert mit Therapeut $r=0.51$, BP $r=0.39$, Mutter $r=0.33$, Vater $r=0.31$.

4.2 Methodische Kritik

Es stellt sich die Frage, ob man mit Hilfe nur eines Instrumentes die Zufriedenheit der stationären Behandlung am UKE sicher messen kann. Vergleichbare Arbeiten zum Therapieerfolg benutzen meist mehrere Instrumente nebeneinander, z.B. Hain et al. (2001), Kammerer (1989), Reisel et al. (1998). Bei alleiniger Anwendung des FBB könnte es zu

Instrumenteneffekten kommen, d.h. evtl. vorhandene Fehler des FBB würden sich voll niederschlagen. Würde man zusätzlich noch andere Tests einsetzen, bekäme man einen anderen Erfolgsmaßstab, der evtl. genauer wäre. Zudem konnten einige Korrelationen auf Grund zu kleiner Teilpopulationen und sich daraus ergebender, nicht valider statistischer Ergebnisse nicht durchgeführt, bzw. verwertet werden, sodass nicht alle Items der Basisdokumentation berücksichtigt werden konnten. Dies wäre bei der Verwendung mehrerer Instrumente evtl. vermeidbar gewesen.

Durch das Nicht-Ausfüllen von Fragebögen kommt es möglicherweise zu einer Stichprobenselektion. Die Anzahl der Urteiler, die für jeweils einen Behandlungsfall Bögen ausgefüllt haben, korreliert mit den Therapeutenurteilen zu $r=0.25$. Wenn also Patienten oder Angehörige keine Bögen ausgefüllt haben, fällt das Therapeutenurteil über deren Behandlung schlechter aus, d.h. es findet eine leichte Selektion der Urteile über schlechte Therapien statt im Sinne einer „Selbstselektion besonders Zufriedener“ (Neuberger, 1985).

Bei ausländischen Patienten und Eltern gab es nur selten Übersetzer, so dass von diesen Familien teilweise überhaupt kein Bogen ausgefüllt wurde (es fehlen deswegen 2.1%, $n=27$ der maximalen Anzahl $N=1270$ an zu beantwortenden Bögen). Würde man hier Dolmetscher oder Fragebögen in der jeweiligen Landessprache zur Verfügung haben, könnten noch mehr Bögen von ausländischen Beteiligten ausgewertet werden.

Die Gründe für das Nicht-Ausfüllen der Bögen sind verschieden und teilweise behebbar. So sind z.B. häufig keine ausgefüllten Fragebögen von den Familienmitgliedern vorhanden, weil diese die Bögen nicht ausfüllen wollten (86 fehlende Bögen, entspr. 6.8% der Gesamtzahl $N=1270$) oder der Therapeut es versäumt hat, die Bögen auszuteilen (38 fehlende Bögen, entspr. 3.0% von $N=1270$). Evtl. können höhere Rückläufe erreicht werden, wenn die Therapeuten noch mehr Überzeugungsarbeit für das Ausfüllen leisten, bzw. sich selbst besser organisieren.

4.3 Diskussion der Einzelergebnisse

1) Bewertungen der einzelnen Urteiler

Verglichen mit den Ergebnissen der drei Stichproben (SP) von Mattejat und Remschmidt (1998) zeigen sich folgende Übereinstimmungen/Abweichungen:

Die Beurteilung der Behandlung wird wie in o.g. Stichproben „teilweise“ bis „überwiegend“ positiv bewertet. Insgesamt zeigen sich aber bei den gemittelten o.g. SP durchweg positivere Skalenwerte als bei den untersuchten Fällen des UKE. Außer bei den Bewertungen der Therapeuten: hier wird der Therapieerfolg im UKE besser eingeschätzt (UKE: M=2.5, SP: M=2.4).

Dass die Bewertungen im allgemeinen positiv bewertet wurden, kann u.a. am Zeitpunkt der Erhebung liegen: wird diese kurz vor der Entlassung durchgeführt, kann die Bewertungstendenz aufgrund der Freude über die abgeschlossene Behandlung ins Positive verfallen. Diesen Aspekt hoben Rittmannsberger et al. (1991) bei ihrer Untersuchung zur Patientenzufriedenheit hervor. Damals waren mehr Patienten als erwartet zufrieden mit dem Aufenthalt in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus in Österreich. Die Behandlung „wurde im ‚Honeymoon‘ des Aufenthaltes unmittelbar vor der Entlassung durchgeführt. Eventuelle Konflikte mit dem Krankenhaus sind durch die bevorstehende Entlassung entschärft.“ Es wären kritischere Einstellungen erwartet worden, wenn die Befragung früher oder später stattgefunden hätte. In der Überprüfung der Retest-Reliabilität bei Patienten und Eltern und einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 17 Monaten zeigten Matzejat und Remschmidt (1998) allerdings nur eine teilweise zutreffende positivere Beurteilungstendenz am Entlassungszeitpunkt: Besonders die Beurteilung des Therapieerfolges zeigte eine nur geringe Retest-Reliabilität. Die Autoren führen dies darauf zurück, dass die Befragten einige Zeit nach Entlassung nicht nur „die Veränderung im Verlauf der stationären Behandlung berücksichtigen..., sondern auch, wie sich z.B. die Symptomatik nach der Entlassung entwickelt hat.“ Ebenfalls gering waren die Übereinstimmungen der Patienten-Skala „Rahmenbedingungen“. Dies führten die Autoren auf die „zeitliche Distanz“ zurück. Dadurch könnte sich „die Einschätzung der Rahmenbedingungen“ verändern, und zwar sowohl ins Positive als auch ins Negative. Als stabil über die Zeit stellte sich „die Beurteilung der Beziehung zum Therapeuten und des Therapieverlaufes insgesamt (Skalen zur Prozessqualität)“ heraus.

Wie in den o.g. SP auch fällt der Gesamtwert der Eltern im Vergleich zu den anderen Personengruppen am besten aus. In der Gesamtbewertung im Schnitt einig sind sich Therapeuten und Patienten. Anders im Ergebnis aus der SP, wo der Therapeut am schlechtesten urteilt (Th.: M=2.1; Pat.: M=2.7; Mutter, Vater: M=3.2). Im UKE bewertet hingegen die Bezugsperson, die in o.g. SP nicht eingeschlossen war, die Behandlung am schlechtesten. In der Untersuchung von Rittmannsberger et al. (1991) zeigte sich ebenfalls eine negativere Bewertung der Zufriedenheit durch das Personal der Anstalt.

Mattejat und Remschmidt begründen die bessere Beurteilung durch die Eltern u.a. damit, dass die Angaben der Eltern im FBB „relativ pauschal sind“, die der Therapeuten hingegen „stärker differenziert“ seien. Es scheint jedoch nicht immer so zu sein, dass Eltern die Behandlung ihrer Kinder besser beurteilen als die anderen Beteiligten: bei der Untersuchung von Zander et al. (2001) zur Behandlungseffektivität einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, die u.a. mit Hilfe des FBB durchgeführt wurde, urteilten die Therapeuten positiver als die Familie.

Die Prozessqualität (Behandlungsverlauf: Mutter: M=2.9; Vater: M=3.0) wird durch die Eltern besser als die Ergebnisqualität (Behandlungserfolg: Mutter: M=2.6; Vater: M=2.4) beurteilt, wie auch schon in o.g. SP (Behandlungsverlauf: M. u. V.: M=3.4; Behandlungserfolg: M. u. V.: M=2.7). Beim Patientenurteil fällt die Prozessqualität aufgrund der nur „teilweise zufriedenstellenden“ Beziehung zum Therapeuten abweichend von o.g. SP schlechter als die Ergebnisqualität aus.

Die Gründe hierfür könnten in Anlehnung an Kistner et al. (1996) u.a. in einer manchmal vorhandenen Therapieresistenz begründet sein. Die Autoren stellen fest, dass von der Ergebnisqualität nicht unbedingt auf die Prozessqualität zu schließen ist, da man berücksichtigen muss, dass Spontanremissionen vorkommen können, wobei dann bei gutem Ergebnis die Behandlungsqualität auch minderwertig sein kann. Bei Therapieresistenz hingegen ist das Ergebnis zwangsläufig schlecht, obwohl die Behandlung durchaus qualitativ hochwertig gewesen sein kann. Sollten jedoch gehäuft Therapieresistenzen oder Spontanremissionen auftreten, würden auch die anderen Befragten tendenziell gleich urteilen. Dies ist aber hier nicht der Fall. Das Ergebnis aus der Studie von Zander et al. (2001) hinsichtlich der besseren Bewertung der Beziehung zum Therapeuten und der schlechteren hinsichtlich der Rahmenbedingungen (beides zur Prozessqualität gehörig) kann nicht bestätigt werden. Betrachtet man das Patientenurteil darüber, so fallen die beiden genannten Items genau gegenteilig aus: Rahmenbedingungen wurde mit M=2.3 bewertet, die Beziehung zum Therapeuten mit M=1.8. Leider kann hier nur vom Patientenurteil ausgegangen werden, da die genannten Items nur beim Patientenurteil vorkommen. Die Vermutung von Zander et al. (2001), dass es sich bei dem Ergebnis bezüglich der o.g. Beziehung zum Therapeuten und der Rahmenbedingungen um „institutionsübergreifende, für den stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext spezifische Beurteilungstendenzen handelt“, kann somit nicht bestätigt werden.

Beim Therapeuten- und Bezugspersonenurteil wird der Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten besser beurteilt (Th.: M=2.5; BP: M=2.4) als der Erfolg hinsichtlich der Familie (Th.: M=1.7; BP: M=1.8). In den SP von Mattejat und Remschmidt (1998) traf dies für den

Therapeuten ebenfalls zu (Therapieerfolg Patient: $M=2.4$; Th.erfolg Familie: $M=1.3$), die Bezugsperson war dort nicht eingeschlossen.

Im Mittelpunkt der Behandlung am UKE steht der Patient. Mit der Familie wird zwar in 87% der Fälle ($N=254$) eine Beratung oder Behandlung durchgeführt, nur ist diese nicht so intensiv wie die Einzeltherapie des Kindes. Dies könnte der Grund für die schlechtere Bewertung des Therapieerfolges bei der Familie sein. Interessant hierzu ist, dass im BP- und Therapeutenurteil der Therapieerfolg beim Patienten korreliert mit dem bei der Familie (BP: $r=0.63$; Th.: $r=0.45$). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, den Therapieerfolg bei der Familie in Zukunft evtl. durch vermehrte Einbeziehung der Familie in die Therapie noch zu steigern.

Betrachtet man die Korrelationen der Items untereinander innerhalb einer Personengruppe (Intrakorrelationen) so zeigen sich folgende Übereinstimmungen/Abweichungen verglichen mit der QS- und Klinischen Stichprobe von Matzejat und Remschmidt (1998):

Bei der Therapeutenversion des FBB korrelieren korrespondierende Erfolgs- und Kooperationskalen in etwa ähnlich hoch wie bei o.g. SP. Wurde z.B. der Therapieerfolg Patient hoch bewertet, fiel auch die Bewertung zur Kooperation Patient hoch aus (UKE: $r=0.60$; SP: $r=0.58$). Annähernd so hoch waren die Werte der Korrelation von „Therapieerfolg Familie“ mit der Bewertung der elterlichen Kooperation (Mutter: UKE: $r=0.45$; SP: $r=0.50$; Vater: UKE: $r=0.51$; SP: $r=0.47$).

Daraus kann man folgern, dass der Erfolg der Therapie stark abhängig von der Mitarbeit, sprich Compliance der Beteiligten ist. Matzejat und Remschmidt stellten zu ihren Stichproben fest, dass die Korrelation der o.g. Skalen in der ersten sogen. Projektstichprobe deutlich niedriger lag als in den nachfolgenden beiden SP. Es wurde lt. den Autoren in der ersten SP „deutlicher zwischen zu beurteilenden Aspekten differenziert“, in den folgenden SP hingegen würden „unterschiedliche Therapieaspekte einheitlicher, bzw. gleichsinniger beurteilt und nicht mehr so klar getrennt“. Dies wird darauf zurückgeführt, dass der Fragebogen damals erst nach einem ausführlichen Interview mit den Therapeuten zum Therapieverlauf ausgefüllt wurde. Bei den folgenden zwei SP sei die Beantwortung der Fragen „in die klinische Praxis implementiert gewesen“, was zu einer schnelleren Beantwortung geführt habe. Daher schließen die Autoren auf eine Beeinflussbarkeit der Ergebnisse durch verschiedene Bearbeitungsbedingungen. Hiervon ist möglicherweise auch im UKE auszugehen, jedoch waren die Rahmenbedingungen zum Ausfüllen des Fragebogens immer gleich. Inwieweit die Erläuterungen für die Therapeuten bei Einführung der FBB-Befragung die Bearbeitung der Bögen in der ersten Zeit noch beeinflusst haben, kann mit dieser Untersuchung nicht festgestellt werden. Auch in welcher Art

die einzelnen Therapeuten den Familien Anleitungen zum Fragebogen gegeben haben und sie dadurch unbewusst beeinflusst haben, ist nicht nachvollziehbar.

In der Patientenversion korreliert der Erfolg der Behandlung mit der Beziehung zum Therapeuten im Gegensatz zu Mattejat und Remschmidt (1998) negativ und nur mittelhoch (UKE: $r=-0.34$; SP: $r=0.54$). Die Rahmenbedingungen korrelieren wie in o.g. SP ($r=0.27$) nur wenig mit den anderen Skalen (UKE: $r=-0.21$ bis $r=0.09$ n.s.).

Aus den vorliegenden Daten kann man dem Aspekt der Rahmenbedingungen für den Therapieerfolg einer Behandlung eine nur geringe Bedeutung zusprechen, die den Erfolg der Behandlung wenig beeinflusst.

Bei den Elternangaben korreliert die Skala Erfolg der Behandlung stärker als in o.g. SP mit der Skala Beziehung zum Therapeuten, bzw. Behandlungsverlauf (UKE: M u. V: $r=0.61$; SP: M: $r=0.37$; V: $r=0.54$). Auch im Gesamturteil ist die Korrelation mit der Skala Behandlungsverlauf höher (M: $r=0.93$ u. V: $r=0.96$) als die mit dem Behandlungserfolg (M: $r=0.85$ u. V: $r=0.82$), welche an sich aber schon bemerkenswert hoch ist.

Daraus lässt sich schließen, dass im UKE die Prozessqualität, d.h. die Qualität der Behandlung und die Versorgungsabläufe stärkeren Einfluss auf die elterliche Einschätzung des Therapieerfolges haben als in den o.g. SP. Auch bei Quaschner (1998) sind die Urteile der Eltern stärker von Beziehungsfaktoren abhängig als von der Symptombesserung. Das allgemein hohe Ausmaß der Korrelation des Gesamturteils mit der Erfolgsqualität hat bereits Steinhausen (1983b) beschrieben.

2) Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Urteilern

Vergleicht man die Zusammenhänge gleicher Skalen bei verschiedenen Urteilern aus dieser Evaluation mit der Projekt-/QS-SP von Mattejat und Remschmidt (1998), so ergeben sich folgende Ergebnisse:

Höchste Korrelationen ergeben sich wie auch in o.g. SP erwartungsgemäß zwischen Mutter- und Vaterurteilen (Gesamtbewertung $r=0.65$). Diese waren zudem auch insgesamt höher als in den o.g. SP.

Mattejat und Remschmidt konstatierten aufgrund dessen bei den Therapiebeurteilungen der Eltern eine intersubjektive Gültigkeit, wie sie sonst für den FBB nicht festgestellt werden kann. Daher reicht evtl. die Befragung eines Elternteils für die elterliche Beurteilung der Behandlung aus. In der Untersuchung von Zander et al. (2001), die u.a. auch mit dem FBB durchgeführt wurde, urteilten die Väter allerdings kritischer als die Mütter, sodass nicht von einer Allgemeingültigkeit der Beurteilungstendenz beider Elternteile ausgegangen werden kann.

Am schwächsten stellen sich die Korrelationen hinsichtlich der Gesamtbewertung der Bezugsperson mit dem Patienten dar ($r=0.10$ n.s.), dann folgen Bezugsperson-Eltern ($r=0.21$ n.s.) und Therapeut-Patient ($r=0.24$). Bei o.g. SP waren die Korrelationen zwischen den Eltern und dem Therapeuten am geringsten. Dass die prozessbezogenen Skalen (Verlauf, Kooperation, Beziehung) größere Übereinstimmungen liefern als die erfolgsbezogenen Skalen, kann in dieser Arbeit im Gegensatz zu der von Mattejat und Remschmidt (1998) nicht festgestellt werden. Am UKE korrelieren die Skalen zur Erfolgsqualität stärker miteinander als die zur Prozessqualität es tun.

Speziell der Patient im UKE nimmt die Behandlung und besonders den Behandlungsverlauf anders wahr als Bezugsperson und Therapeut dies tun. Hier wäre noch näher zu untersuchen, welche Aspekte genau zu den abweichenden Urteilen geführt haben. Dazu wären m.E. Unterskalen bezüglich des Behandlungsverlaufes nötig, die aber für den FBB nicht vorgesehen sind.

Unter den gesamten geprüften Interkorrelationen ($N=248$) finden sich $n=15$ (6%), die größer als 0.50 sind, $n=56$ (22.6%) Korrelationen größer als 0.30 und $n=177$ (71.4%) Korrelationen von 0.30 und kleiner. Beim Vergleich dieser Zahlen mit den entsprechenden aus o.g. SP zeigt sich, dass in der SP vom UKE weniger hohe und mittlere Korrelationen zu finden sind, dafür jedoch mehr niedrige.

Lt. Mattejat und Remschmidt (1998) bedeuten die niedrigen Korrelationen, dass die Beurteilungen „nicht (oder nur in einem sehr begrenztem Sinne) intersubjektiv gültig, sondern stark von subjektiven Integrations- und Bewertungsprozessen abhängig“ seien. Daher könne man nur begrenzt von der Bewertung der einen Person auf die der anderen schließen. Jeder hat ein anderes, mit dem FBB messbares Urteil über die Behandlung. Hier zeigt sich wieder, dass jeder die Qualität der Behandlung gemäß seiner persönlichen Wünsche und Bedürfnisse beurteilt und somit die Zufriedenheit individuell definiert wird. Es zeigen sich aber durchaus Übereinstimmungen innerhalb einer Urteilergruppe, die man den Urteilen anderer Gruppen gegenüberstellen kann. Somit werden Angaben über Zufriedenheit objektivierbar.

3) Zusammenhänge zwischen den Urteilern und Merkmalen des Patienten sowie der Behandlung

Ob die Zufriedenheit der Beteiligten zusammenhängt mit äußeren, messbaren Daten zeigt der Vergleich der Skalen des FBB mit den in der Basisdokumentation festgehaltenen Daten:

Ohne Relevanz für die Bewertung der Therapie sind Alter des Patienten, Geschlechtszugehörigkeit, Staatsangehörigkeit, oder Art der Erkrankung.

Dass grundlegende Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Staatsangehörigkeit keinen Einfluss auf die Beurteilung der Behandlung haben, wurde auch von Steinhausen (1983b) in einer Studie zur „elterlichen Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik“ aufbauend auf dem Interviewleitfaden zur Zufriedenheit von Klienten von Gould und Shaffer (1981) festgestellt. Demnach zeigt z.B. das Alter der Patienten keinen Zusammenhang mit der Beurteilung der Behandlung. In der Vergleichs-SP von Matzejat und Renschmidt werden diese Variablen nicht berücksichtigt.

Die größten signifikanten Abweichungen im Mittelwert der FBB-Gesamturteile zeigen sich im Therapeutenurteil in Abhängigkeit eines regulären ($M=2.2$) vs. irregulären ($M=1.8$) Endes der Behandlung.

Kommt es zu einer nicht regulär endenden Behandlung, ist davon auszugehen, dass die Therapie entweder von dem Patienten abgebrochen wurde oder der Therapeut die Therapie aus unterschiedlichen Gründen vorzeitig beendet hat (Therapieresistenz, disziplinarische Entlassung etc.). Daher ist das Therapieziel in diesen Fällen höchstwahrscheinlich nicht erreicht worden und der Erfolg der Therapie dementsprechend geringer als bei regulärem Ende der Behandlung. Eine vergleichbare Auswertung gibt es in den SP von Matzejat und Renschmidt (1998) nicht.

Werden Eigenschaften aus der Basisdokumentation bivariat korreliert mit den FBB-Gesamtbewertungen zeigen sich nur mäßige signifikante Zusammenhänge bei der Therapiedauer (Bezugsperson, $r=.23$), der Anzahl der empfohlenen Weiterbehandlungen (Therapeut, $r=.21$) und der Anzahl der abnormen psychosozialen Umstände (Therapeut, $r=-.28$).

Dass die Therapiedauer keine eindeutigen Schlüsse auf die Qualität zulässt, ergibt sich z.B. aus den kontroversen Ergebnissen von Cummings (1977) und Renschmidt/Matzejat (2001). Cummings untersuchte für eine Effektivitätsbeurteilung die Anzahl der Sitzungen einer

Psychotherapie: danach waren kurze Therapien effektiver als lange. Renschmidt und Matzejat zeigten hingegen in ihrer Studie, dass Therapiedauern von über 2 Jahren in ihrer Untersuchung die größten Erfolgsquoten hatten (58,9% der Patienten hatten einen signifikanten Erfolg) und dass Dauern von einem bis 90 Tagen die geringsten Erfolgsquoten brachten (25,3-34,6%). In einem Artikel über „Qualitätssicherung in der Psychiatrie“ konstatiert Gaebel (1995) hingegen wiederum, dass „die Verweildauer...kein eindeutiger Indikator der Ergebnisqualität“ sei. Aufgrund der o.g. geringen bis nicht vorhandenen Korrelationen scheint dies auch in dieser Arbeit zutreffend zu sein.

Bei den trichotom kategorialskalierten Items aus der Basisdokumentation zeigen sich folgende signifikante Abweichungen im Mittelwert der FBB-Gesamturteile:

Fand die Behandlung in der Tagesklinik statt, fiel das Therapeutenurteil schlechter aus als bei Behandlung auf der Kinder- oder Jugendstation (TK M=1.9; KS, JS M=2.2; p=0,005).

Woran dies liegt, wird aus den Ergebnissen nicht deutlich. Bei den anderen Urteilern wurden keine signifikanten Korrelationen gemessen. In den Vergleichs-SP gab es keine derartige Berechnung.

Bei Patienten, deren Eltern der unteren Schicht angehören, urteilen die Bezugspersonen besser als bei denen aus der Mittelschicht; jedoch wird der Behandlungserfolg von Patienten mit Eltern aus der Oberschicht nur wenig besser beurteilt (US M=2.1; MS M=1.9; OS M=2.0; p=0.010). Bei den anderen Urteilern finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Nach einer These von Aust (1994) sind „Sozialschicht und Gesundheitszustand der Patienten Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit“. Dies lässt sich in dieser Arbeit nicht verifizieren, da lediglich im Bezugspersonenurteil Unterschiede erkennbar sind, die allerdings einen Hinweis darauf geben, dass niedrigere Schichtzugehörigkeit zu einem besseren Urteil über die Behandlung führt und nicht wie bei Aust beschrieben zu einem schlechteren.

Signifikante Korrelationen gibt es auch bei dem Vergleich der vom Therapeuten in der Basisdokumentation gemachten Einschätzung des „Behandlungserfolges und der Kooperationsbereitschaft bei Patient, Eltern und Bezugsperson“ mit den FBB-Bewertungen. Beim Therapeutenurteil ergeben sich hohe Korrelationswerte (r=0.35 bis r=.62), bei Bezugsperson und Eltern mäßig hohe (BP: r=0.25 bis r=0.46; M: r=0.17 bis r=0.33; V: r=0.20 bis 0.40). Beim Patientenurteil zeigen sich keine signifikanten Korrelationen.

In der Projekt-SP von Mattejat und Remschmidt (1998) zeigen sich ebenfalls hohe Werte für das Therapeuten-, Eltern- und Patientenurteil, korreliert man sie mit dem Rating in der Routine-Behandlungsdokumentation „Erfolg hinsichtlich der Symptomatik“. Da dieses Rating und die Einschätzung in der Basisdokumentation vom Therapeuten erstellt wurde, spiegelt es dessen Einschätzung über den Verlauf und das Ergebnis der Therapie wider, sodass in etwa ähnliche Korrelationen gefunden werden konnten wie bei den oben beschriebenen Interkorrelationen. Dass das Patientenurteil der untersuchten UKE-SP nur gering mit den Einschätzungen der Therapeuten in der Basisdokumentation zusammenhängt, ist dann nur logisch. Schmidt et al. (1994) stellten ebenfalls fest, dass zwischen der Patientenzufriedenheit und des vom Therapeuten angegebenen Erfolges der Therapie kein Zusammenhang besteht.

4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung am UKE wird von allen untersuchten Personengruppen teilweise bis überwiegend positiv wahrgenommen. In der Vergleichs-Stichprobe von Mattejat/Remschmidt (1998) waren die Bewertungen besser ausgefallen. Daraus ableitend sollte man die Therapie in der Marburger Klinik jedoch nicht als qualitativ hochwertiger betrachten. Für diesen Schluss sollten, wie von diversen Autoren beschrieben, nicht nur subjektive Qualitätsmaßstäbe herangezogen werden, sondern zusätzlich auch objektive Parameter überprüft werden.

Die Eltern zeigen im Vergleich zu den anderen Befragten die höchste Zufriedenheit, das Personal, wie in anderen Studien auch schon beschrieben, beurteilt die Behandlung am schlechtesten, ist also wahrscheinlich am meisten kritisch. Die höchsten Korrelationen der Gesamturteile der einzelnen Personengruppen ergeben sich mit unterschiedlichen Skalen: so scheint bei den Eltern die Gesamtbeurteilung stark vom Behandlungsverlauf abhängig zu sein, beim Therapeuten wiederum ist sie abhängig vom Therapieerfolg der Familie und beim Patienten von den Rahmenbedingungen. Daraus lässt sich ableiten, dass jede Person die Behandlung anders wahrnimmt und andere Zielvorstellungen hat, denen man nicht pauschal begegnen kann.

Korrelationen hinsichtlich der Gesamturteile zwischen den Urteilergruppen ergeben sich in höchstem Maße bei den Eltern, so dass Mattejat/Remschmidt (1998) eine „(begrenzte) intersubjektive Gültigkeit“ konstatieren. Da diese Gültigkeit aber nicht unbegrenzt ist, wird auch weiterhin die Befragung beider Elternteile nötig sein.

Bei den Behandlungsdaten zeigt sich im Therapeutenurteil eine leicht positivere Beurteilung der Behandlung, wurde diese regulär abgeschlossen. Dies ist naheliegend, da ein Patient, der die Therapie vorzeitig beendet hat, nach Therapeuteneinschätzung das angestrebte Therapieziel noch nicht erreicht hat. Zwischen Basisdaten wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit oder Diagnose und der Beurteilung der Behandlung bestehen, wie auch schon in anderen Studien gezeigt, keine Zusammenhänge. D.h. alle Patienten erfahren eine gleichwertige Behandlung, es gibt keine Bevorteilung einer bestimmten Patientengruppe.

Je mehr Urteiler den Fragebogen ausgefüllt haben, desto besser beurteilt der Therapeut die Therapie. Es wurde bereits in anderen Arbeiten gezeigt, dass die Beteiligten, die keinen Bogen ausfüllen mochten, oft eine schlechtere Einschätzung der abgelaufenen Therapie hatten. Würde man also dafür sorgen, dass mehr von ihnen den Bogen ausfüllen, hätte man wahrscheinlich noch mehr negative Urteile über die Therapie.

Es sollten in der KJP des UKE weiterhin regelmäßige Erhebungen mit dem FBB stattfinden. Diese könnten dann mit den hier erhobenen Ergebnissen verglichen werden und etwaige Qualitätsverschlechterungen frühzeitig entdeckt werden. In anderen Arbeiten wird darüber berichtet, dass Erhebungen zum Entlassungszeitpunkt häufig besser ausfallen als solche, die während der Therapiezeit stattfinden. Daher sollte eine Erhebung mit dem FBB evtl. zusätzlich innerhalb der Therapiezeit stattfinden, um dieses Phänomen auszuschließen. Weiterhin ist zukünftig zur Qualitätsmessung mit dem FBB ein weiteres Erhebungsinstrument zu empfehlen, da mögliche Instrumenteneffekte dann ausgeschlossen werden könnten.

Zusammenfassung

Gesetzliche Vorgaben aus dem SGB V und dem Gesundheitsstrukturgesetz sowie steigende Erwartungshaltung und Aufgeklärtheit bei Patienten und Angehörigen erfordern eine kontinuierliche Qualitätssicherung auf dem medizinischen Sektor. In der Psychiatrie ist die Erfassung Therapieerfolges aufgrund individueller Verläufe und Behandlungspläne schwierig. Zunehmend etabliert sich die Messung der Zufriedenheit in der Medizin. Speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es dazu den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB), der für diese Arbeit verwendet wird. Idealerweise werden in dieser Untersuchung alle an der Therapie beteiligten Personen sowie die Basisdaten des stationären Aufenthaltes erfasst. Die Fragestellungen dieser Evaluation lauten: 1) Wie wird die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der teil-/stationären Behandlung an der KJP des UKE aus Sicht aller an der Behandlung Beteiligten bewertet? 2) Welche Übereinstimmung besteht zwischen den verschiedenen Urteilern? 3) Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Urteilern und Merkmalen der Patienten sowie der Behandlung?

Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine klinisch-naturalistische Querschnittstudie mit N=300 Fällen. Dies entspricht der vollständigen teil-/stationären Inanspruchnahmepopulation von Patienten in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Zeitraum 27.05.1998 bis 07.11.2003. Die Evaluation wird mit Hilfe des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung von Matzejat/Remschmidt (1998) zum Entlassungszeitpunkt durchgeführt. Den Bogen ausfüllen sollten der Patient (über 11 Jahre alt), die Eltern, der Therapeut und die Bezugsperson. Die in dieser Untersuchung zu bestimmenden Beurteilungsaspekte von Variablen lauten Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität. Zusätzlich werden Merkmale der Behandlung (Interventionsvariablen) und des Patienten (Personenvariablen) aus der Basisdokumentation genommen und mit den Urteilen der Beteiligten aus dem FBB verglichen.

Es wurden n=254 Fragebögen ausgewertet. Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung am UKE wird von allen untersuchten Personengruppen teilweise bis überwiegend positiv wahrgenommen (Eltern: M=2.8; Therapeut: M=2.1; Patient: M=2.1; Bezugsperson: M=2.0). Im Gesamturteil sind sich die Eltern oft einig ($r=0.65$), der Therapeut urteilt ihnen ähnlich (M: $r=0.35$ und V: $r=0.45$), die Gesamtbewertung des Patienten korreliert nur wenig ($r=0.24$) mit der des Therapeuten oder der anderen Urteiler. Zwischen den Interventions-/Personendaten aus der Basisdokumentation und den Gesamturteilen bestehen nur wenig Zusammenhänge (z.B. beim Therapeutenurteil Art der Beendigung regulär: M=2.2; irregulär:

M=1.8). Alter des Patienten, Geschlechtszugehörigkeit, Staatsangehörigkeit, oder Art der Erkrankung zeigen keine signifikanten Korrelationen mit den Gesamturteilen. Die Anzahl der Urteiler, die für jeweils einen Behandlungsfall Bögen ausgefüllt haben, korreliert mit den Therapeutenurteilen zu $r=0.25$.

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung am UKE wird von allen untersuchten Personengruppen teilweise bis überwiegend positiv wahrgenommen. Um sie mit anderen Kliniken hinsichtlich der Qualität zu vergleichen, sollten nicht nur subjektive Qualitätsmaßstäbe herangezogen werden, sondern zusätzlich auch objektive Parameter überprüft werden. Das Personal der Klinik beurteilt die Behandlung am schlechtesten, ist also wahrscheinlich am meisten kritisch. Die Skalen mit den höchsten Intrakorrelationen sind für jede Personengruppe anders. Daraus lässt sich ableiten, dass jede Person die Behandlung anders wahrnimmt und andere Zielvorstellungen hat, denen man nicht pauschal begegnen kann. Die höchsten Interkorrelationen ergeben sich zwischen den Eltern. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, die Befragung in Zukunft nur mit einem Elternteil durchzuführen. Da zwischen Basisdaten wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit oder Diagnose und der Beurteilung der Behandlung keine Zusammenhänge bestehen, kann daraus gefolgert werden, dass alle Patienten eine gleichwertige Behandlung erfahren. Je weniger Urteiler den Fragebogen ausgefüllt haben, desto schlechter urteilt der Therapeut. Würde man dafür sorgen, dass noch mehr Urteiler erfasst werden, hätte man wahrscheinlich noch mehr negative Urteile über die Therapie.

Literatur

- 1) Aust, B. (1994) Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung (Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung ISSN-0935-8137)
- 2) Bast, H.J., Trenckmann, U. (1995) Implikationen der Patienten-Zufriedenheitsforschung (Poster auf dem Forum „Brennpunkte in der Psychiatrie“, Hamburg vom 23.-24.6.1995)
- 3) Becker, H.-L., Hollmann, S., Schmidt, K.-H., Trenckmann, U. (2001) Ist Prozess- und Ergebnisqualität in einer psychiatrischen Station messbar? (Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 4, 76-79)
- 4) Cleary, P.D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T.W., McMullen, W., Walker, J.D., Delbanco, T.L. (1991) Patients evaluate their hospital care: A national survey (Health Affairs 10, 254-267)
- 5) Cummings, N.A. (1977) Prolonged (Ideal) Versus Short-Term (Realistic) Psychotherapy (Professional Psychology 8, 491-501)
- 6) De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Munnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. (1986) Kurztherapie- Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen (Familiendynamik 11: 182-205)
- 7) Duden (1999) Das große Wörterbuch der deutschen Sprache (Hrsg.: Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, Mannheim)
- 8) Gaebel, W. (1995) Qualitätssicherung in der Psychiatrie (Nervenarzt 66: 481-493)
- 9) Gould, M., Shaffer, D. (1981) Client Satisfaction Scale (Unveröff. Manuskript, zitiert in Kammerer, 1989; Division of Child Psychiatry, Psychiatric Institute, Columbia University, New York)
- 10) Hain, C., Többen, B., Schulz, W. (2001) Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50: 360-371)

- 11) ICD-10, Deutsches Institut für Dokumentation und Information (Hrsg.), Köln
- 12) Jacobi, F., Kosfelder, J. (2000) Psychotherapieforschung, in: Jacobi, F. u. Poldrack, A., Klinisch-Psychologische Forschung, 245-266, Hogrefe-Verlag, Göttingen
- 13) Judge, K., Solomon, M. (1993) Public Opinion and the National Health Service: Patterns and Perspectives in Consumer Satisfaction (Journal of Social Policy, 22, 3, 299-327)
- 14) Jungjohann, E. E., Beck, B. (1984) Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (1975-1980) (Praxis d. Kinderpsychologie 33: 148-154)
- 15) Kammerer, E. (1989) Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie- eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 38: 205-209)
- 16) Kammerer, E., Göbel, D. (1985) Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34: 123-133)
- 17) Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D. (1984) Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Praxis d. Kinderpsychologie 33: 141-148)
- 18) Kistner, W., Kunze H., Pohl, J. (1996) Qualitätsbeurteilung in der klinischen Psychiatrie (Krankenhauspsychiatrie 7, 54-60)
- 19) Klosinski, G. (1997) Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Brennpunkte und Entwicklungen (Huber, Bern)
- 20) Konopka, L., Keller, F., Löble, M., Felbel, D., Naumann, A. (2001) Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen erfasst? (Krankenhauspsychiatrie 12, 152-156)
- 21) Linn, L.S., Greenfield, S. (1982) Patient suffering and patient satisfaction among the chronically ill (Medical Care 20: 425-431)

- 22) Lopez Plaza-Stock, K. (2002) Mein stationärer Aufenthalt in der Jugendpsychiatrie; Psychologische Diplomarbeit, Hamburg
- 23) Ludewig, K. (1993) Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (System Familie 6: 21-35, Springer-Verlag)
- 24) Mattejat, F. (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (in: Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Remschmidt, H. (Hrsg.), Deutscher Ärzteverlag, Köln)
- 25) Mattejat, F., Gutenbrunner, C., Remschmidt, H. (1994) Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihre assoziierten Einrichtungen (Z. Kinder-Jugendpsychiat. 22, 154-168)
- 26) 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 Band 22, Heft 2, S. 192-233)
- 27) 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)
- 28) Mattejat, F., Remschmidt, H. (1998) Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Hogrefe-Verlag GmbH&Co.KG, Göttingen)
- 29) Neuberger, O. (1985) Arbeit: Begriff – Gestaltung – Motivation – Zufriedenheit (Enke Verlag, Stuttgart)
- 30) Quaschner, K. (1998) Qualitätssicherung der Therapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik (in: Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Remschmidt, H. (Hrsg.), Deutscher Ärzteverlag, Köln)
- 31) Raspe, H.-H. (1983) Aufklärung und Information im Krankenhaus (Beihefte zur Zeitschrift: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Heft 17, Verlag f. med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen)

- 32) Reisel, B., Floquet, P., Leixnering, W. (1998) Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 47, 705-721)
- 33) Remschmidt, H., Mattejat, F. (2001) The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: Theoretical concept and empirical results (European Child & Adolescent Psychiatry 10: I/26-I/45)
- 34) Rittmannsberger, H., Haberfellner, M., Stöbich, E. (1991) Der Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus in der Beurteilung durch seine Patienten (Krankenhauspsychiatrie 2, 59-65)
- 35) Romberg, A. (1998) Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 47: 773-778)
- 36) Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen (Psychother. Med. Psychol. 39: 248-255)
- 37) Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1994) Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung (in: Lamprecht, F., Johnen, R. (Hrsg.), Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? IVAS Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt a.M., 271-283)
- 38) Schneider, F., Stieglitz, R.-D., Gaebel, W. (2001) Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen Behandlung (psycho 27, Nr.4, 207-210)
- 39) Specht, F., Anton, S. (1995) Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, Zürich)
- 40) Steinhausen, H.-Ch. (1983a) Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei Kinderpsychiatrischen Störungen (Prax. d. Kinderpsychologie 32: 11-15, 1983)

- 41) Steinhausen, H.-Ch. (1983b) Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Prax. d. Kinderpsychologie 32: 286-292)
- 42) Voigt, S., Deck, R. (1995) Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium in der medizinischen Rehabilitation (Entwurf zu einem Review; Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität zu Lübeck, 1995)
- 43) Wetterling, T., Junghanns, K., Dilling, H. (1998) Qualitätssicherung in der psychiatrischen Klinik- wie können die Therapieergebnisse möglichst einfach erfasst werden? (Psychiat. Prax. 25, 291-295)
- 44) Wille, A., Loser-Kalbermatten, I. (1988) Die Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern (Z. Kinder-Jugendpsychiat. 16, 117-123)
- 45) Zander, B., Balck, F., Rotthaus, W., Strack, M. (2001) Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50: 325-341)

Anhang

Tab. 5a: Auswahl aus erhobenen Basisdokumentationsdaten

Variable	Ausprägung	%	n
SOZIO-DEMOGRAPHISCHE DATEN			
ALLGEMEINES			
Alter ($M=14.1/SD=2.69$, Min=6, Max=18)			
	6-8	4.3	11
	9-12	20.9	53
	13-18	74.8	190
Geschlecht			
	männlich	47.6	121
	weiblich	52.4	133
Staatsangehörigkeit			
	Deutschland	86.2	219
	Türkei	1.6	4
	sonstiges europäisches Ausland	2.4	6
	Afrika	1.2	3
	Asien	4.3	11
	sonstige	2.4	6
LEBENSITUATION			
Wohnsituation			
	leibliche Eltern	31.5	80
	ein leibl. Elternteil	39.4	100
	ein leibl. Elternteil u. ein Ersatzelternteil	17.3	44
	Ersatzeltern	4.3	11
	Stationäre Jugendhilfe, Reha-/Therapieeinrichtung, Notunterkunft, kein fester Wohnsitz	5.5	14
	in Ehe/mit Partner oder allein wohnend	1.1	3
Vitalstatus der Eltern			
	beide leben	86.6	220
	ein Elternteil verstorben od. unbekannt, ob lebt	11.0	28
	beide gestorben od. unbekannt, ob leben	1.6	4
Tätigkeit der Eltern			
	beide erwerbstätig	42.1	107
	einer nicht erwerbstätig oder arbeitslos	27.2	69
	beide nicht erwerbstätig oder arbeitslos	7.5	19
Schichtzugehörigkeit der Eltern			
	Unterschicht (01, 02)	16.5	42
	Mittelschicht (03, 04, 05, 07, 08, 09, 10)	56.7	144
	Oberschicht (06, 11)	16.5	42
zuletzt besuchte Schule			
	Grundschule, Orientierungsstufe	12.2	31
	Hauptschule	11.8	30
	Realschule	16.9	43
	Gymnasium	21.2	54
	Sonderschulen	8.3	21
	Fach-/Berufsschule	3.1	8
	kein Schulbesuch- ausgeschult	6.7	17
	kein Schulbesuch- andere Gründe	11.4	29

Tab. 5b: Auswahl aus erhobenen Basisdokumentationsdaten

Variable	Ausprägung	%	n
ERKRANKUNGSDATEN			
DIAGNOSEN			
Diagnosen- 1. Achse Hauptdiagnosen			
<i>Code nach ICD-10</i>	<i>Beschreibung</i>		
F 00-09	Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen	0	0
F 10-19	Psych. u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	0.4
F 20-29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	35	13.8
F 30-39	Affektive Störungen	30	11.8
	F 33.2 Rezidiv. depr. Störung, gegenwärtig schwere Episode oh. psychot. Symptome	9	3.5
F 40-49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	49	19.3
	F43.2 Anpassungsstörungen	20	7.9
F 50-59	Verhaltensauffälligkeiten m. körperl. Störungen und Faktoren	15	5.9
	F 50.0 Anorexia nervosa	12	4.7
F 60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	27	10.6
	F 60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	24	9.4
F 70-79	Intelligenzminderung	0	0
F 80-89	Entwicklungsstörungen	1	0.4
F 90-99	Verhaltens- u. emotionale Störungen m. Beginn i.d. Kindheit u. Jugend	94	37.0
	F 92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	35	13.8
	F 93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	19	7.5
Andere		1	0.4
Keine Angabe		1	0.4
Anzahl der Diagnosen auf der 1. Achse			
	keine	0.4	1
	1	44.1	112
	2	36.2	92
	3	19.3	49
Diagnosen- 2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen			
	nein	77.2	196
	ja	16.1	41
Diagnosen- 3. Achse: Intelligenzniveau			
	IQ > 114	1.2	3
	IQ 85-114	6.7	17
	IQ < 85	5.9	15
Diagnosen- 4. Achse: Körperliche Symptomatik			
	nein	13.8	35
	ja	2.4	6
Diagnosen- 5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände in den letzten 6 Monaten			
vorhanden	nein	3.9	10
	ja	89.4	227
davon	abnorme intrafamiliäre Beziehungen	136.2	346
	psych. Störung, abweichendes Verhalten, Behinderung i.d. Fam. inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	51.6	131
	abnorme unmittelbare Umgebung	59.8	152
	abnorme Erziehungsbedingungen	94.1	239
	gesellschaftliche Belastungsfaktoren	123.6	314
	chronische Belastungen in Zusammenhang mit Schule/Arbeit	26.8	68
	belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes	63.4	161
		20.1	51
Diagnose 6. Achse Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung			
	0-2	12.2	31
	3-5	59.8	152
	6-8	20.9	53

Tab. 5c: Auswahl aus erhobenen Basisdokumentationsdaten

Variable	Ausprägung	%	n
BEHANDLUNGSDATEN			
Behandlungsdauer (in Tagen: M=148,2, SD=117,4, Min=1, Max=648)			
	bis zu 1 Mon.	8.3	21
	1-3 Mon.	30.3	77
	3-6 Mon.	33.1	84
	6-12 Mon.	22.0	56
	über 12 Mon.	6.3	16
Behandlungsbereich			
	Tagesklinik	18.1	46
	Kinderstation	30.7	78
	Jugendstation	51.2	130
Wievielte Behandlung hier			
	1.	77.2	196
	2.	19.3	49
	>2.	3.1	8
Frühere Konsultationen			
	nein	15.7	40
	ja	81.1	206
Vorstellungs-/Aufnahmemodus			
	regulär	60.6	154
	Notfall	38.6	98
THERAPIE			
durchgeführt			
	nein, nur Diagnostik	0.4	1
	ja	92.9	236
Art der Therapie			
	psychotherapeutische Verfahren beim Kind	92.5	235
	Beratung und Behandlung bei (Ersatz-) Eltern/Familie	87.0	221
	soziotherapeutische Maßnahmen	55.9	142
	medikamentöse Therapie	40.2	102
	weitere Therapien	73.2	186
- Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-) Eltern/Familie			
	Beratung/anleitende Familiensitzung	65.7	167
	Familientherapie/systemische Therapie	29.5	75
	Patientenbezogene Elterntherapie	44.1	112
- medikamentöse Therapie			
	atypische Neuroleptika	17.3	44
	Tranquilizer/Hypnotika	12.6	32
	Neuroleptika (außer atypische N.)	11.4	29
	andere (Antidepressiva, Antikonvulsiva etc.)	24.0	61
- weitere Therapien			
	Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie	19.3	49
	Krankengymnastik/Bewegungsther.(Mototh.)/Physioth.	48.8	124
	Kunst-/Musiktherapie	42.1	107
Zahl der Therapien			
	0	7.1	18
	1	1.2	3
	2-3	35.0	89
	4-5	56.7	144

Tab. 5d: Auswahl aus erhobenen Basisdokumentationsdaten

Variable	Ausprägung	%	n
ENDE DER BEHANDLUNG			
Beendigung der Behandlung			
	regulär	70.1	178
	vorzeitig durch Patient/Eltern	18.9	48
	vorzeitig durch Behandler	9.1	23
Einschätzung der Kooperationsbereitschaft bei den Eltern/Bezugspersonen			
	gut	36.6	93
	mäßig gut bis schwach	44.5	113
	schlecht	10.6	27
Einschätzung der Kooperationsbereitschaft beim Patienten			
	gut	37.8	96
	mäßig gut bis schwach	48.0	122
	schlecht	7.5	19
BEHANDLUNGSERGEBNIS			
Behandlungserfolg			
- bzgl. Symptomatik	völlig gebessert	6.7	17
	deutlich gebessert	44.9	114
	etwas gebessert	29.5	75
	unverändert	10.6	27
	verschlechtert	1.2	3
- bzgl. Gesamtsituation	deutlich gebessert	35.0	89
	etwas gebessert	37.4	95
	unverändert	17.3	44
	verschlechtert	3.1	8
Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI			
	hervorragende bis befriedigende Anpassung	15.0	38
	leichte bis mäßige soziale Beeinträchtigung	40.2	102
	deutliche bis übergreifende soz. Beeinträchtigung	32.7	83
	tiefgreifende soz. Beeinträchtigung bis ständige Betreuung nötig	4.7	12
EMPFOHLENE WEITERBEHANDLUNG			
Maßnahmen erforderlich			
	nein	2.8	7
	ja	91.3	232
Art der Empfehlung (indiziert/empfohlen od. veranlasst/eingeleitet)			
	Kinder- und Jugendpsychiatrische Weiterbehandlung	81.1	206
	psychiatrische Behandlung	15.0	38
	andere medizinische Behandlung	35.4	90
	ambulante Therapieformen	115.4	293
	Hilfen nach KJHG	49.2	125
	außerhäusliche Unterbringung	41.7	106
	pädagogische Maßnahmen/Schule	27.6	70

Tab. 6: Mittelwertvergleich aller Urteiler

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Therapeut									
Therapieerfolg Patient	254	2.5	.05	2.8	.81	-.66	.21	.0	4.0
Therapieerfolg Familie	136	1.7	.06	1.7	.74	-.25	-.56	.0	3.3
Kooperation Patient	254	2.3	.04	2.4	.60	-.32	.05	.6	3.6
Kooperation Mutter	214	2.1	.06	2.2	.82	-.22	-.41	.2	4.0
Kooperation Vater	149	2.1	.06	2.2	.76	-.33	-.40	.0	3.4
Gesamtwert	254	2.1	.03	2.1	.54	-.18	-.41	.6	3.4
Bezugsperson									
Therapieerfolg Patient	250	2.4	.05	2.5	.86	-.46	-.33	.2	4.0
Therapieerfolg Familie	82	1.8	.09	1.9	.83	-.16	-.22	.0	3.7
Kooperation Patient	250	2.0	.02	2.0	.35	.07	.56	1.0	3.2
Kooperation Mutter	160	1.9	.03	1.8	.38	-.13	1.06	.6	3.0
Kooperation Vater	95	1.8	.04	1.8	.42	-.51	.19	.6	2.6
Gesamtwert	250	2.0	.02	2.0	.39	-.02	-.04	.9	3.1
Patient									
Behandlungserfolg	163	2.2	.05	2.2	.63	-.34	-.69	.8	3.4
Beziehung z. Therapeuten	163	1.8	.02	1.7	.27	.31	.80	1.0	2.7
Beziehung z. Bezugsperson	163	2.4	.05	2.4	.59	-.89	.16	.9	3.4
Rahmenbedingungen	160	2.3	.04	2.4	.49	-.24	.05	1.0	3.4
Gesamtwert	163	2.1	.02	2.2	.24	-.39	.11	1.3	2.7
Mutter									
Behandlungserfolg	142	2.6	.07	2.6	.86	-.33	-.32	.0	4.0
Behandlungsverlauf	142	2.9	.05	3.1	.62	-1.12	1.53	.6	3.9
Beziehung z. Bezugsperson	133	2.7	.08	2.9	.88	-1.14	.88	.0	4.0
Gesamtwert	143	2.8	.05	2.9	.63	-.62	-.09	.9	3.9
Vater									
Behandlungserfolg	90	2.4	.09	2.6	.87	-.44	.03	.1	4.0
Behandlungsverlauf	90	3.0	.09	3.2	.83	-1.15	.95	.4	4.0
Beziehung z. Bezugsperson	90	2.6	.09	2.7	.81	-1.37	2.37	.0	4.0
Gesamtwert	90	2.8	.08	3.0	.77	-.95	.64	.4	4.0

Tab. 7: Intrakorrelationen

Intrakorrelation Therapeut

	Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Therapieerfolg Patient	.45	.000	136	.60	.000	254	.30	.000	214	.22	.006	149	.74	.000	254
Therapieerfolg Familie				.20	.017	136	.51	.000	136	.45	.000	136	.81	.000	136
Kooperation Patient							.24	.001	214	.13	.120	149	.62	.000	254
Kooperation Mutter										.35	.000	136	.74	.000	214
Kooperation Vater													.65	.000	149

Anmerkungen. N=254.

Intrakorrelation BP

	Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Therapieerfolg Patient	.63	.000	82	.10	.103	250	.02	.769	160	.09	.397	95	.80	.000	250
Therapieerfolg Familie				.20	.069	82	-.15	.187	82	-.05	.627	82	.85	.000	82
Kooperation Patient							.21	.008	160	.05	.630	95	.44	.000	250
Kooperation Mutter										.42	.000	82	.29	.000	160
Kooperation Vater													.29	.004	95

Anmerkungen. N=254.

Intrakorrelation Patient

	Beziehung z. Therapeuten			Beziehung zur BP			Rahmenbedingungen			Gesamtbewertung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Behandlungserfolg	-.34	.000	163	.29	.000	163	.09	.264	160	.60	.000	163
Bezieh. z. Therapeut				-.03	.682	163	-.21	.007	160	-.01	.948	163
Beziehung zur BP							-.01	.911	160	.17	.031	163
Rahmenbedingungen										.77	.000	160

Anmerkungen. N=254.

Intrakorrelation Mutter

	Behandlungsverlauf			Beziehung zur BP			Gesamtbewertung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Behandlungserfolg	.61	.000	141	.47	.000	133	.85	.000	142
Behandlungsverlauf				.69	.000	132	.93	.000	142
Beziehung zur BP							.66	.000	133

Anmerkungen. N=254.

Intrakorrelation Vater

	Behandlungsverlauf			Beziehung zur BP			Gesamtbewertung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Behandlungserfolg	.61	.000	90	.52	.000	90	.82	.000	90
Behandlungsverlauf				.81	.000	90	.96	.000	90
Beziehung zur BP							.78	.000	90

Anmerkungen. N=254.

Tab. 8: Interkorrelationen

Therapeut	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Bezugsperson																			
Therapieerfolg Patient	.60	.000	250	.34	.000	134	.47	.000	250	.25	.000	211	.14	.089	146	.47	.000	250	
Therapieerfolg Familie	.41	.000	82	.55	.000	79	.21	.058	82	.57	.000	79	.41	.000	80	.63	.000	82	
Kooperation Patient	-.01	.928	250	.04	.633	134	-.10	.111	250	.02	.779	211	.09	.298	146	.00	.947	250	
Kooperation Mutter	.05	.540	160	-.11	.279	98	-.04	.658	160	-.24	.003	151	-.09	.404	99	-.14	.087	160	
Kooperation Vater	.18	.075	95	.01	.946	84	.08	.467	95	-.07	.527	84	-.27	.010	93	-.06	.597	95	
Gesamtbeurteilung	.49	.000	250	.35	.000	134	.36	.000	250	.24	.000	211	.20	.017	146	.44	.000	250	

Anmerkungen. N=254.

Therapeut	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Patient																			
Behandlungserfolg	.37	.000	163	.27	.009	93	.29	.000	163	.29	.001	141	.23	.018	102	.45	.000	163	
Bezieh. z. Therapeut.	-.25	.001	163	-.09	.385	93	-.24	.002	163	-.03	.736	141	-.06	.528	102	-.21	.008	163	
Beziehung zur BP	.16	.042	163	-.02	.886	93	.12	.132	163	-.03	.771	141	.04	.725	102	.08	.288	163	
Rahmenbedingungen	.03	.671	160	.21	.046	91	.08	.300	160	-.02	.811	139	-.06	.578	99	.03	.710	160	
Gesamtbewertung	.17	.029	163	.31	.003	93	.16	.038	163	.02	.065	141	.08	.442	102	.24	.002	163	

Anmerkungen. N=254.

Therapeut	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Mutter																			
Behandlungserfolg	.28	.001	142	.30	.006	86	.30	.000	142	.29	.001	130	.12	.260	89	.37	.000	142	
Behandlungsverlauf	.14	.087	142	.34	.002	87	.18	.030	142	.32	.000	130	.10	.375	90	.28	.001	142	
Beziehung zur BP	-.03	.709	133	.29	.009	83	.03	.732	133	.15	.107	124	.06	.609	85	.07	.417	133	
Gesamtbewertung	.22	.008	143	.35	.001	87	.25	.002	143	.34	.000	131	.12	.276	90	.35	.000	143	

Anmerkungen. N=254.

Therapeut	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Vater																			
Behandlungserfolg	.34	.001	90	.38	.001	74	.24	.023	90	.39	.000	77	.30	.006	81	.48	.000	90	
Behandlungsverlauf	.19	.081	90	.43	.000	74	.16	.139	90	.25	.027	77	.29	.009	81	.36	.000	90	
Beziehung zur BP	.18	.083	90	.52	.000	74	.12	.275	90	.23	.045	77	.38	.001	81	.37	.000	90	
Gesamtbewertung	.26	.012	90	.45	.000	74	.05	.053	90	.32	.004	77	.32	.003	81	.45	.000	90	

Anmerkungen. N=254.

Bezugsperson	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Patient																			
Behandlungserfolg	.35	.000	162	.27	.042	56	-.01	.941	162	-.11	.257	105	.01	.919	66	.27	.001	162	
Bezieh. z. Therapeut.	-.23	.003	162	-.20	.144	56	.02	.802	162	.10	.329	105	-.03	.793	66	-.21	.007	162	
Beziehung zur BP	.23	.003	162	.21	.119	56	-.14	.083	162	-.13	.196	105	-.06	.608	66	.12	.125	162	
Rahmenbedingungen	.10	.197	159	.15	.271	55	-.13	.116	159	-.24	.012	104	.24	.059	64	-.01	.946	159	
Gesamtbewertung	.21	.006	162	.24	.078	56	.09	.234	162	-.22	.022	105	.20	.113	66	.10	.220	162	

Anmerkungen. N=254.

Bezugsperson	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Mutter																		
Behandlungserfolg	.30	.000	142	.36	.010	52	.05	.548	142	-.11	.265	99	.01	.930	55	.26	.002	142
Behandlungsverlauf	.19	.025	142	.24	.087	53	-.02	.851	142	-.18	.068	100	.02	.906	56	.14	.087	142
Beziehung zur BP	.03	.723	133	.33	.021	50	-.09	.280	133	-.20	.054	94	-.03	.821	53	-.01	.945	133
Gesamtbewertung	.26	.002	143	.31	.024	53	.14	.868	143	-.17	.097	100	.02	.910	56	.21	.011	143

Anmerkungen. N=254.

Bezugsperson	Therapieerfolg Patient			Therapieerfolg Familie			Kooperation Patient			Kooperation Mutter			Kooperation Vater			Gesamtbeurteilung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Vater																		
Behandlungserfolg	.38	.001	90	.40	.005	47	-.02	.828	90	-.09	.517	59	-.03	.824	53	.31	.003	90
Behandlungsverlauf	.16	.139	90	.26	.081	47	.01	.951	90	-.07	.599	59	.05	.734	53	.13	.240	90
Beziehung zur BP	.12	.248	90	.26	.076	47	.15	.173	90	-.18	.167	59	.04	.758	53	.12	.265	90
Gesamtbewertung	.26	.014	90	.34	.019	47	.00	.970	90	-.08	.534	59	.02	.886	53	.21	.051	90

Anmerkungen. N=254.

Patient	Behandlungserfolg			Beziehung z. Therapeuten			Beziehung zur BP			Rahmenbedingungen			Gesamtbewertung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Mutter															
Behandlungserfolg	.39	.000	117	-.05	.603	117	.22	.019	117	-.03	.785	116	.22	.016	117
Behandlungsverlauf	.25	.007	118	.02	.812	118	.23	.014	118	.06	.524	117	.23	.014	118
Beziehung zur BP	.15	.110	109	.13	.189	109	.26	.006	109	-.04	.720	108	.12	.200	109
Gesamtbewertung	.34	.000	118	-.01	.938	118	.25	.007	118	.03	.765	117	.25	.007	118

Anmerkungen. N=254.

Patient	Behandlungserfolg			Beziehung z. Therapeuten			Beziehung zur BP			Rahmenbedingungen			Gesamtbewertung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Vater															
Behandlungserfolg	.40	.000	73	-.01	.929	73	.19	.116	73	.02	.875	72	.28	.018	73
Behandlungsverlauf	.34	.004	73	.11	.340	73	.01	.954	73	-.01	.910	72	.26	.027	73
Beziehung zur BP	.34	.003	73	.12	.298	73	.04	.711	73	.03	.807	72	.30	.009	73
Gesamtbewertung	.40	.000	73	.08	.508	73	.08	.521	73	.00	.982	72	.30	.011	73

Anmerkungen. N=254.

Mutter	Behandlungserfolg			Behandlungsverlauf			Beziehung zur BP			Gesamtbewertung		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Vater												
Behandlungserfolg	.69	.000	81	.44	.000	82	.37	.001	78	.58	.000	82
Behandlungsverlauf	.42	.000	81	.62	.000	82	.46	.000	78	.61	.000	82
Beziehung zur BP	.41	.000	81	.62	.000	82	.61	.000	78	.61	.000	82
Gesamtbewertung	.55	.000	81	.61	.000	82	.47	.000	78	.65	.000	82

Anmerkungen. N=254.

Tab. 9: Zusammenhänge zwischen dichotomen Kategorialvariablen und den FBB-Gesamturteilen

Variable	Urteiler	Gruppe 1			Gruppe 2			<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>			
Geschlecht		m			w					
	T	2.1	.54	121	2.1	.54	133	-.956	252	.340
	B	2.0	.42	121	2.0	.36	129	.788	235.406	.432
	P	2.1	.26	71	2.1	.23	92	-1.322	161	.188
	M	2.8	.63	78	2.8	.64	65	.324	141	.746
	V	2.8	.84	48	2.8	.67	42	-.186	87.314	.853
Staatsangehörigkeit deutsch		nein			ja					
	T	2.2	.65	30	2.1	.52	219	-.787	247	.432
	B	2.0	.47	30	2.0	.38	215	-.142	34.383	.888
	P	2.2	.20	10	2.1	.25	150	-	-	-
	M	2.9	.74	8	2.8	.63	133	-	-	-
	V	3.0	.89	7	2.8	.76	82	-	-	-
beide Elternteile leben		nein			ja					
	T	2.1	.59	32	2.1	.53	220	.586	250	.558
	B	1.9	.42	32	2.0	.38	216	.765	246	.445
	P	2.0	.26	20	2.1	.24	142	1.676	160	.096
	M	2.8	.71	15	2.8	.62	127	.075	140	.941
	V	2.5	.78	9	2.9	.76	81	-	-	-
mehr als eine Aufnahme hier		nein			ja					
	T	2.1	.54	196	2.0	.54	57	1.680	251	.094
	B	2.0	.39	194	2.0	.40	55	-.970	247	.333
	P	2.1	.24	126	2.1	.25	36	.552	160	.581
	M	2.8	.62	114	2.8	.67	29	-.405	141	.686
	V	2.8	.79	70	2.8	.70	20	.173	88	.863
frühere Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten		nein			ja					
	T	2.1	.55	40	2.1	.54	206	-.761	244	.448
	B	2.0	.39	40	2.0	.39	202	.244	240	.807
	P	2.2	.22	24	2.1	.25	134	1.612	156	.109
	M	2.9	.71	22	2.8	.61	117	1.077	137	.284
	V	2.6	1.05	13	2.9	.72	74	-	-	-

Variable	Urteiler	Gruppe 1			Gruppe 2			t	df	p
		M	SD	n	M	SD	n			
Vorstellungs-/ Aufnahmemodus regulär		nein			ja					
	T	2.2	.48	98	2.0	.56	154	-2.714	228.451	.007
	B	2.0	.39	94	2.0	.39	154	.462	246	.644
	P	2.1	.22	61	2.1	.26	101	-1.003	142.289	.317
	M	2.7	.60	52	2.8	.65	89	.721	139	.472
	V	2.7	.75	27	2.9	.78	61	.654	86	.515
suizidal oder ein/mehrere Suizidversuch/e		nein			ja					
	T	2.1	.56	160	2.2	.53	73	-.887	231	.376
	B	2.0	.39	158	1.9	.37	72	.968	228	.334
	P	2.1	.25	105	2.2	.23	47	-1.787	150	.076
	M	2.8	.64	100	2.8	.63	33	.221	131	.825
	V	2.8	.82	64	2.9	.64	20	-.247	82	.805
mehr als eine Diagnose auf Achse I		nein			ja					
	T	2,2	,53	112	2,0	,54	141	2,900	251	,004
	B	2,0	,40	109	2,0	,38	140	,757	247	,450
	P	2,1	,25	72	2,1	,24	90	,681	160	,497
	M	2,9	,60	71	2,7	,66	71	1,776	140	,078
	V	2,9	,80	43	2,8	,75	46	,244	87	,808
II. Achse umschriebene Entwicklungs- störung		nein			ja					
	T	2.1	.53	196	2.0	.62	41	1.169	52.975	.248
	B	2.0	.38	193	1.9	.41	41	.581	232	.562
	P	2.1	.25	129	2.0	.25	26	2.107	153	.037
	M	2.8	.58	105	2.7	.77	32	.826	42.421	.413
	V	2.9	.72	68	2.6	.96	18	1.022	22.296	.318
IV. Achse körperliche Symptomatik		nein			ja					
	T	2.1	.53	203	2.1	.62	36	.859	237	.391
	B	2.0	.36	200	2.0	.50	36	-.185	41.630	.854
	P	2.1	.25	133	2.1	.23	24	.907	155	.366
	M	2.8	.63	114	2.9	.67	23	-.715	135	.476
	V	2.8	.78	74	3.0	.78	12	-	-	-

Variable	Urteiler	Gruppe 1			Gruppe 2			<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>			
V. Achse abnorme psychosoziale Umstände in den letzten sechs Monaten		nein			ja					
	T	2.6	.27	10	2.1	.55	227	-	-	-
	B	2.1	.31	10	2.0	.39	224	-	-	-
	P	2.3	.19	10	2.1	.25	145	-	-	-
	M	3.0	.36	10	2.8	.65	127	-	-	-
	V	3.2	.39	10	2.8	.80	76	-	-	-
Therapie durchgeführt		nein			ja					
	T	2.3	-	1	2.1	.55	236	-	-	-
	B	2.3	-	1	2.0	.38	233	-	-	-
	P	-	-	0	2.1	.25	155	-	-	-
	M	-	-	0	2.8	.63	137	-	-	-
	V	-	-	0	2.8	.78	86	-	-	-
psychotherapeut. Verfahren beim Kind angewendet		nein			ja					
	T	2.6	-	1	2.1	.55	235	-	-	-
	B	2.0	-	1	2.0	.39	232	-	-	-
	P	-	-	-	2.1	.25	155	-	-	-
	M	3.2	-	1	2.8	.63	136	-	-	-
	V	2.7	-	1	2.8	.78	85	-	-	-
medikamentöse Therapie erhalten		nein			ja					
	T	2.1	.56	132	2.2	.54	102	-1.098	232	.273
	B	1.9	.38	131	2.0	.39	100	-1.658	229	.099
	P	2.1	.24	88	2.1	.26	65	.234	151	.815
	M	2.8	.67	81	2.7	.58	54	1.120	124.116	.265
	V	2.7	.85	51	3.0	.63	33	-1.736	80.208	.086
Beratung u. Behandlung der Eltern/Familie		nein			ja					
	T	2.0	.69	14	2.1	.54	221	-	-	-
	B	1.9	.46	13	2.0	.38	219	-	-	-
	P	2.0	.14	8	2.1	.25	146	-	-	-
	M	2.9	.66	4	2.8	.64	132	-	-	-
	V	2.7	.57	4	2.8	.79	81	-	-	-

Variable	Urteiler	Gruppe 1			Gruppe 2			t	df	p
		M	SD	n	M	SD	n			
sozio-therapeutische Massnahmen angewendet		nein			ja					
	T	2.2	.56	93	2.1	.54	142	1.767	233	.079
	B	2.0	.35	92	2.0	.41	140	.000	213.323	1.000
	P	2.1	.25	69	2.1	.25	85	.044	152	.965
	M	2.8	.70	59	2.8	.58	77	.623	110.516	.535
	V	2.8	.97	39	2.9	.57	46	-.700	58.871	.487
weitere Therapien erhalten		nein			ja					
	T	2.2	.63	49	2.1	.53	186	.885	66.660	.379
	B	1.9	.41	46	2.0	.38	186	-1.715	230	.088
	P	2.1	.29	27	2.1	.24	127	-.232	152	.817
	M	2.8	.71	27	2.8	.62	109	.245	36.441	.808
	V	2.9	.83	14	2.8	.77	71	-	-	-
Art der Beendigung regulär		nein			ja					
	T	1.8	.54	71	2.2	.49	178	6.423	247	.000
	B	1.8	.38	69	2.1	.35	177	6.151	244	.000
	P	2.1	.26	38	2.1	.24	123	.643	159	.521
	M	2.6	.52	27	2.9	.65	114	1.961	139	.052
	V	2.8	.51	17	2.8	.82	72	.575	38.603	.568
Weiterbehandlung erforderlich		nein			ja					
	T	1.7	.50	7	2.1	.54	232	-	-	-
	B	1.8	.47	7	2.0	.38	229	-	-	-
	P	-	-	0	2.1	.25	154	-	-	-
	M	3.1	.24	4	2.8	.64	132	-	-	-
	V	2.7	.03	2	2.8	.79	81	-	-	-
Ausserhäusliche Unterbringung empfohlen		nein			ja					
	T	2.2	.52	130	2.0	.55	107	2.944	235	.004
	B	2.0	.35	128	2.0	.42	106	-.204	205.592	.838
	P	2.1	.23	92	2.1	.28	61	.657	111.193	.513
	M	2.9	.66	86	2.7	.55	48	1.925	132	.056
	V	2.9	.81	52	2.7	.72	30	1.213	80	.229

Variable	Urteiler	Gruppe 1			Gruppe 2			<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>			
pädagogische Massnahme/ Schule empfohlen		nein			ja					
	T	2.2	.51	163	2.0	.60	71	1.692	116.040	.093
	B	2.0	.37	161	2.0	.41	70	-.761	229	.448
	P	2.1	.26	109	2.1	.23	44	-.369	151	.713
	M	2.8	.67	94	2.8	.55	40	-.474	88.349	.636
	V	2.8	.77	57	2.7	.82	25	.637	80	.526
Hilfen nach KJHG empfohlen		nein			ja					
	T	2.2	.51	109	2.1	.57	126	2.135	233	.034
	B	2.0	.37	107	2.0	.40	125	-.133	229.002	.894
	P	2.1	.22	77	2.1	.27	76	1.950	143.945	.053
	M	2.9	.68	67	2.7	.58	67	1.108	132	.270
	V	2.9	.85	46	2.7	.68	36	.861	79.921	.392

Anmerkungen. t-Test

Tab. 10: Korrelationen von intervallskalierten Items aus der Basisdokumentation mit der FBB-Gesamtbewertung der verschiedenen Urteiler

	Therapeut			Bezugsperson			Patient			Mutter			Vater		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Alter bei Aufnahme in Jahren	.01	.923	254	.02	.726	250	.10	.191	163	.01	.880	143	.04	.685	90
BMI bei Aufnahme	-.10	.151	192	.21	.777	190	-.45	.611	129	.00	.989	121	-.19	.097	75
wieviele Aufnahme	-.14	.024	253	-.01	.943	249	-.04	.635	162	.10	.902	143	-.03	.783	90
Zahl d. Diagnosen auf Achse I	.17	.008	254	-.08	.185	250	-.06	.443	163	-.16	.063	143	.02	.825	90
Zahl abnormer psy.Umstände	-.28	.000	254	-.11	.095	250	-.15	.051	163	-.09	.311	143	-.15	.159	90
Zahl therapeutische Verfahren	.03	.592	254	.02	.786	250	-.02	.831	163	-.15	.069	143	.05	.644	90
Zahl psychoth. Verfahren b.K.	.02	.716	254	.07	.277	250	-.08	.289	163	-.08	.336	143	.00	.981	90
Zahl fam. Beratungsverfahren	.06	.312	254	-.09	.163	250	-.07	.410	163	-.02	.783	143	-.17	.106	90
Zahl weiterer Therapien	.05	.441	254	.15	.018	250	.06	.418	163	-.03	.743	143	.08	.430	90
Zahl medikament. Therapien	.06	.349	254	.05	.456	250	.02	.813	163	-.03	.702	143	.18	.093	90
Zahl soziotherap. Maßnahmen	.00	.993	254	.02	.742	250	.07	.404	163	-.05	.551	143	.04	.729	90
Dauer d. Behandlung in Tagen	.05	.399	254	.23	.000	250	-.07	.369	163	.21	.013	143	.07	.488	90
Zahl d. empfohl. Weiterbeh.	.21	.004	194	.09	.240	192	-.08	.355	126	-.04	.675	121	-.19	.111	74

Anmerkungen. N=254, Pearson-Korrelation

Tab. 11: Zusammenhänge zwischen trichotomen Kategorialvariablen und den FBB-Gesamturteilen

	Urteiler	Gruppe 1			Gruppe 2			Gruppe 3			F	df zw.d. Gruppen, innerhalb der Gruppen	p	η^2
		M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n				
Wohn- situation		ohne leibliche Elternteile			m. einem leibl. Elternteil			m. beiden leibl. Eltern						
	T	2.1	.68	29	2.1	.52	145	2.1	.53	80	.083	2. 251	.920	.001
	B	2.0	.45	28	2.0	.36	144	2.0	.42	78	.145	2. 247	.865	.001
	P	2.1	.22	17	2.1	.26	101	2.1	.22	45	1.086	2. 160	.340	.013
	M	2.9	.37	9	2.8	.70	88	2.9	.53	46	.738	2.140	.480	.010
	V	3.1	.47	6	2.7	.80	41	3.0	.74	43	2.089	2.870	.130	.046
Schicht- zugehörig- keit der Eltern		Unterschicht			Mittelschicht			Oberschicht						
	T	2.1	.62	42	2.1	.54	144	2.2	.49	42	.932	2. 225	.395	.008
	B	2.1	.40	41	1.9	.37	144	2.0	.39	40	4.750	2. 222	.010	.041
	P	2.1	.27	22	2.1	.25	101	2.1	.25	29	.309	2. 149	.735	.004
	M	2.9	.69	19	2.8	.61	93	2.7	.71	24	.240	2. 133	.787	.004
	V	2.8	1.12	7	2.9	.76	61	2.7	.73	18	.181	2.830	.835	.004
Erwerbs- tätigkeit der Eltern		beide nicht erwerbstätig			ein Elternteil erwerbstätig			beide Elternteile erwerbstätig						
	T	2.0	.54	56	2.1	.56	91	2.2	.52	107	1.856	2. 251	.158	.015
	B	2.0	.39	54	2.0	.46	89	2.0	.32	107	.020	2. 247	.980	.000
	P	2.1	.18	34	2.1	.28	56	2.1	.24	73	.283	2. 160	.754	.004
	M	2.9	.69	21	2.7	.69	46	2.8	.58	76	.413	2. 140	.662	.006
	V	3.1	.59	9	2.9	.91	23	2.8	.73	58	.601	2.870	.550	.014
besuchte Schule zum Zeitpunkt der Aufnahme		Hauptschule			Realschule			Gymnasium						
	T	2.0	.48	30	2.2	.48	43	2.2	.50	54	1.656	2. 124	.195	.026
	B	1.9	.41	30	2.0	.31	43	2.0	.36	53	.791	2. 123	.456	.013
	P	2.2	.27	22	2.1	.22	34	2.1	.25	45	.358	2. 980	.700	.007
	M	2.6	.73	16	2.8	.64	23	2.8	.56	35	.541	2. 710	.584	.015
	V	2.8	1.03	9	2.9	.69	18	2.9	.65	20	.064	2.440	.938	.003
Station		Tagesklinik			Kinderstation			Jugendstation						
	T	1.9	.56	46	2.2	.55	78	2.2	.51	130	5.474	2. 251	.005	.042
	B	2.0	.35	46	2.0	.39	76	2.0	.40	128	.174	2. 247	.840	.001
	P	2.0	.21	31	2.1	.27	47	2.1	.23	85	3.140	2. 160	.046	.038
	M	2.9	.70	28	2.7	.72	52	2.8	.51	63	1.483	2. 140	.231	.021
	V	2.8	.69	17	2.6	.97	33	3.0	.54	40	2.766	2. 870	.068	.060

Anmerkungen. einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)

Tab. 12: Korrelation von ordinalskalierten Erfolgsmaßen aus der Basisdokumentation mit den FBB-Gesamtbewertungen

	Therapeut			Bezugsperson			Patient			Mutter			Vater		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Kooperationsbereitschaft von Eltern	.62	.000	233	.31	.000	230	.13	.125	153	.27	.001	137	.40	.000	86
Kooperationsbereitschaft vom Patienten	.35	.000	237	.37	.000	234	.16	.043	155	.17	.048	137	.29	.007	86
Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik	.51	.000	236	.39	.000	233	.17	.040	155	.33	.000	137	.31	.004	86
Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation	.45	.000	236	.46	.000	233	.12	.146	155	.20	.019	137	.27	.011	86
Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse VI)	.41	.000	235	.25	.000	232	.18	.024	154	.19	.025	136	.20	.066	85

Anmerkungen. N=254, Spearman-Rangkorrelation

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort, der es mir ermöglicht hat, in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters zu promovieren.

Zudem gebührt mein spezieller Dank Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Claus Barkmann für seine hervorragende Betreuung bei der Erstellung der Dissertation mit vielen Anregungen und unendlichen Durchsichten.

Mein besonderer Dank richtet sich an alle Patienten, Eltern, Therapeuten und Bezugspersonen, die Fragebögen ausgefüllt haben - ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Meinen Eltern danke ich für ihre immerwährende Unterstützung in allen Lebensabschnitten.

Torsten spreche ich meinen Dank aus für seine ständige Ermutigung zum Durchhalten und dafür, dass er immer für mich da ist.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Doris Hoffmann
Geburtsdatum/-ort: 30.08.1974 in Hamburg
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: ledig

Schulbildung

08/1981 – 07/1985 Grundschole Ashausen
08/1985 – 07/1987 Orientierungsstufe Stelle
08/1987 – 06/1994 Gymnasium Winsen/Luhe, Erlangung der Hochschulreife

Ausbildung

08/1995 – 01/1998 Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen Assistentin an der Dr.-von-Morgenstern-Schule, Lüneburg und in der Markt-Apotheke, Seevetal

Studium

10/1998 – 11/2005 Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
11/2005 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2004 – 09/2005 Praktisches Jahr
Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie bei PD Dr. med. Debus, AK Harburg, Hamburg
Dermatologie bei PD Dr. med. Sander, AK St. Georg, Hamburg
Innere Medizin bei Prof. Dr. med. Pop, AK Harburg, Hamburg

Berufliche Tätigkeit

Seit 04/2006 Assistenzärztin in der Chirurgie, Diakonieklinikum Alten Eichen, Hamburg

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes als solche kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.