
UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Direktor der Einrichtung: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Der Einfluss von Störungsbild und Familienfunktion auf den Behandlungserfolg bei stationären und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Jens Esser

aus Leer

Hamburg 2013

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 06.08.2013

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Georg Romer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Monika Bullinger

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: PD Dr. Jonas Denecke

1	Einleitung.....	6
1.1	Problemstellung.....	6
1.2	Literaturrecherche	8
1.3	Theoretische Annäherung	9
1.4	Empirische Forschungsergebnisse.....	18
1.5	Der derzeitige Stand der Forschung.....	25
1.6	Ungelöste Probleme (unsolved-issues)	30
1.7	Fragestellung und Hypothesen.....	31
1.8	Ziel der Arbeit.....	32
2	Methode	35
2.1	Die Wahl des Forschungsdesigns und des Daten-erhebungsverfahrens	35
2.2	Variablenauswahl und –definition (Teil I)	36
2.3	Operationalisierung (Instrumente)	37
2.4	Variablenauswahl und –definition (Teil II)	43
2.5	Stichprobenansatz.....	44
2.6	Datenerhebung.....	45
2.7	Auswertungsverfahren.....	46
3	Ergebnisse.....	50
3.1	Art der Ergebnisdarstellung	50
3.2	Einzelergebnisse	50
3.2.1	Deskriptive Beschreibung der Patientenpopulation und das Maß an Veränderung im Behandlungsverlauf.....	50
3.2.2	Prä-Post-Effektstärke der Störungsgruppen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart	60
3.2.3	Der Zusammenhang der Störungsgruppe mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart.....	73
3.2.4	Prä-Post-Effektstärke der internalisierenden und externalisierenden Symptomskalen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart.....	80
3.2.5	Der Zusammenhang der störungsspezifischen Symptomskala mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart.....	82
3.2.6	Der Zusammenhang zwischen den Parametern des Behandlungserfolges aus Patientensicht unterteilt nach der Behandlungsart	83
3.2.7	Der Einfluss der Familienfunktion auf die Variablen des Behandlungserfolges aus Patientensicht.....	84
4	Diskussionsteil.....	89
4.1	Kurzzusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....	89
4.2	Diskussion der Einzelergebnisse	90
4.2.1	deskriptive Beschreibung der Patientenpopulation und das Maß an Veränderung im Behandlungsverlauf.....	90
4.2.2	Prä-Post-Effektstärke der Störungsgruppen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart	92

4.2.3	Der Zusammenhang der Störungsgruppe mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart.....	97
4.2.4	Prä-Post-Effektstärke der internalisierenden und externalisierenden Symptomskalen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart.....	100
4.2.5	Der Zusammenhang der störungsspezifischen Symptomskala mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart.....	101
4.2.6	Der Zusammenhang der Parameter des Behandlungserfolges aus Patientensicht unterteilt nach der Behandlungsart.....	103
4.2.7	Der Einfluss der Familienfunktion auf die Variablen des Behandlungserfolges aus Patientensicht.....	105
4.3	Methodische Kritik.....	109
4.4	Zusammenfassende Diskussion.....	112
4.5	Ausblick.....	115
5	Literatur.....	117
6	Anhang.....	126
7	Danksagung.....	168
8	Lebenslauf.....	169
9	Eidesstattliche Versicherung.....	171

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Seit die WHO 1984 die systematische Überwachung der Güte der Patientenbetreuung gefordert und Deutschland 1989 mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes reagiert hat, spielt die Qualitätskontrolle eine immer größere Rolle in der Medizin.

Seither sind die Krankenhäuser gemäß § 135a und §137 SGB V verpflichtet, „sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden...“. Ziel ist es eine dem fachlichen Kenntnisstand und den vorhandenen Ressourcen entsprechend bestwirksame und humane Krankenbehandlung zu gewährleisten. Somit soll über eine Verbesserung der Prozessqualität, also der diagnostischen und therapeutischen Interventionen, eine optimale Ergebnisqualität mit dem Erreichen der therapeutischen Zielvorgabe gelingen.

Laut Hoagwood (1996) können die auftretenden Behandlungskosten nur auf der Prämisse von definiertem und gemessenem Behandlungsergebnis basieren. Besonders der Kostendruck durch abnehmende ökonomische Ressourcen im Gesundheitswesen führt dazu, dass Behandlungen gemäß den Kriterien der evidenzbasierten Medizin auf ihre Effektivität gemessen und vor den Sozialversicherungsträgern gerechtfertigt werden müssen (Branik 2003, Gavidia-Payne 2003) . Fehlt dieser Beleg einer Kosten-Nutzen-Orientierung drohen sogar Vergütungsabschläge. So dient die Behandlungsevaluation zum einen den Patienten, indem man anhand der "effectiveness-Forschung" den Erfolg von „naturalistischen“ Behandlungen misst (Mattejat & Remschmiedt 2006) und es weiterführend zu Entscheidungshilfen einer Therapieoptimierung kommt (Barkmann

2003), indem ineffektive Therapiekomponenten zu Gunsten wirksamer reduziert werden (Remschmiedt & Matzejat 2003). Zum anderen bewahrt die Behandlungsevaluation die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Nachweis der Behandlungseffektivität davor, dem Legitimationsdruck der Krankenkassen nicht standzuhalten und im Verteilungskampf des Gesundheitswesens an Boden zu verlieren.

In der Effektivitätsforschung der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche wurden bisher durch die wenigen Studien und Metaanalysen zumeist positive Ergebnisse erzielt (Sourander & Piha 1998, Blanz & Schmidt 2000), auch wenn hierbei beim Outcome über gewisse Einschränkungen der störungsspezifischen Wirksamkeit und mitunter geringe Effektmaße berichtet wurde (Weisz et al. 1995). Es bestehe jedoch noch ein erheblicher „Nachholbedarf“ dieser bisher seltenen kinder- und jugendpsychiatrischen Evaluationsforschung (Beelmann 2003, Hoagwood 1996, Warnke 1998), was besonders für den deutschsprachigen (Döpfner 2003) und den tiefenpsychologischen Bereich gelte. (Winter, S. 2005, Maratori, F. 2002) Döpfner (2003) schrieb dazu unter Berufung auf Fonagy: „Wie dramatisch schlecht die Forschungslage für psychodynamisch fundierte Kinder- und Jugendpsychotherapie ist, wird in dem von Fonagy und Mitarbeitern (2002) publizierten Buch *What works for whom* deutlich.“ Daher sei nun ein dringender Handlungsbedarf zur weiteren Wirksamkeitsforschung gegeben.

Des Weiteren treten nach Patrick (1993) in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie aufgrund längerer stationärer Behandlungsdauer höhere Therapiekosten auf, was ebenfalls ein Argument für vermehrte Evaluation darstellen sollte. Außerdem führe laut Barkmann (2003) die Planung und Implementierung einer Evaluationsstudie bereits zu qualitätssichernden Maßnahmen, da sie einen strukturierenden Charakter habe und Mängel in der Informationsübermittlung, Routinedokumentation und nichtstandardisierten Notfallbehandlung aufdecke.

Um die Wirksamkeit und die Wirkung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie am Universitätskrankenhaus Eppendorf zu ermitteln, wurde auf mehrere Fragebögen zurückgegriffen. Mit diesen ist es möglich, neben der Basisdokumentation die Symptomschwere, die Lebensqualität, die Be-

handlungszufriedenheit, abnorme intrafamiliäre Beziehungen und die individuelle Zielerreichung im Verlaufe der Behandlung zu verfolgen. Dies wurde hauptsächlich aus der Patientenperspektive und zu den Zeitpunkten der Aufnahme und der Entlassung durchgeführt.

Auf die künstliche Bildung einer Kontrollgruppe, welche keine Behandlung erhalten hätte, ist aus ethischen Gründen verzichtet worden. (Barkmann 2003) Laut Sourander & Piha (1998) ist dies ein typisches methodisches Problem der Verlaufsstudien der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Anhand der Fragebögen soll es nun möglich sein, neben der deskriptiven Behandlungsverlaufsbeschreibung, Prädiktoren für den Behandlungserfolg herauszufiltern. In diesem Zusammenhang stehen neben dem Störungsbild, wobei zwischen einer stationären oder teilstationären Behandlung differenziert wurde, ebenso die familiären Risikofaktoren im Blickpunkt der Erkenntnisgewinnung. Dass ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen und familiären Risikofaktoren besteht, wurde mehrfach empirisch nachgewiesen (Formoso 2000, Blanz & Schmidt 2000, Lauterbach 2007, Gavidia-Payne 2003, Pfeiffer 1990, Kronmüller 2009). Auch für präventive Maßnahmen wären die Folgen „abnormer psychosozialer Umstände auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (Wyschkon & Esser 2006) wichtig zu eruieren.

Ein Fernziel wäre daher schon zu Beginn der Behandlung komplizierte Behandlungsverläufe und potentielle Abbrecher anhand spezifischer Merkmale zu identifizieren, auch wenn dies derzeit noch als „Illusion“ (Branik 2003) betrachtet wird.

1.2 Literaturrecherche

Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Embase, Psynindex und Psychlit der Jahre 2000 bis 2010 zu den Stichwörtern „Behandlungserfolg“, „Behandlungsevaluation“, „Therapieerfolg“, „Kinder- und Jugend-

psychiatrie“, „Wirksamkeit“, „Patientenzufriedenheit“, „Behandlungszufriedenheit“, „Lebensqualität“, „YSR“, „KINDL“, „FBB“, „evaluation“, „outcome“, „psychiatric treatment“, „child and adolescent“ durchgeführt.

Außerdem fand eine manuelle Bibliographiedurchsicht in verfügbaren Übersichtsartikeln statt.

Bei den in dieser Arbeit genannten Quellen handelt es sich um 84 Forschungsarbeiten.

1.3 Theoretische Annäherung

Was ist Evaluation?

Nach Wottawa & Thierau (2003) lässt sich Evaluation wie folgt definieren:

Das Wort „Evaluation“ bedeutet das „Bewerten“ von Dingen oder Tätigkeiten. Somit dient die wissenschaftliche Evaluation der Planungs- und Entscheidungshilfe und sollte ziel- und zweckorientiert sein, um praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern oder Entscheidungen über sie zu fällen. Weiterhin sollte sie stets dem derzeitigen Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden entsprechen.

Es sollte bei jeder Evaluationsstudie Klarheit herrschen über:

- Evaluationsziele: Warum wird evaluiert?
- Evaluationsbereiche: In welchem gesellschaftlichen Bereich wird evaluiert?
- Evaluationsobjekte: Was wird evaluiert?
- Evaluationsorte: Wo wird evaluiert?
- Evaluationsmodelle: Wie wird evaluiert?
- Evaluationsnutzung: Wie werden Ergebnisse aufbereitet und entscheidungsrelevant verwendet?

Der Evaluator sollte hierbei nicht nur an die Funktion, sondern auch an die Moral und seine eigene Zielsetzung denken. Denn empirisch-wissenschaftliches Arbeiten, auf der Basis von reliablen Fakten, dessen Ergebnissen der Evaluator neutral gegenübersteht, ist für eine Evaluation unerlässlich.

Als Zielsetzung der Evaluation kann aufgrund der Unmöglichkeit einer idealen, ohne willkürliche Bewertungen und Zeitsetzungen auskommenden Evaluation nie eine absolut sichere Aussage, sondern vielmehr die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit zur Wahl der besseren Alternative stehen. Man spricht daher vom Fortschritt durch „Übelminimierung“ anstatt von einer unrealistischen „Ideallösung“.

Evaluation findet immer dann statt, wenn sich der Auftraggeber einen Nutzen hieraus verspricht, der die erwarteten Kosten und Mühen übersteigt. Die Nutzenerwartung des Auftragsgebers kann hierbei sehr unterschiedlich ausfallen. So soll die „Durchsetzungshilfe“ vor allem mit dem Schaffen von Fakten die vorgefasste Meinung des Auftraggebers unterstützen. Dagegen dienen „Entscheidungs- und Optimierungshilfen“ der objektiven Klärung, was die positivere Alternative darstellt, bzw. wo Verbesserungsmöglichkeiten vorliegen. Damit soll die Grundlage für ein nutzenmaximierendes Verhalten optimiert werden. Bei der „Kontrolle der Zielerreichung“ soll überprüft werden, ob ein erzielttes Ergebnis mit dem erwarteten Profil übereinstimmt.

Indikation zur stationären Aufnahme

Am Anfang jeder stationären Therapie steht die Entscheidung zur Aufnahme. Die Indikation besteht, wenn eine ambulante oder teilstationäre Therapie nicht ausreicht oder von vornherein als ungenügend absehbar erscheint.

Blanz & Schmidt (2000) stellte hierzu folgende Kriterien auf:

1. Die Notwendigkeit diagnostischer und therapeutischer Arbeit, welche nicht im ambulanten bzw. teilstationären Bereich geleistet werden kann
2. Die Schwere der psychiatrischen Erkrankung, welche eine Behandlung durch ein multiprofessionelles Team benötigt
3. Ein eingeschränkter physischer Zustand des Kindes, welcher eine qualifi-

zierte medizinische Versorgung verlangt

4. Die Notwendigkeit, dass das bisherige Lebensumfeld (v.a. die Familie) aufgrund eskalationsfördernder oder verfestigender Faktoren verlassen wird

Der Nachteil dieser Kriterien ist, dass von einem qualitativen Ausmaß der Störung gesprochen wird, welches jedoch schwer zu messen ist. Daher wurden verschiedene reliable Symptom- und Funktionsskalen entwickelt.

Stationäre Behandlung sollte soweit wie möglich vermieden und die Behandlungsdauer auf ein notwendiges Minimum beschränkt werden. Zunächst sollte der ambulante Sektor voll ausgenutzt werden, da es neben den höheren Kosten auch zu negativen Effekten durch eine stationäre Therapie kommen kann. So kann es bei einer fälschlichen Aufnahme mit darauf folgendem Therapieabbruch etwa zu einer negativen Einstellung des Patienten der psychiatrischen Institution gegenüber und einer geringen Motivation zu weiterführenden therapeutischen Behandlungen kommen (Branik 2003).

In aller Regel ist eine stationäre Behandlung dann indiziert, wenn aufgrund der psychischen Erkrankung die Alltagsfähigkeit in einem Maße eingeschränkt ist, dass z.B. ein regelhafter Schulbesuch nicht mehr möglich ist. Der stationäre Rahmen soll neben den auch ambulant durchführbaren psychotherapeutischen und pharmakotherapeutischen Maßnahmen durch milieu- und soziotherapeutische Unterstützung den Neuaufbau von Alltagskompetenzen unterstützen.

Ob eine stationäre Einweisung stattfindet, hängt aber auch von der ambulanten Infrastruktur der Umgebung ab. Ist diese mangelhaft, erhöht sich die Rate der stationären Aufnahmen signifikant (Bickman 1996).

Indikation zur teilstationären Aufnahme

Laut Döpfner & Lehmkuhl (2000) ist die teilstationäre Behandlung indiziert, wenn ein ausgeprägter Schweregrad der psychischen Störung die familiäre und schulische Integration gefährdet. Hierbei erfordert die tagesklinische Behandlung jedoch ein deutliches Maß an noch bestehenden familiären Ressourcen, da die Familie in der Zeit außerhalb der tagesklinischen Behandlung den aus

der Symptomatik des Patienten resultierenden Belastungen ausgesetzt ist. Zusätzlich ist hier eine intensive Elternmitarbeit unverzichtbar.

Wie kann Erfolg in der Psychiatrie gemessen werden?

Ein oft eingesetztes Kriterium für den Behandlungserfolg ist die Messung der Verminderung der Symptomatik anhand einer Symptomskala (Barkmann 2003), welche aufgrund von auftretenden Komorbiditäten möglichst breit gefächert sein sollte (Fonagy 1997). Es gilt jedoch als ungenügend lediglich eine Verringerung der Symptome als Outcome-Maß zu verwenden. Aufgrund der multifaktoriellen Bedingtheit kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen sei eine sehr differenzierte Evaluationsmethodik notwendig, welche sich nah am subjektiven Krankheitserleben orientieren sollte (Reisel 1998). Es sollten laut Hoagwood (1996) daher stets mehrere Domänen wie etwa Familienfunktion, Lebensqualität von Eltern und Kind, die Behandlungszufriedenheit, soziale Kompetenz und Emotions-Regulation mit eingeschlossen werden. Ähnlich äußert sich Warnke (1998), laut dem die „Psychotherapie Lösungsmanagement zum Zweck einer verbesserten Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen wäre“. Damit soll es möglich sein zu ermitteln worauf, für wen, unter welchen Umständen und in Verbindung zu welchem Ziel die Therapie Einfluss genommen hat.

Diese Messerhebungen sollten laut Barkmann (2003) stets multiperspektivisch und zu mehreren Zeitpunkten stattfinden. Durch die Differenz der unterschiedlichen Zeitpunkte lasse sich der „Netto-Effekt“ der Behandlung ermitteln, indem man die Werte vor, zu Beginn, während und nach der Behandlung vergleicht. Die Verweildauer sei laut Schepker (2000) als isoliertes Kriterium ungenügend, da eine kurze Verweildauer nur dann als günstig zu bewerten sei, wenn man davon ausgehen könne, dass unter einer weiteren Behandlung kein besseres Outcome zu erreichen sei.

Der Aspekt der Patientenzufriedenheit

Im Allgemeinen wird Zufriedenheit als emotionale Reaktion auf das Ergebnis eines Soll/Ist-Vergleichs bezeichnet. Hierbei wird die subjektiv wahrgenommene Anbieterleistung mit einer erwarteten Leistung verglichen und das Resultat ergibt den Grad der Zufriedenheit. Laut Reisel (1998) sind Störungen in der Kin-

der- und Jugendpsychiatrie zumeist multifaktorieller Genese. Zudem haben das Krankheitserleben sowie dadurch ausgelöste Belastungen einen subjektiven Charakter. So funktioniert die Therapie ebenfalls über subjektive Werte wie etwa Vertrauensverhältnisse oder Sympathie. Diese subjektiven Einschätzungen über die Behandlung kann man mit den Begriffen der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit beschreiben.

Um qualitätsüberwachende und- sichernde Maßnahmen durchzuführen, ist laut Donabedian (1996) die Entwicklung von Standards und Leitlinien notwendig. Hierzu haben sich instrumentale Ansätze entwickelt, welche Blum (1998) bei der Messung der Patientenzufriedenheit in drei Ebenen unterscheidet: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität:

- Die Strukturqualität beschreibt inwieweit die organisatorischen, finanziellen, technischen und personellen Ressourcen den diagnostischen und therapeutischen Zielsetzungen gerecht werden.
- Die Prozessqualität beinhaltet unter anderem die Übereinstimmung diagnostischer und therapeutischer Interventionen mit dem aktuellen medizinischen Wissensstand. Aus der Patientenperspektive gehen vor allem Aspekte der Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung in die Prozessqualität ein.
- Die Ergebnisqualität wird laut Gaebel (1997) durch das tatsächliche Erreichen der therapeutischen Zielvorgaben definiert.

Laut Konopka (2001) habe sich in den letzten Jahren das Bild des Patienten vom „passiven Empfänger“ zum „kritischen Klienten“ verändert. Hierbei gilt es jedoch als strittig, ob ein hohes Maß an "Kundenzufriedenheit" in der therapeutischen Beziehung gleichsam ein hohes Maß an positivem Behandlungsergebnis impliziert. So bezeichnet Bredel (2004) die Befundlage an Studien hierzu als uneinheitlich. Es ergeben sich des Weiteren „zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zwischen Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit wichtige Interpendenzen und Abhängigkeiten, deren weitere Erforschung lohnend erscheint.“ Ebenso sei laut Keller (2006) für zukünftige Studien die Korrelation von Patientenzufriedenheit mit dem Behand-

lungserfolg von besonderem Interesse, damit Patientenzufriedenheit nicht nur einen Selbstzweck darstelle.

Der Aspekt der Lebensqualität

Der Begriff der Lebensqualität spielt seit den achtziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts in der Medizin eine immer größere Rolle (Gandek 1998).

Hierbei wird die Lebensqualität verwendet, um im Rahmen klinischer Studien Therapien zu bewerten, was ebenso aus Sicht der Gesundheitsökonomie im gesamtgesellschaftlichen Kontext geschieht. Hinzu kommt die Beschreibung von Versorgungsstrukturen zur Qualitätssicherung und dem Vergleich der Lebensqualität bestimmter Bevölkerungsschichten im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Bullinger 1997).

Seitdem die WHO auch die psychischen und sozialen Komponenten in die Definition des Gesundheitsbegriffes miteinbezieht (The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL), 1995), ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität (health related quality of life) als Evaluationsparameter in den Vordergrund gerückt. Hierbei handelt es sich um die subjektive Wahrnehmung der Schwere einer Krankheit im zeitlichen Verlauf. Als grundsätzliche Voraussetzungen gelten hierfür die Multidimensionalität der Lebensqualität

sowie ihre Subjektivität, da jeder Mensch anders auf ein gleiches Maß von gesundheitlicher Einschränkung reagieren kann. Hierbei fungieren die Somatik, die Aktivität im täglichen Leben, soziale Aspekte und die Psyche als Meßdimensionen (Najman & Levine 1981).

Mattejat (1998) definierte das „Konzept der Lebensqualität“, in welchem er die Lebensqualität im weiteren Sinne, welche die Lebensqualität beeinflussenden Voraussetzungen und Bedingungen beinhaltet, von der Lebensqualität im engeren Sinne differenzierte. Dies seien zum einen die objektive Handlungs- und Funktionsfähigkeit, zum anderen die subjektive Zufriedenheit mit der körperlichen und psychischen Verfassung, der Lebenssituation und der Lebensführung.

Das Maß der Effektstärke

Die Effektstärke bezeichnet ein statistisches Maß, das die relative Größe eines Effektes angibt. Ein Effekt (d.h. Wirkung) liegt vor, wenn in einem zugehörigen statistischen Test die Nullhypothese, nach welcher kein Effekt vorliegt, abgelehnt wird. Daher kann die Effektstärke zur Darstellung einer gewissen praktischen Relevanz von signifikanten Ergebnissen herangezogen werden, die durch Teststatistiken gewonnen wurden. Diese Effektstärken werden hierbei wie folgt berechnet:

Effektstärke aus dem t-Test für abhängige Stichproben

$$ES = t \sqrt{\frac{2(1-r)}{n}}$$

Effektstärke der Korrelation

$$ES = \frac{2r}{\sqrt{1-r^2}}$$

Effektstärke aus dem t-Test für unabhängige Stichproben

$$ES = t \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}}$$

Demzufolge kann das Problem umgangen werden, dass bei steigenden Stichprobenumfängen immer kleinere Effekte zur Ablehnung der Nullhypothese führen, also Signifikanzen auftreten. Somit kann man nicht nur nachweisen, ob ein Effekt gegeben ist, was eine Ablehnung der Nullhypothese bedeuten würde, oder ob kein Effekt vorliegt, was zur Annahme der Nullhypothese führen würde, sondern auch wie groß dieser Effekt ausfällt. Laut Cohen (1988) ist die Effektstärke im Gegensatz zu den Teststatistiken unabhängig von der Stichproben-

größe. Liegt ihr Wert nahe bei Null, so sollte die Nullhypothese des zugehörigen Tests angenommen werden.

Bekannte Outcome-Prädiktoren

Als negative Prädiktoren für den Behandlungserfolg gelten eine niedrige Intelligenz, erhebliche Familiendysfunktion, eine nicht spezielle für Kinder und Jugendliche zugeschnittene Therapie, Abbruch der Behandlung bzw. ungenügende Dauer der Behandlung, keine Nachsorge-Behandlung in ambulanten Rahmen, psychotische Störung/Symptome, organische Störung, unsoziales und aggressives Verhalten, früher Beginn der Symptome, später Behandlungsbeginn, körperlicher Missbrauch, kritische Lebensereignisse, Suchtmittelmissbrauch und Hyperkinetische Störungen. (Branik 2003)

Psychische Störungen lassen sich in zwei Gruppen einteilen, eine mit guten Erfolgswerten und einem relativ günstigen Langzeitverlauf, sowie in eine Gruppe psychischer Störungen mit gegenteiligem Verlauf einteilen. Zur Ersteren zählen Schizophrenien, emotionale Störungen, Anpassungsstörungen, neurotische Störungen und Anorexien. Negativ beurteilt werden die Behandlung und der Langzeitverlauf hingegen zumeist bei Persönlichkeitsstörungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. (Remschmidt & Mattejat 2006, Sourander & Piha 1998, Pfeiffer 1990)

Laut Schepker (2000) sei die psychiatrische ICD-10 Diagnose jedoch als Vorhersage-Prädiktor für den Behandlungserfolg irrelevant. Neben der unspezifischen Schwere der Störung seien hierfür vielmehr die Behandlungsmotivation und die psychosozialen Beeinträchtigungen (MAS-Achse VI) von Bedeutung. Außerdem sei bei jüngeren Patienten die Kooperationsbereitschaft der Eltern besonders gravierend.

Der Level der Familienfunktion und der elterlichen Mitwirkung am Behandlungsprozess ist ein lang anerkannter prognostischer Indikator (Pfeiffer 1990, Gavidia-Payne 2003). Des Weiteren seien laut Pfeiffer (1990) vermehrte Ehekonflikte, eine hohe Frequenz und Dauer der Trennung von Kind und Eltern in

früher Kindheit sowie elterliche Ablehnung von negativer Auswirkung auf den Behandlungserfolg.

Daher entwarfen Sourander & Piha (1996) ein familienorientiertes Behandlungsmodell, wodurch ein „erweitertes therapeutisches System“ unter Einbeziehung der Eltern in das Therapieregime entstehen sollte.

Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer und der Ort der Behandlung hätten hingegen kaum signifikante Auswirkungen ergeben (Sourander & Piha 1998).

Die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die Prävalenz diagnostisch abklärungsbedürftiger psychischer Auffälligkeiten wird von Barkmann (2004) mit 17% und von Ihle & Esser (2002) zwischen 15% und 22% angegeben, wovon laut Matthejat (2003) 5% dringend behandlungsbedürftig seien.

Die erzielten Prävalenzraten werden laut Barkmann (2004) jedoch von der verwendeten Untersuchungsmethode, dem verwendeten Instrument, dem Alter der untersuchten Kinder, der Definition der Grundgesamtheit, der örtlichen Eingrenzung der Population, der Auswahl, der Ziehung, der Art und Zahl der Informationsquellen und dem verwendeten Fallkriterium beeinflusst. Kritisch ist anzumerken, dass die zitierten Prävalenzraten der Normierung der hierfür verwendeten Symptomskalen entsprechen und insofern als willkürliche Setzung zu hinterfragen sind.

Als häufigste Störungen treten nach Ihle & Esser (2002) Angststörungen mit einer Prävalenz von 10,4%, gefolgt von dissozialem Verhalten mit einer Prävalenz von 7,5% auf.

Des Weiteren sei eine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeit im Kindes- und Jugendalter sowohl national wie international über die Jahrzehnte nicht ableitbar, da die dafür nötigen Untersuchungen bisher nicht durchgeführt wurden.

Außerdem gebe es erhebliche Geschlechtsunterschiede bei der Prävalenz psychischer Störungen, wobei diese bis zum Alter von 13 Jahren bei den Jungen überwiegt. In der Adoleszenz erfolge dann eine Angleichung, bis im späten Jugendalter die Mädchen die Mehrheit der Erkrankten bilden.

Die Prävalenzdaten und Inanspruchnahmedaten zeigen regelmäßige Differenzen, wobei Erstere stets höher liegen als Letztere (Remschmidt & Mattejat 2003).

1.4 Empirische Forschungsergebnisse

Neben den in dieser Studie benutzten Instrumenten zur Messung der subjektiven Therapieeinschätzung der Patienten, wie den o.g. YSR, KINDL, FBB und der Likert-Skala zur individuellen Zielerreichung, kann der Behandlungserfolg außerdem mit der LISTE (Liste der einzelnen Symptome für die Therapie Evaluation) von Mattejat & Remschmidt (2001), dem ILK (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) von Mattejat & Remschmidt (1998), dem CBCL (Child Behavior Checklist) von Achenbach (1991), dem EBE (Elternfragebogen zur Erfassung des Behandlungserfolges) von Reisel & Floquet (1998) und dem C-GAS (Children's Global Assessment Scale) von Shaffer (1983) ermittelt werden.

Im Folgenden werden Untersuchungen zum Behandlungserfolg beschrieben, welche teilweise mit den o.g. Instrumenten durchgeführt wurden und teilweise individuelle Fragebögen zur Grundlage hatten.

Bredel (2004): Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Kontext dieser Erhebung ist eine evaluative Studie an einer stationären Jahrgangsstichprobe (4/99-3/00) der Kinder- und Jugendpsychiatrie Heidelberg mit einer Fallzahl von n=95. Die Fragestellung verfolgte die Messung des störungsspezifischen Behandlungserfolges nach ICD-10 Diagnosen und die Einschätzung der Symptomschwere anhand des CBCL und des YSR. Hierbei wurden der Behandlungserfolg, das Behandlungserleben und die Behandlungszufriedenheit anhand selbst entwickelter Fragebögen erfasst.

Dies erfolgte multiperspektivisch aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten innerhalb eines Prä-Post-Designs zwischen Aufnahme und Entlassung. Im Ergebnisse wurde festgestellt, dass wesentliche Unterschiede im Ausmaß der Symptomverbesserungen zwischen Patienten und Eltern zu bestehen scheinen. Die Therapeuten urteilen insgesamt am kritischsten, was sich mit einer Untersuchung von Zander (2001) deckt. Weiterhin zeigte sich ein hoher Prozentsatz an Verbesserung der aufnahmerelevanten Symptomatik, signifikante Korrelationen zwischen den Beurteilerperspektiven von Therapeut zu Eltern und Therapeut zu Patient, sowie dass die Eltern am optimistischsten urteilten. Aus der Elternperspektive wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen Symptomreduktion und Behandlungszufriedenheit ersichtlich. Kein signifikanter Zusammenhang zeigte sich hingegen zwischen der Verringerung des Leidensdrucks und der Behandlungszufriedenheit aus Patientensicht.

Remschmied & Mattejat (2006): Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugend-psychiatrische Behandlungen?

Es handelt sich um das Marburger Therapie-Evaluationsprojekt (1999-2006) mit einer rein stationären Inanspruchnahmepopulation von $n = 1321$ sowie einem Längsschnittdesign mit drei Messzeitpunkten (Behandlungsbeginn, Behandlungsabschluss, 1,5-Jahres-Katamnese). Die Bewertung des Behandlungserfolges aus Elternsicht wurde anhand von ILK (Lebensqualität), LISTE (Symptomskala) sowie einer 5-stufigen Ratingskala für den Behandlungserfolg durchgeführt.

Es sollten die Prä-Post-Effekte, sowie der Anteil der Patienten bei denen eine Besserung oder Remission der Symptomatik eintritt, ermittelt werden.

Als Ergebnisse ergaben sich anhand der direkten Einschätzung des Therapieerfolges durch die Eltern mittels eines 5-Stufen-Schemas zu 75% eine Verbesserung und zu 9,5% eine Verschlechterung. 38% sagten hierbei, dass die Probleme, welche zur Aufnahme geführt haben, beseitigt sind. Die Veränderungen im Behandlungsverlauf zeigten in der Lebensqualität (ILK) und der Symptomskala (LISTE) hochsignifikante Verbesserung mit Prä-Post-Effektstärken über $d=1$. Bei 60-75% kam es zu einer deutlichen Besserung, bei 30% wurde die Behandlung als nicht erfolgreich beschrieben und zu einer Verschlechterung

kam es in 5-10% der Fälle. Des Weiteren zeigten sich bei Behandlungsabschluss keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg hinsichtlich der Diagnosegruppe.

Reisel (1998): Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung

Der Kontext der Erhebung ist der prospektive Verlauf der stationären Inanspruchnahmepopulation, innerhalb des Zeitraumes des Jahres 1994, während der Therapie an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien mit einer Fallzahl von $n=61$. Bei den meisten Patienten lagen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sowie emotionale Störungen vor. Die Messzeitpunkte fanden zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme, zwei Wochen nach Entlassung sowie sechs Monate nach Entlassung statt. Es erfolgte eine multiperspektivische Evaluation aus Eltern- und Lehrersicht anhand der CBCL bzw. TRF (Lehrerversion des CBCL) und EBE. Die Ergebnisse erbrachten für die internalisierend und die externalisierend auffälligen Patienten signifikante Verbesserungen, womit ein genereller Trend zur Symptomreduzierung festgestellt wurde.

Remschmiedt & Mattejat (2003): Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen: störungsspezifisches Outcome

Bei dieser Marburger Katamnese-Studie mit 9jähriger Inanspruchnahmepopulation lagen ambulante Fallzahlen von $n=1358$ und stationäre Fallzahlen von $n=1317$ vor. Es fand eine multiperspektivische Evaluation aus Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten mittels des FBB zum Behandlungsende statt. Eine Kontrollgruppe wurde zudem aus Nichtbeginnern und Abbrechern gebildet. Als Fragestellung wurde die Abhängigkeit des Behandlungserfolges von Diagnose und Behandlungsdauer genannt.

Es ergaben sich Effektstärken der stationären Behandlung von $d=0,74$ bei Normalbeendern in Bezug zu Abbrechern und $d=1,27$ in Bezug von Normalbeendern zu Nichtbeginnern. Der vom Therapeuten beurteilte Behandlungserfolg fiel hierbei für die internalisierenden Störungen (Neurotische Syndrome, Anpassungs- und Belastungsreaktionen) gut, für externalisierende Störungen

(hyperkinetisches Syndrom) hingegen schlecht aus. Außerdem urteilte der Therapeut in der Behandlungszufriedenheit am kritischsten.

Sourander&Piha (1998): Three-year-follow-up of child psychiatric inpatient treatment

Diese rein stationäre Studie mit einer Fallzahl von n=80 unterteilte die Patienten nach dem DSM in drei Gruppen. Diese lauteten: antisoziale Störungen, gemischte Verhaltensstörungen und pure emotionale Störungen. Als Ergebnis des störungsspezifischen Behandlungserfolges zeigte sich, dass neurotische Patienten (Angststörung und Affektstörung) das beste, verhaltensauffällige Patienten mit Beziehungsstörungen, Hyperkinetischen Auffälligkeiten sowie antisoziale Störungen das schlechteste Outcome aufwiesen. Außerdem sei Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer und Behandlungsort nicht ausschlaggebend für den Behandlungserfolg.

Schubert (2003): ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität

Der Kontext dieser Erhebung war das gemischt ambulante und stationäre Inanspruchnahmeklientel der Ambulanz bzw. Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätskinderklinik Wien. Anhand des ILK wurde bei n=151 Kindern und Jugendlichen sowie bei n=125 Müttern die Lebensqualität in Abhängigkeit zum Störungsbild (ICD-10) erfasst. Als Ergebnis wird im Zusammenhang zwischen Störungsbild und Lebensqualität deutlich, dass zwischen objektiver Diagnose und subjektiv empfundener Lebensqualität weder bei den Kindern noch bei den Müttern eine signifikante Übereinstimmung besteht.

Gavidia-Payne (2003): Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit

Bei dieser rein stationären Evaluationsstudie einer Kurzzeittherapie mit einer Fallzahl von n=29 aus Eltern- und Lehrersicht wurde der Behandlungserfolg störungsspezifisch untersucht. Das Outcome ist hierbei besser bei emotionalen Störungen und schlechter bei dissozialen und aggressiven Verhaltensstörungen

ausgefallen. Insgesamt sind signifikante Verbesserungen bei den Kindern in Verhalten und Funktion, sowie bei den Eltern in Kompetenzen und der Depressionsskala aufgetreten.

Luk (2001): Evaluation of Outcome in Child and Adolescent Mental Health Services: Children with Persistent Conduct Problems

Es wurde bei dieser rein stationären Studie ausschließlich das externalisierende Störungsbild bei einer Fallzahl von n=29 untersucht. Dies wurde multiperspektivisch aus Eltern-, Patienten-, Therapeuten- und Lehrersicht zum Zeitpunkt der Aufnahme und sechs Monate nach Entlassung durchgeführt. Es zeigte sich eine Verbesserungsrate der Symptome aus Patientensicht von nur 37%, wogegen bei Eltern und Therapeuten signifikante Verbesserungen eintraten. Dies verdeutlicht eine geringe bis milde Korrelation zwischen den unterschiedlichen Bewertungsperspektiven. Zudem ergab sich eine ebenfalls kleine Korrelation zwischen der Symptomreduktion und der Patientenzufriedenheit

Ambulante Heidelberger Wirksamkeitsstudien 2005

Diese vier Studien bewerten die ambulante tiefenpsychologische Kurzzeittherapie am Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg.

Diese störungsspezifischen Studien behandeln die folgenden Störungsbilder:

depressive Störungen (Horn et al. 2005) n=10

Angststörungen (Kronmüller et al. 2005) n=13

Verhaltensstörungen (Winkelmann et al. 2005) n=13

Zusammenfassung (Windaus 2005)

Die Therapieerfolgskriterien aus Patientensicht wurden anhand des Beeinträchtigungs-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K) sowie des Sozial-Kommunikativen Befundes für Kinder und Jugendliche (PSKB-KJ) durchgeführt. Aus Elternsicht wurde die Child Behavior Checklist (CBCL) verwendet. Als Messzeitpunkte dienten der Therapiebeginn und das Behandlungsende. Zudem

wurden die Ergebnisse mit einer Wartekontrollgruppe von gleicher Fallzahl verglichen.

Das Ergebnis zu den Angststörungen aus Patientensicht ergab Effektstärken um 1,6. Zudem wurde bei 62% der Patienten ein Therapieerfolg erreicht. Der CBCL aus Elternsicht zeigte für diese Therapiegruppe eine signifikante Veränderung bei jedoch nur geringen Effektstärken zwischen 0,14 und 0,38. Bei den depressiven Störungen lagen die Effektstärken aus Patientensicht um 1,3. Bei 20% der Patienten wurde hierbei ein klinisch signifikanter und reliabler Therapieerfolg erreicht. Aus Elternsicht mittels des CBCL trat bei den internalisierenden Störungen ein signifikanter Interaktionseffekt auf, bei den externalisierenden Störungen zeigten sich keine signifikanten Effekte. Die Effektstärken bei den Verhaltensstörungen lagen um 0,6. 31% der Patienten hatten zudem einen klinisch signifikanten und reliablen Therapieerfolg erreicht. Der CBCL aus Elternsicht zeigte jedoch geringe Effektstärken zwischen 0,07 und 0,2.

Finsterer 2008: Behandlungszufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik

Es handelt sich um eine Studie zur ambulanten Versorgung der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Untersucht wurde bei einer Fallzahl von $n=67$ die Behandlungszufriedenheit (FBB) aus der Patientenperspektive. Die Gesamtzufriedenheit der Münchner Studie liegt bei 2,7. Zufrieden seien hierbei vor allem junge Mädchen mit internalisierenden Störungen, niedrigem Intelligenzniveau, ohne Entwicklungsstörungen oder körperlicher Symptomatik. Es zeigte sich zudem, dass eine Verbesserung oder Verschlechterung der Symptomatik nicht die Zufriedenheit beeinflusst.

Kronmüller (2009): Familienfunktionalität und Therapieerfolg

Der Kontext dieser Studie ist die Evaluation einer ambulanten psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie mit einer Fallzahl von $n=54$, bei welcher die prognostische Bedeutung des familiären Interaktionsverhaltens auf den Therapieerfolg untersucht wurde. Dies fand aus der Eltern- und Patientenperspektive statt. Der Therapieerfolg wurde anhand des Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K) und die Familienfunktion anhand des All-

gemeinen Familienfragebogens (FB-A) gemessen. Bei 46,3% der Patienten wurde die Behandlung als erfolgreich bewertet. Es zeigte sich keine signifikante Veränderung der Familienfunktionalität im Behandlungsverlauf. Für die Subskalen „Aufgabenerfüllung“, „Kommunikation“ und „affektive Beziehungsaufnahme“ konnten signifikante Prognoseeffekte für den Therapieerfolg gewonnen werden. Des Weiteren ergaben sich für die Subskalen „Emotionalität“, „Rollenverhalten“ und „Kontrolle“ Mediatoreffekte, so dass es bei einer erfolgreichen Behandlung im Vergleich zu einer nicht erfolgreichen Behandlung stets zu einer Verbesserung dieser Subskalenwerte im Behandlungsverlauf gekommen ist.

Winter (2005): Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ

Diese Untersuchung des Behandlungsverlaufes sowie das Erreichen individueller Therapieziele mit dem Psy-BaDo-KJ wurde bei einer Fallzahl von n=35 aus Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten durchgeführt. Hierbei trat ein insgesamt positives Behandlungsergebnis auf. 33,7% der Patienten, 24,7% der Eltern und 24,2% der Therapeuten bewerteten die individuellen Therapieziele als erreicht.

Muratori (2002): Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy for Children with Emotional Disorders

Bei dieser rein ambulanten Evaluationsstudie wurde die Wirksamkeit einer tiefenpsychologischen Kurzzeittherapie untersucht. Bei einer Fallzahl von n=30 wurden der C-GAS und der CBCL aus der Elternperspektive zur Evaluation benutzt. Als Ergebnis ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Aufnahmezeitpunkt und Messzeitpunkt sechs Monate nach Entlassung in der Symptomveränderung sowohl für die internalisierende als auch die externalisierende Störungsgruppe.

1.5 Der derzeitige Stand der Forschung

Die naturalistische Evaluationsforschung begann in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) 1994 mit der von Mattejat durchgeführten "Marburger 9-Jahres-Studie" und den im Jahr darauf folgenden Marburger Katamnesestudien. Hierbei stützten sich die messbaren Therapieerfolge auf die in der Basisdokumentation verfassten Therapeutenangaben und auf den weiteren Verlauf nach Beendigung der Behandlung. Dabei wurde im Rahmen des Komponentenmodells der störungsspezifischen Therapie festgestellt, dass familienbezogene Maßnahmen weit vor der individuellen Psychotherapie am häufigsten angewandt wurden. Umfeldbezogene Maßnahmen, Übungsbehandlungen und Medikamente bildeten die Ausnahme. Allerdings komme es gerade bei den Medikamenten zwischen den Störungsbildern zu erheblichen Unterschieden, da zum Beispiel die Schizophrenie immer mit Antipsychotika zu behandeln sei.

Weiterhin wurden seit Mitte der 90er-Jahre verschiedene KJP-Basisdokumentations-systeme wie etwa das Frankfurter Dokumentationssystem (Englert & Poustka 1995), die Göttinger Versorgungsdokumentation (Lorenz, 1996) und die Basisdokumentation als Merkmalskatalog der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Englert 1998) entworfen, die alle eine indirekte Evaluation ermöglichten.

Da man im Verlauf feststellte, dass die bloße Liegedauer nicht ausreichte, um die Effizienz einer Behandlung zu beurteilen, wurde bald der Indikator des subjektiven Wohlbefindens eingeführt. Damit sollte ein Wandel von der indirekten zur direkten Evaluation stattfinden, da es zu einer direkten Befragung der Patienten und Angehörigen kam. Außerdem sollte es somit gelingen sowohl die Prozess- als auch die Ergebnisqualität zu benennen, denn wie Cleary (1991) feststellte, habe "der Gesundheitszustand als objektiver Indikator den grössten Einfluss auf Beanstandungen" und somit einen erheblichen Einfluß auf die wahrgenommene Lebensqualität.

Nachdem in England Bickman (1998) konkrete Vorschläge für ein System zur Outcome-Messung machte, ersannen Mattejat & Remschmidt Evaluations-Instrumente, indem sie im gleichen Jahr sowohl das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat & Remschmidt

1998) als auch den Fragebogen zur Behandlungsbeurteilung (FBB) (Mattejat et al. 1998) einführten. Die Zielsetzungen des ILK waren hierbei, neben der subjektiven Lebensqualität, unter anderem das Funktionsniveau, d.h. die objektive Lebensqualität, unabhängig von der psychischen Störung zu ermitteln. Hierbei sollte die Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen erfasst werden. So wurden neben einer Gesamtbeurteilung, der körperlichen und psychischen Gesundheit auch Fragen zu Schule, Familie, sozialen Kontakten und Interessen gestellt. Weiterhin sollte es unterschiedliche Beurteilungsperspektiven (Patient, Therapeut, Familie) geben, um Differenzen zwischen den Betrachtergruppen zu erkennen. Man versprach sich somit die Bedeutung bzw. den Einfluss der psychischen Erkrankung und ihrer Behandlung auf die Lebensqualität zu erfassen, wodurch eine ökonomische und einfach durchführbare Therapieevaluation gegeben wäre. Ähnliches galt für den FBB, wobei hier noch im verstärkten Maße die Behandlungsakzeptanz erhoben wurde, also die Beziehung zum Therapeuten und die Mitarbeit an der Therapie.

Bei der Durchführung tauchten damals Fragestellungen zu Alters - und Geschlechtsunterschieden und besonders zu Unterschieden zwischen den verschiedenen Störungsbildern bezüglich der Lebensqualität auf. Um Rückschlüsse auf die Indikationsstellung und die Therapiebewertung ziehen zu können, wurde die Frage zur Veränderung der subjektiven Lebensqualität im Verlauf der Behandlung gestellt.

2003 zogen Mattejat & Remschmidt die Bilanz, dass sowohl ILK als auch FBB geeignet sind die Lebensqualität im Therapieverlauf und damit den Therapieerfolg in reliabler und valider Weise zu messen. Das ILK stellte fest, dass die Lebensqualität psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in signifikanter Weise gegenüber der Normalpopulation gesenkt ist. Auch steige die Problemwahrnehmung mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, wobei diese generell bei den männlichen Erkrankten höher als bei den weiblich Betroffenen ausfalle.

Der FBB, der seine Effektstärke im Vergleich zwischen "Normalbeendern" und "Nichtbeginnern" bzw. "Abbrechern" errechnet, kam unter anderem zu dem Schluss, dass die Erfolgsraten der Behandlung spezifisch zur Diagnose sehr unterschiedlich ausfallen. So weisen neurotische Syndrome, Anpassungs- und Belastungsreaktionen sowie im leicht abfallenden Maße Psychosen relativ

günstige Therapieerfolge auf, während Autismus, dissoziales Syndrom und ADHS geringere Erfolgsraten mit sich bringen.

Auch lasse sich ein Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer bzw. Behandlungsintensität und dem Behandlungserfolg messen. So steige der Prozentsatz der erfolgreichen Behandlungen mit zunehmender Therapiedauer signifikant an. Diagnosespezifische Unterschiede seien hierbei zwar aufgetreten, jedoch bleibe eine Mindesttherapiedauer von circa drei Monaten nachzuweisen um einen Therapieerfolg zu erzielen. Würde diese Mindestdauer aufgrund kostensenkender Einschnitte unterschritten werden, sei durch vermehrte Rückfälle und Wiederaufnahmen die Gefahr einer "Drehtür-Kinder- und Jugendpsychiatrie" gegeben.

Weiter fällt auf, dass generell die Prozessqualität von allen Beteiligten besser als die Ergebnisqualität bewertet wird, sowie der Therapeut den Therapieerfolg kritischer bewertet als der Patient. Unterschiede in der Effektstärke zwischen der stationären und ambulanten Therapie blieben aus. Es ist festgestellt worden, dass die Ergebnisse der naturalistischen Evaluation unter Alltagsbedingungen bisher häufig erheblich schlechter als die der experimentellen "Forschungstherapien" ausfielen. Wenn aber, wie in diesem Fall, durch geschulte Mitarbeiter valide und reliable Instrumente verwendet werden würden, ließe sich durchaus eine deutliche Effektstärke nachweisen. Indem man innerhalb des Komponentenmodells, also dem Mischverhältnis der einzelnen Therapiekomponenten je nach spezifischer Störung, Interventionen von geringem Nutzen reduziert und durch effektive Therapieangebote ersetzt, soll es in Zukunft möglich sein, eine bessere Patientenversorgung zu entwickeln. Somit könnte der "störungsspezifische Ansatz" der Therapie durch diese "effectiveness-Forschung" weiter optimiert werden.

Jedoch lassen sich zur Langzeitprognose der Behandelten kaum Aussagen treffen, da hierfür innerhalb einer Längsschnittstudie Nachuntersuchungen aller Patienten nötig seien.

2002 stellte Winter ebenfalls ein neues Instrument zur direkten Therapieevaluation vor, welches auf der bereits seit 1998 in der erwachsenen Psychiatrie angewandten Psychotherapie Basisdokumentation (Psych-Bado) basierte und

anhand einer Vorstudie eine jugendadäquate Modifizierung durchlief. Mit dieser Psychotherapie Basisdocumentation für Kinder und Jugendliche (Psy-BaDo-KJ) sollte das Augenmerk auch auf die analytisch/tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich gerichtet werden, da bisher Studien zu behavioral-kognitiven Therapien überwogen. Um eine höhere Sensivität der Therapieevaluation zu erzielen, wurden zu Beginn der Behandlung von Patienten, Eltern und Therapeuten zwei bis drei individuelle Therapieziele formuliert. Ähnliches geschah bereits im Jahr zuvor bei der von Mattejat eingeführten "LISTE" (the list of individual Symtoms for Therapy Evaluation - an efficient method for individualized outcome assessment). Nach Beendigung der Therapie wurde nach dem Erreichen dieser Ziele ("goal-attainment") gefragt, um somit den Therapieerfolg qualitativ erfassen zu können. Erste Studienergebnisse zeigten, dass der Schwerpunkt der Veränderungswünsche in den Lebensbereichen des allgemeinen Wohlbefindens, des seelischen Befindens, des Selbstwertgefühls und des Problemverständnisses lag. In diesen Bereichen ließen sich auch nach Beendigung der Therapie die deutlichsten Besserungen messen. Weiterhin kam es zu einer optimistischeren Zukunftseinschätzung durch Patienten, Eltern und Therapeuten, so dass von einem positiven Behandlungsergebnis gesprochen werden konnte.

Insgesamt gesehen war der Psy-BaDo-KJ als neues Evaluationsinstrument gut geeignet und klinisch praktikabel, auch wenn noch eine Überprüfung der Reliabilität und Validität sowohl anhand einer größeren und repräsentativeren Stichprobe, als auch anhand einer Kreuzvalidierung mit bereits fundierten Instrumenten stattfinden musste.

Als Ergänzung zum Psy-BaDo-KJ war die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) sinnvoll, welche ebenfalls aus einem in der erwachsenen Therapieevaluation bereits erprobten Instrument (OPD) hervorging. Damit war es nun möglich, psychodynamische Befunde in den Bereichen Beziehung, intrapsychische Konflikte, psychische Struktur und Behandlungsvoraussetzungen zu erheben.

Um neben der stationären auch eine ambulante Therapieevaluation zu etablieren, entwickelte Mattejat 2004 das Modellprojekt "KJP-Qualität". Hierzu stellten neun ambulante Praxen ihre Daten zur Verfügung. Diese externe Qualitätssi-

cherung beinhaltete den Behandlungserfolg, die Lebensqualität und die Elternzufriedenheit, welche zumeist durch Telefoninterviews erfragt wurde. Erste Auswertungen stellten eine hohe Zufriedenheitsrate der Eltern mit dem Behandlungsverlauf fest, lediglich zur Wartezeit für das Erstgespräch und zur Terminvergabe äußerten sie sich kritisch. Als ein Problem dieser externen Qualitätssicherung wurde der prozentual zur Behandlung gesehene weit höhere Kostenfaktor im Vergleich zur internen Qualitätskontrolle bezeichnet. Daher wären hier zeitlich begrenzte Evaluationen oder Teilstichproben sinnvoll.

Als zusammenfassendes Ergebnis des seit 1999 laufenden "Marburger Evaluationsprojektes" präsentierte Mattejat 2006 das Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). Dieses umfasse die Basisdokumentation, ein standardisiertes Telefoninterview, die bereits erwähnten Instrumente ILK, LISTE und FBB und die im Jahr zuvor entworfenen Marburger Symptomskalen (MSS), womit es zu einer Erfassung von Symptomatik, der Lebensqualität und der Therapiezufriedenheit der Patienten und ihrer Eltern kam. Zur Symptomatikklassifikation wurden neben LISTE und MSS noch Ergänzungsverfahren anderer Autoren wie CBCL (Child Behavior Check List), YSR (Youth Self Report) oder SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) verwendet. Die Überprüfung der Ergebnisqualität erfolgte anhand eines 1-Stichproben-Längsschnittdesigns mit Messzeitpunkten zu Behandlungsbeginn, bei Behandlungsabschluss und anhand einer 1,5-Jahres-Katamnese. Die erzielten Ergebnisse wurden aufgrund der hohen Ausschöpfungsquote, der geringen Stichprobenverzerrung und der hohen Akzeptanz der Evaluation durch Patienten und Eltern als sehr aussagekräftig bezeichnet. Weiterhin wurde auf den Arbeits- und Kostenaufwand der zur Evaluation notwendigen Datenerhebung und -auswertung eingegangen.

So kam man zu dem Schluss, dass trotz des relativ hohen Aufwandes der Therapieevaluation diese unbedingt notwendig sei, um mehr Klarheit über die Ergebnisse der klinischen Behandlung zu gewinnen und dadurch die praktische Therapie weiterzuentwickeln. Daher sei im stationären Bereich die Implementierung dieses Evaluationssystems in die alltägliche Routineversorgung unbedingt zu empfehlen.

1.6 Ungelöste Probleme (unsolved-issues)

Die Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen ist laut Remschmidt & Mattejat (2003) eine große Herausforderung für Forschung und Klinik. Obwohl mittlerweile eine größere Zahl von experimentellen Therapiestudien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen vorliegt, besteht noch ein erheblicher Mangel an Untersuchungen über die Wirksamkeit und Nützlichkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen unter Alltagsbedingungen. Soweit Evaluationsstudien unter klinischen Alltagsbedingungen durchgeführt wurden, sind ihre Ergebnisse häufig deutlich schlechter als die Ergebnisse der experimentellen Forschungstherapien. Daher ist die naturalistische Therapieevaluation von Bedeutung, um die Effektivität und Nützlichkeit der alltäglich durchgeführten Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verdeutlichen.

Während hierbei die Behandlungsbeurteilung aus der Eltern- und Therapeutenperspektive in der Kinder- und Jugendpsychiatrie laut Mattejat & Remschmidt (1993) bereits als wesentliches Qualitätsmerkmal der Behandlung angesehen wird und in mehreren Evaluationsstudien eingehenden Untersuchungen unterzogen wurde (Reisel 1998, Gavidia-Payne 2003, Luk 2001, Mattejat & Remschmidt 2006, Mattejat & Remschmidt 2001), wurde die Einschätzungsperspektive der behandelten Kinder- und Jugendlichen bisher vernachlässigt. Dass dies jedoch für die Evaluation von hohem Wert sei, wurde in neueren Studien vermehrt betont und nachgewiesen (Mattejat & Remschmidt 1993 und 2003, Bredel 2004).

Daher wird diese Evaluationsstudie der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf bis auf einen kleinen deskriptiven Bereich zu Patientenzufriedenheit und individuelle Zielerreichung aus der Patientenperspektive durchgeführt.

Laut Remschmidt (2002) ist der Verlauf psychischer Erkrankungen sehr vielen Einflüssen ausgesetzt. So spielen neben dem systematischen Einwirken etwa durch eine Therapie auch der genetische Einfluss, die Eigengesetzlichkeiten

der Erkrankung wie z.B. der natürliche Verlauf, die Entwicklungsfaktoren, das Alter, das Geschlecht, die Risikofaktoren und protektive Faktoren, sowie zufällige Einflüsse wie Lebensereignisse und Umweltfaktoren eine Rolle. Bei dieser keineswegs vollständigen Aufzählung kommt zur Entstehung und zum Verlauf noch die Eigendynamik und die Selbstregulation hinzu. Trotz dieser Vielzahl an Faktoren, welche auch gegenseitig Wechselwirken können und somit durch die verschiedenen Einflüsse eine vernünftige Aussage erschweren, ist es durch „sorgfältig und langfristig durchgeführte Verlaufsstudien“ (Remschmidt 2002) möglich, dominante Bedingungsfaktoren (Prädiktoren) zu ermitteln.

Aus diesem Grund soll bei dieser Studie untersucht werden, in wieweit das Störungsbild und das familiäre Funktionsniveau als Prädiktoren des Behandlungserfolges dienen. Gerade für die familiären Interaktionsstörungen sei laut Kronmüller (2009) bislang nicht genügend geklärt, welche prognostische Bedeutung ihr für eine erfolgreiche Behandlung zukommt.

Da laut Warnke (1998) bestimmte Störungsbilder in unterschiedlichen Versorgungseinheiten therapiert werden, soll darüber hinaus untersucht werden, in wieweit die Behandlungsart, unterteilt nach stationärer und teilstationärer Behandlung, auf den Behandlungserfolg der unterschiedlichen Störungsgruppen einwirkt. Der Behandlungserfolg wird hierbei über die Variablen Symptom- und Lebensqualitätsdifferenz zwischen Aufnahme und Entlassung, sowie Patientenzufriedenheit zur Entlassung definiert. Hierbei ist laut Mattejat (1998) besonders der Zusammenhang vom psychischen Funktionsniveau und der Lebensqualität sowie der Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Symptomveränderung von Interesse, wobei Bredel (2004) die Befundlage hierzu anhand von Studien bisher als uneinheitlich bezeichnet.

1.7 Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit verfolgt folgende Zielsetzungen:

- 1) Deskriptive Beschreibung der Patientenpopulation zum Aufnahmezeitpunkt sowie der Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Patientenperspektive, gemessen in den Zielvariablen YSR (Sympto-

me), KINDL (Lebensqualität), FBB (Behandlungszufriedenheit) und individuelle Zielereichungsitems (Likert-Skala). Diese Outcome-Messung soll zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung stattfinden. Zudem soll eine multiperspektivische Darstellung der Patientenzufriedenheit und der individuellen Zielereichung durchgeführt werden.

Diese Ergebnisse sollen nach der Behandlungsart in die stationäre und die teilstationäre Population unterteilt werden.

- 2) Es soll weiterhin aus der Patientenperspektive anhand von Korrelation, T-Test und Regressionsanalyse festgestellt werden, inwieweit das Störungsbild, unterteilt nach internalisierender und externalisierender Störung, die Art der Behandlung, unterteilt nach teilstationärer oder stationärer Behandlung, und die Familienfunktion (FB-A) als Prädiktoren zur abhängigen Variable des Behandlungserfolges angewandt werden können. Als Operationalisierung des Erfolges dienen hierbei die Symptomreduktion (deltaYSR), die Lebensqualitätszunahme (deltaKINDL) und die Patientenzufriedenheit (FBB) im Behandlungsverlauf.

1.8 Ziel der Arbeit

Mittels dieser naturalistischen Evaluationsstudie sollen Ergebnisse gewonnen werden, welche die Behandlung von psychischen Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE rechtfertigen oder zu notwendigen Veränderungen der Therapie führen. Es soll zudem geprüft werden, in welchem Maße sich das Störungsbild, unterteilt nach stationärer oder teilstationärer Behandlung, und die Familienfunktion als Prädiktoren des Behandlungserfolges eignen.

Es handelt sich um eine unabhängige Studie, deren Ergebnisse keine Folgen auf das Budget der Klinik oder anderer Beteiligter haben. Es erfahren sowohl das Behandlungsteam, die Leitung und die Fachöffentlichkeit von den Ergebnissen dieser Evaluation.

Folgende gezielte Fragestellungen sollen empirisch beantwortet werden:

F1. Welchen Einfluss hat die Art des zur Aufnahme führenden Störungsbildes (externalisierend, internalisierend, gemischt) auf den Behandlungserfolg bei stationären und teilstationären Patienten?

F2. Unterscheidet sich dieser Einfluss bei stationären und teilstationären Patienten?

F3. Wie ist der Zusammenhang der den Behandlungserfolg definierenden Variablen?

F4. Welchen Einfluss haben familiäre Beziehungsstörungen, i.e. das Familienfunktionsniveau auf den Behandlungserfolg?

F5. Unterscheidet sich dieser Einfluss bei stationären und teilstationären Patienten?

Hypothesen:

Bisher liegt kaum Literatur zum Einfluss einer stationären oder teilstationären Behandlung auf den Behandlungserfolg bei internalisierenden und externalisierenden Störungen vor. Gleiches gilt für den Einfluss der Familiendysfunktionalität, wobei die wenigen vorliegenden Studien (Blanz & Schmidt (2000), Emslie et al. (2003)) eher auf einen schlechteren Behandlungserfolg bei einer ausgeprägten Familienfunktionsstörung hinweisen.

Aus diesem Grund wurde ein „Workshop“ mit Klinikern der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKEs durchgeführt, so dass anhand der klinischen Erfahrungen der Mitarbeiter die folgenden Hypothesen abgeleitet werden konnten.

H1. Bei externalisierenden Störungen liegt bei stationärer Behandlung ein höherer Behandlungserfolg vor als bei der teilstationären Behandlung.

H2. Bei internalisierenden Störungen liegt bei teilstationärer Behandlung ein höherer Behandlungserfolg vor als bei der stationären Behandlung.

H3. Bei Familien mit ausgeprägter Familiendysfunktionalität liegt beim Patienten eine hohe Effektivität der Behandlung vor.

H4. Eine ausgeprägte Familienpathologie wirkt sich bei teilstationären Patienten negativer auf den Behandlungserfolg aus als die stationären Patienten.

2 Methode

2.1 Die Wahl des Forschungsdesigns und des Datenerhebungsverfahrens

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine klinisch-naturalistische Studie, die eine hypothesenprüfende nicht-experimentelle Ergebnis- und Wirksamkeitsevaluation in der Versorgungsforschung der Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellt. Sie ist als prospektive Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten gestaltet und umfasst eine Fallzahl von 332 teilstationär und stationär behandelten Patienten, die im Rahmen der fortlaufenden Befragung zwischen 1999 und 2006 erhoben wurden. Da nach Indikationsstellung und Aufnahme die Behandlung für jeden teilstationären und stationären Patienten obligatorisch ist, besteht nicht die Möglichkeit zur experimentellen Bildung einer unbehandelten Vergleichsgruppe. Es wäre unethisch eine solche Kontrollgruppe ohne ausreichende Behandlung zu bilden. Es werden die teilstationäre Population mit der stationären Population verglichen und jeweils vier unterschiedliche Störungsgruppen gebildet. Bei den zur Untersuchung herangezogenen Daten handelt es sich um Primärdaten, bzw. Beobachtungsdaten. Des Weiteren wurden Prä-Post-Veränderungsmessungen zwischen Aufnahme und Entlassung durchgeführt, sowie der prädiktive Wert der Variablen „Behandlungssetting“, „Störungsbild“ und „familiäre Belastungsfaktoren“ für den Behandlungserfolg, welcher über Symptomatik, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit definiert ist, bestimmt. Der nicht-experimentelle Charakter der Studie bedingt, dass beim vorgenommenen Vergleich zwischen vollstationären und teilstationären Behandlungssetting erhebliche Gruppenunterschiede in Bezug auf die zur Behandlung stehenden Störungsbilder bzw. deren Schweregrade erwartet werden, die zu jeweiligen differenziellen Indikation geführt haben. Dies wird bei der deskriptiv vergleichenden Diskussion der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt.

Als Untersuchungsperspektive dient dieser Arbeit in erster Linie die Patientenperspektive, aber auch Eltern- und Therapeutenperspektive fließen mit ein.

Um zu entscheiden welches Datenerhebungsverfahren man zur Evaluation anwendet, stand die Abwägung der praktischen Durchführung im Vordergrund. Fragebögen sind zumeist sehr ökonomisch und ermöglichen es den Befragten aufgrund der Anonymität und dem Fehlen eines potentiellen Urteilers bei ihren Angaben valide Antworten zu geben. Dies und die relativ geringe zeitliche Dauer bewirken eine Erhöhung der Teilnahmebereitschaft.

Als Nachteil von Fragebögen ist zu werten, dass bei Unklarheiten zur Fragestellung nicht nachgefragt werden kann und somit falsche Daten einfließen oder ungültige Bögen nicht in die Untersuchung einbezogen werden können.

Als Zeitpunkte der Befragung wurden die Aufnahme und die Entlassung gewählt. Da diese Zeitpunkte alle innerhalb des klinischen Settings stattfinden, liegt der Vorteil u.a. in der hohen Rücklaufquote. Diese fällt hingegen bei katanestischen Befragungen laut Wille & Loser-Kalbermatten (1988) deutlich geringer aus.

Möchte man einen Fragebogen als Erhebungsinstrument benutzen, so muss dieser auf seine interne und externe Validität, sowie auf seine Reliabilität geprüft sein. Der in dieser Arbeit eingesetzte Youth-Self-Report (YSR) und der Kindl-Fragebogen zur Lebensqualität (KINDL) ist ein an der Normpopulation validiertes und standartisiertes Instrument (Achenbach 1991, Ravens-Sieberer 1998). Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) ist ein an der klinischen Population faktorenanalytisch überprüfetes und in deutschsprachigen Psychotherapie-Studien vielfach eingesetztes Instrument zur Feedback-Evaluation (Mattejat & Remschmidt 1998). Die Likert-Skala zur Zielerreichung ist ein für die Studie selbst entwickeltes Item, das möglichst spezifisch die Erreichung des Behandlungsziels in subjektiver Globaleinschätzung erfragt und ergänzend zu den im Forschungsfeld gut etablierten Instrumenten eingesetzt wurde.

2.2 Variablenauswahl und –definition (Teil I)

In dieser Untersuchung soll die teilstationäre und stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE evaluiert werden. Es wird in erster Li-

nie aus der Patientenperspektive geurteilt, wobei die Beurteilungsaspekte durch die Auswertung des Youth-Self-Report (YSR), Kindl-Fragebogen zur Lebensqualität (KINDL) und Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) bestimmt werden. In kleinerem Umfang kommen allgemeiner Familienfragebogen (FB-A) und eine Likert-Skala zur Zielerreichung aus Patienten-, Eltern- und Therapeutenperspektive hinzu.

2.3 Operationalisierung (Instrumente)

Youth-Self-Report (YSR)

Der Youth-Self-Report (YSR) wurde von Achenbach & Edelbrock (1978) zur Individualdiagnostik von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern- und Jugendlichen entwickelt und ging aus der Child Behavior Checklist (CBCL) hervor, mit welcher die Eltern die Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und Probleme des Kindes einschätzten.

1993 entstand eine deutsche Version des YSR durch die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993) aus der letzten Revision von 1991 (Achenbach 1991). Da sich die amerikanische Normierung nicht auf deutsche Jugendliche übertragen ließ, wurde 1998 eine 2. Auflage der Deutschen Bearbeitung herausgegeben (Döpfner et al. 1998). In der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie zählt dieser zu den bekanntesten Fragebögen.

Es handelt sich hierbei um einen Selbstbeurteilungsbogen für den Altersbereich 11-18 Jahre, in welchem Kinder und Jugendliche im ersten Teil ihre Kompetenzen wie Aktivitäten, übernommene Arbeiten und Pflichten sowie ihr Verhältnis zu Eltern, Geschwistern und Freunden beschreiben. Das Gesamtergebnis dieses ersten Teils wird geschlechtsspezifisch einem T-Wert zugeordnet. Ab einem Grenzwert von 37 bis 40 wird hierbei von einer klinisch auffälligen Ausprägung gesprochen. Da jedoch für die Individualdiagnostik eine zu niedrige interne Konsistenz vorliegt, wird dieser Teil des Fragebogens zumeist nicht ausgewertet (Döpfner et al. 1998).

Im zweiten Teil wird die Symptombelastung anhand von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Problemen und körperlichen Beschwerden der letzten sechs

Monate eingeschätzt. Die Beurteilung erfolgt anhand einer dreistufigen Skala von „nicht zutreffend=0“ bis „genau oder häufig zutreffend=2“.

Anhand von acht Syndromskalen bildete Achenbach mittels einer Faktorenanalyse drei Gruppen, nämlich die internalisierenden Störungen, die externalisierenden Störungen und die sonstigen gemischten Störungen, welche weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zuzuordnen waren.

Diese Gruppen setzen sich durch folgende Skalen zusammen:

Internalisierende Störungen	Externalisierende Störungen	Sonstige gemischte Störungen
Sozialer Rückzug	delinquentes (dissoziales) Verhalten	soziale Probleme
Körperliche Beschwerden	aggressives Verhalten	schizoides und zwanghaftes Verhalten
Angst und Depressivität		Aufmerksamkeitsprobleme

Hierbei definiert man einen geschlechtsspezifischen T-Wert über 63 für die übergeordneten Skalen (internalisierende Auffälligkeiten, externalisierende Auffälligkeiten und Gesamtwert) als klinisch auffällig.

Kindl-Fragebogen zur Lebensqualität (KINDL)

Mit dem von Bullinger 1994 entwickelten KINDL lag erstmals ein originär deutschsprachiges Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vor. Dieses Instrument kann sowohl bei klinischen Populationen als auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen eingesetzt, und von Kindern und Jugendlichen (Eigenbeurteilung) sowie deren Eltern (Fremdbeurteilung) ausgefüllt werden. Des Weiteren ist es möglich den Fragebogen durch spezifische Module für unterschiedliche Erkrankungsgruppen zu erweitern.

Somit bietet sich die Möglichkeit den KINDL für verschiedene Typen von Studien einzusetzen. Hierzu zählen epidemiologische Studien zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, klinische Studien zur Beurteilung der Behandlungsmaßnahmen auf die Lebensqualität kranker Kinder und Jugendlicher sowie die Frage nach den Effekten von Rehabilitationsprogrammen jeweils aus Kind- und Elternperspektive. Neben einer hohen Reliabilität und einer befriedigenden Validität besteht laut Ravens-Sieberer (1998) eine gute Akzeptanz des Instruments bei Kindern und Jugendlichen

Um den kindlichen Entwicklungsschritten gerecht zu werden, gibt es nach Altersklassen drei unterschiedliche Versionen zur Selbstbeurteilung und zwei Versionen zur Fremdbeurteilung durch die Eltern. Der KINDL enthält 24 Einzelfragen, welche mit jeweils vier Fragen sechs Dimensionen zugeordnet sind. Diese lauten: körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und die Funktionsfähigkeit im Alltag. Diese sechs Subskalen lassen sich zu einem Total-Score zusammenfassen.

Man kann zur Interpretation dieser Werte zum einen die erhobenen Werte mit einer gesunden Normstichprobe vergleichen, zum anderen können so klinische Messwerte (z.B. die Symptomstärke) mit parallel erhobenen Lebensqualitätsdaten in Relation gesetzt und über Veränderungen des klinischen Zustandes hinaus verfolgt werden.

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Matzejat & Remschmidt (1998) ist ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Behandlungsbeurteilung bei psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen von Kindern und Jugendlichen. Von den Autoren wurden drei Fragebogenversionen zusammengestellt, eine Therapeutenversion (FBB-T), eine Patientenversion (FBB-P) und eine Elternversion (FBB-E), wodurch eine Multiperspektivität der Ergebnisse ermöglicht wird. Die verschiedenen Versionen differenzieren hierbei in gleicher Weise zwei Hauptaspekte, nämlich die Ergebnisqualität (Behandlungserfolg) und die Prozessqualität (Behandlungsverlauf). Der Erfolg bezieht sich auf Wirksamkeit und Effizienz, der Verlauf wird anhand der Akzeptabilität

der Behandlung und der Qualität von Kooperation und Beziehung bewertet (Mattejat & Remschmidt 1995).

Der Fragebogen ist mit 26 bis 29 Fragen je nach Fragebogenversion relativ kurz und dementsprechend schnell durchführbar, was sich positiv auf die Rücklaufquote und Motivation ausübt. Die Items reichen hierbei von „überhaupt nicht/nie=0“ bis „ganz genau/immer=4“. Somit ergibt sich für die Gesamtbeurteilung von Ergebnis- und Prozessqualität eine Schulnote von 1 bis 5.

Neben der geschilderten Ergebnis- und Prozessqualität, wird im Fragebogen des Patienten durch das Item „Rahmenbedingungen“ ein Aspekt der Strukturqualität erfragt.

Tbl. 4: Übersicht zu den Zielvariablen der FBB-Skalen

	Therapeut	Patient	Vater	Mutter
Ergebnisqualität	Therapieerfolg hinsichtlich - des Patienten - der Familie	Erfolg der Behandlung	Erfolg der Behandlung	Erfolg der Behandlung
Prozessqualität	Kooperation mit - dem Patienten - der Mutter - dem Vater	Beziehung zum Therapeuten und Rahmenbedingungen	Verlauf der Behandlung	Verlauf der Behandlung
Gesamtbeurteilung	Therapeuten-Gesamtwert	Patienten-Gesamtwert	Vater- Gesamtwert	Mutter-Gesamtwert

Tbl. 5: Übersicht zur Operationalisierung der FBB-Skalen

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

Der allgemeine Familienfragebogen (FB-A)

Der allgemeine Familienfragebogen (FB-A) fokussiert die Familie als System und basiert auf einem Prozessmodell zur Erklärung der Funktionalität einer Familie (Cierpka & Frevert 1994), das auf dem Mc Master-Model of Family-Functioning basiert und für den deutschsprachigen Raum adaptiert wurde. Als Basis dienen hierbei sieben miteinander interagierende Dimensionen zur Erfassung des Problemlöseverhaltens, welche in entsprechenden Skalen operationalisiert sind: Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle sowie Werte und Normen. Außerdem werden noch soziale Erwünschtheit und Abwehr miterfasst.

Zudem werden für die Familie fünf lebenszyklische Phasen definiert, so dass entsprechende Referenzwerte die Veränderungen der Familie berücksichtigen. Diese Zyklen sind: die werdende Familie (Phase 1), die Familie mit Säugling (Phase 2), die Familie mit jüngeren Kindern, deren ältestes Kind im Haushalt

ein bis elf Jahre alt ist (Phase 3), Familien, deren ältestes Kind im Haushalt mindestens zwölf Jahre alt ist (Phase 4) und Paare nach Auszug der Kinder (Phase 5). Weiterhin liegen diese Referenzwerte für Väter, Mütter und Kinder getrennt vor. Der Fragebogen weist zudem eine befriedigende Reliabilität und Validität auf. (Stieglitz, R.-D. 1999).

Der allgemeine Familienfragebogen enthält insgesamt 38 Items mit den Scores „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ mit sowohl negativer als auch positiver Polung. Die Rohwerte jeder Skala werden je nach Referenzwerten in T-normierte Werte transformiert. Ab T-Werten über 60 werden hierdurch folgende Problematiken aufgezeigt: Die Familie hat Probleme bei der Festlegung von Aufgaben, was zumeist eine Übereinstimmung der Familienziele voraussetzt (Aufgabenerfüllung). Die einzelnen Mitglieder stimmen mit ihren Rollenerwartungen nicht überein und können sich schlecht an neue Rollen anpassen (Rollenverhalten). Es herrscht mangelnder Informationsaustausch und eine unzureichende Verständigung (Kommunikation). Die Gefühle werden unterdrückt oder übertrieben (Emotionalität). Die Beziehungen können entweder voneinander losgelöst oder extrem symbiotisch sein (Affektive Beziehungsaufnahme). Der Kontrollstil ist zu starr oder zu chaotisch (Kontrolle). Es herrscht nur eine geringe Übereinstimmung der Wert- und Normvorstellungen zwischen den Familienmitgliedern (Werte und Normen).

Es folgen Beispielfragen zu den einzelnen Subskalen des Familienfragebogens:

Aufgabenerfüllung: „Wir versuchen, Schwierigkeiten gleich zu lösen und nicht auf die lange Bank zu schieben.“

Rollenverhalten: „Wir müssen uns meistens gegenseitig daran erinnern, was in der Familie von den Einzelnen getan werden muss.“

Kommunikation: „Wir nehmen uns Zeit, einander zuzuhören.“

Emotionalität: „Wir teilen einander mit, was uns gerade stört“

Affektive Beziehungsaufnahme: „Eigentlich vertrauen wir einander nicht.“

Kontrolle: „Wenn wir etwas falsch machen, bekommen wir keine Gelegenheit, es zu erklären.“

Werte und Normen: „In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken.“

Soziale Erwünschtheit: „Ich kann mir nicht vorstellen, dass irgendeine Familie besser klarkommt als unsere.“

Abwehr: „Wir werden nie wütend in unserer Familie.“

Likert-Skala zur Zielerreichung

Die Frageform der Likert-Skala ist nach dem Psychologen Rensis Likert (1932) benannt und ist ein eindimensionales und personenorientiertes Skalierungsverfahren, das auf Ratingskalen aufbaut. Die Likert-Skala zählt zu den am häufigsten verwendeten Verfahren innerhalb der Einstellungsmessung. Die Befragten können mittels einer 5stufigen Skala Zustimmung oder Ablehnung zur jeweiligen Aussage ausdrücken (1 = völlige Zustimmung bis 5 = völlige Ablehnung). In dieser Studie bewerten Patient, Eltern und Therapeut zum Entlassungszeitpunkt, in welchem Maße die zu Behandlungsbeginn definierten individuellen Behandlungsziele erreicht werden konnten.

Basisdokumentation Kinder- Jugendpsychiatrie (BaDo)

Die zu Aufnahme erhobene BaDo (Englert et al. 1998) besteht aus den soziodemografischen Daten, den familiären Belastungen und dem psychopathologischen

Aufnahmebefund, sowie enthält unter anderem Angaben zur Wohnsituation und zum Sozialstatus, hier vor allem dem Schulabschluss, der Arbeitssituation und dem Beziehungsstatus der Eltern. Der psychopathologische Aufnahmebefund umschließt die Einschätzung von psychiatrischen Störungen sowie des Ausmaßes der psychosozialen Beeinträchtigung.

2.4 Variablenauswahl und –definition (Teil II)

Es werden die Merkmale des Patienten zum Behandlungserfolg, wie die Werte von YSR und KINDL zur Aufnahme und Entlassung bzw. ihre Differenz, sowie der FBB zur Entlassung, mit Merkmalen der Behandlung (Interventionsvariablen) wie der stationären oder teilstationären Behandlung verglichen. Hierbei

werden das Störungsbild sowie die Familienfunktion miteinbezogen und ebenfalls mit den Patientenvariablen des Behandlungserfolges verglichen.

Als unabhängige Variablen dienen hierbei das Behandlungssetting, unterteilt nach stationär und teilstationär, und die Störungsgruppe. Die abhängigen Variablen sind der Behandlungserfolg, der über Symptomreduktion (deltaYSR), Lebensqualitätszunahme (deltaKINDL) und Behandlungszufriedenheit (FBB) definiert wird. Somit werden durch diese Untersuchung die Prozess- und Ergebnisqualität und im geringen Maß, über den FBB, die Strukturqualität beurteilt. Unter Prozessqualität versteht man die Versorgungsabläufe und die Güte der Behandlung, also die Behandlungsqualität. Die Ergebnisqualität schließt den Umfang der Effektivität und Effizienz der durchgeführten Diagnostik und Therapie mit ein, also somit den Behandlungserfolg. Die Strukturqualität ergibt sich aus den Rahmenbedingungen

2.5 Stichprobenansatz

Zur Entwicklung eines Modellkonzeptes zur Evaluation der Behandlungsprogramme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf wurde im Zeitraum vom 1997 bis 2006 die stationäre und teilstationäre Inanspruchnahmepopulation von Kindern und Jugendlichen in der Tagesklinik sowie der Jugend- und Kinderstation erfasst. Dabei konnte es vorkommen, dass sich ein Patient mehrmals zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Behandlung befand, wobei dieser mehrmals anhand der Fragebögen festgehalten wurde. Die Gesamtzahl der festgehaltenen Fallzahlen der Tagesklinik, Jugend- und Kinderstation, Akutstation, ambulanter Fälle und Konsile beliefen sich auf $n=2474$, wobei sich die Anzahl der gültigen Fälle durch die Einschlusskriterien auf $n=322$ Fälle reduzierten. Die Einschlusskriterien beinhalteten folgendes:

- 1) Die Untersuchungsform musste stationär oder teilstationär sein (keine Fälle der Akutstation, ambulante Fälle oder Konsile (noch 832 Fälle)). Die Akutstation wurde hierbei ausgeschlossen, da aufgrund der kurzen Verweildauer von wenigen Tagen ein zu heterogenes Bild vorliegt, das eine eigene Fragestellung für Krisenbehandlungen begründen würde. Zudem liegen hier häufige Missings vor, was in der Art der Behandlung

(kurze Krisenintervention) und in der Art der Patienten (akute Krisenpatienten) begründet ist.

- 2) Die Fälle mussten einen vollständigen CBCL oder YSR (zu Aufnahme und Entlassung) haben. Daraus ergaben sich n=332 Fälle für die weiteren Berechnungen, wovon bei n=260 ein vollständiger YSR vorlag.

2.6 Datenerhebung

Die vorliegende Evaluation ist Teil der Untersuchung zur Wirksamkeit des teilstationären und stationären Behandlungsprogramms in der Klinik der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE. Die Durchführung dieser Datenerhebung erfolgte unter den Leitern der Arbeitsgruppe „Evaluation der Behandlung“ (Dr. Romer, Dr. Barkmann und Professor Dr. Schulte-Markwort).

Für diese Erhebung wurden sowohl zur Aufnahme als auch zur Entlassung diverse Fragebögen verteilt. Zu den vom Patienten ausgefüllten Fragebögen gehörten YSR, KINDL, FBB, FB-A und eine Likert-Skala zur individuellen Zielformulierung. Der Therapeut füllte außerdem eine Basisdokumentation (BADO) aus, welche u.a. die Aufnahmebedingungen, soziodemografische Daten, Anamnese, psychologische und somatische Diagnostik sowie eine Leistungsdokumentation enthielt. Die Daten dieser Erhebung entstammen den teilstationären Patienten der Tagesklinik, sowie den stationären Patienten der Kinder- und Jugendstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE.

YSR und KINDL wurden vom Patienten zu Aufnahme und Entlassung ausgefüllt. FBB sowie die Likert-Skala zur Zielerreichung wurden zum Zeitpunkt der Entlassung und der FB-A zum Aufnahmezeitpunkt ausgefüllt.

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, lag der Termin zum Ausfüllen der Bögen bei Entlassung kurz vor oder nach dem Entlassungsgespräch.

Die Datenerhebung fand in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters im Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE) statt. Das Therapievorgehen basiert auf einem psychodynamischen Konzept, wobei es zum Einschluss weiterer Interventionsmethoden zu

einem multimodalen Behandlungskonzept kommt, welches Bewegungs-, Tanz-, Kunst- und Musiktherapie miteinschließt.

Zur ambulanten Versorgung existieren eine Institutsambulanz mit mehreren Spezialsprechstunden, sowie eine Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien (DAA). Zur teilstationären Versorgung existiert eine Tagesklinik (8 Plätze für Kinder im Alter von 8-18 Jahren). Zur vollstationären Versorgung stehen eine Kinder- (8 Plätze für Kinder im Alter von 8-14 Jahren) und eine Jugendstation (12 Plätze für Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren) zur Verfügung. Desweiteren gibt es eine Akutstation (6 Plätze für Kinder und Jugendliche).

Es arbeiten Ärzte (Assistenz- und Fachärzte), Krankenpflegepersonal, Psychologen, Kunst, Musik- und Bewegungstherapeuten, Erzieher, Sozialpädagogen sowie Lehrer in der Klinik. Die Aufgabenfelder sind wie folgt definiert:

Die Ärzte/Psychologen halten in Einzelgesprächen zu circa 45 Minuten zweimal wöchentlich Psychotherapiesitzungen ab. Weiterhin kommen Eltern- und Familiengespräche hinzu, welche in der Regel alle zwei Wochen stattfinden. Die Klinik zeichnet sich im Vergleich zu anderen Kliniken dadurch aus, dass der begleitenden Eltern- und Familienarbeit ein über die gesamte Dauer der Behandlung hoher Stellenwert eingeräumt wird. Fast alle anleitenden Oberärzte sind hierbei familientherapeutisch ausgebildet. Eine weitere ärztliche Tätigkeit ist die medizinische Versorgung, was die Diagnostik und medikamentöse Verordnungen miteinbezieht.

Das pädagogisch-pflegerische Team ist für die Grundpflege, die Bezugspflege, die Medikamentengabe, die Gesprächsrunden, die Durchführung von Freizeitaktivitäten sowie für die Unterstützung der Strukturierung des Alltags zuständig.

2.7 Auswertungsverfahren

Nach der Rückgabe wurden die Fragebögen auf fehlende Daten überprüft, gesammelt und in die SPSS-Datenmaske eingegeben. Nun erfolgte eine Qualitätskontrolle der eingegeben Daten, wodurch Bögen, die nicht den Einschluss-

kriterien (siehe hierzu unter Stichprobenansatz) entsprachen oder zu viele fehlende Items beinhalteten, herausgefiltert wurden.

Es erfolgte eine deskriptive Darstellung der Werte für Symptomatik und Lebensqualität im Behandlungsverlauf, sowie eine Darstellung der Werte für Behandlungszufriedenheit und Zielerreichung zur Entlassung mittels Mittelwertvergleiche, welche Standardabweichungen und Spannen enthielten. Hierbei fand eine Differenzierung in den jeweiligen Behandlungsrahmen (teilstationär bzw. stationär) statt.

Des Weiteren wurden zur Analyse von Zusammenhängen und Unterscheidungen bivariate Korrelationen (Spearman), T-Test und Regressionsanalysen gerechnet, um den Einfluss der Variablen Störungsbild, Behandlungsart und Familienpathologie auf den Behandlungserfolg zu untersuchen.

Zur Festlegung ab wann ein Patient internalisierend oder externalisierend auffällig ist, wurde ein „cut-off-Wert“ der Youth-Self-Report-Skala für internalisierende und externalisierende Symptomwerte ab einem T-Wert von 63 zum Aufnahmezeitpunkt verwendet. Hierzu werden vier unterschiedliche Störungsgruppen erzeugt. Die internalisierend auffälligen Patienten, die externalisierend auffälligen Patienten, die gemischt auffälligen Patienten und die Summe aller auffälligen Patienten. Zu dem Problem der Gruppenüberschneidungen wird im Diskussionsteil unter dem Punkt „Methodische Kritik“ eingegangen.

Der Behandlungserfolg wird über die Variablen der Symptomdifferenz (Δ YSR) und der Lebensqualitätsdifferenz (Δ KINDL) zwischen Aufnahme und Entlassung sowie der Patientenzufriedenheit (FBB) zum Entlassungszeitpunkt definiert.

Um den Unterschied der Symptome und der Lebensqualität zwischen Aufnahme und Entlassung für die vier Störungsgruppen festzustellen, wurden abhängige T-Tests der Werte zu Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) dieser Gruppen durchgeführt, wobei die Behandlungsart nach stationärer und teilstationärer Population unterschieden wurde. Mittels dieser Werte wurde daraufhin die Prä-Post-Effektstärke errechnet (siehe 3.2.2).

Rechnerisch werden Korrelationen zwischen den Störungsgruppen und den Variablen des Behandlungserfolges, sowie unabhängige T-Tests innerhalb der einzelnen Störungsgruppen jeweils zwischen auffällig und unauffällig in Bezug auf die Variablen des Behandlungserfolges durchgeführt. Hierbei wird zudem nach der teilstationären oder stationären Behandlungsart unterschieden. Um die gewonnenen Ergebnisse besser vergleichen zu können, werden außerdem die jeweiligen Effektstärken errechnet (siehe 3.2.3).

Mittels einer weiteren Prä-Post-Messung soll der Unterschied zwischen den internalisierenden und den externalisierenden Symptomskalen zwischen Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) aus Patientensicht festgestellt werden.

Dies wird mittels abhängiger T-Tests der YSR-Summenwerte für internalisierende und externalisierende Auffälligkeit zu Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) errechnet. Mittels dieser Werte werden die Prä-Post-Effektstärken errechnet und es wird zudem nach stationären und teilstationären Behandlungssetting differenziert (siehe 3.2.4).

Mittels Korrelationen wird der Zusammenhang zwischen der internalisierenden und externalisierenden Summenscores, also die Höhe der jeweiligen Symptomstärke, zum Aufnahmezeitpunkt (T1) mit den drei Variablen des Behandlungserfolges dargestellt und nach der Behandlungsart in stationär und teilstationär unterteilt (siehe 3.2.5)

Um den Zusammenhang zwischen den Variablen des Behandlungserfolges aus Patientensicht zu ermitteln, werden die einzelnen Variablen des Behandlungserfolges (Symptomreduktion, Lebensqualitätszunahme und Patientenzufriedenheit) miteinander in Korrelation gebracht und hierbei zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung differenziert (siehe 3.2.6).

Bezüglich des allgemeinen Familienfragebogens (FB-A) wird ab T-Werten von 60 zwischen einer auffälligen bzw. unauffälligen Familienfunktion unterschieden. Es sollen hierbei die Mittelwerte zu Symptomen und Lebensqualität der in der Familienfunktion auffälligen mit denen der unauffälligen Patienten zu Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) verglichen werden. Des Weiteren wird der Gesamtscore zur Familiendysfunktion des Familienfragebogens (FB-A) zur Aufnahme (T1) mit den drei Variablen des Behandlungserfolges korreliert. Der Einfluss der einzelnen Subskalen der Familienfunktion auf die drei Variablen des Behandlungserfolges soll mittels Regressionsanalyse bestimmt werden (siehe 3.2.7).

Diese Ergebnisse wurden entweder tabellarisch und grafisch dargestellt oder textlich kommentiert.

3 Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Zunächst wird, der Zielsetzung entsprechend, eine deskriptive Beschreibung der Patientenpopulation zum Aufnahmezeitpunkt sowie der Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung aus der Patientenperspektive durchgeführt. Des Weiteren werden bei der multiperspektivischen Untersuchung die Behandlungszufriedenheit (FBB) und die Likert-Skala zur individuellen Zielerreichung untersucht. Alle Ergebnisse sollen hierbei in stationäre und teilstationäre Behandlung aufgeteilt werden.

Ergebnisse zu möglichen Zusammenhängen zwischen Störungsbild, Art der Behandlung und der Familienfunktion mit dem Behandlungserfolg werden aus der Patientenperspektive in Reihenfolge der Fragestellung dargestellt. Die statistischen Symbole entsprechen den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

3.2 Einzelergebnisse

3.2.1 Deskriptive Beschreibung der Patientenpopulation und das Maß an Veränderung im Behandlungsverlauf

Die untersuchte Stichprobenpopulation setzt sich im Durchschnitt wie folgt zusammen:

Das **Alter** zum Zeitpunkt der Aufnahme betrug im Durchschnitt bei der stationären Population 14,65 Jahre (SD=2,61; range=13) und bei der teilstationären Population 13,82 Jahre (SD=2,11; range=9).

59,1% der stationären Population und 35,7% der teilstationären Population waren weiblichen **Geschlechts**.

Abb. 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der vollstationären Patienten (n=275):

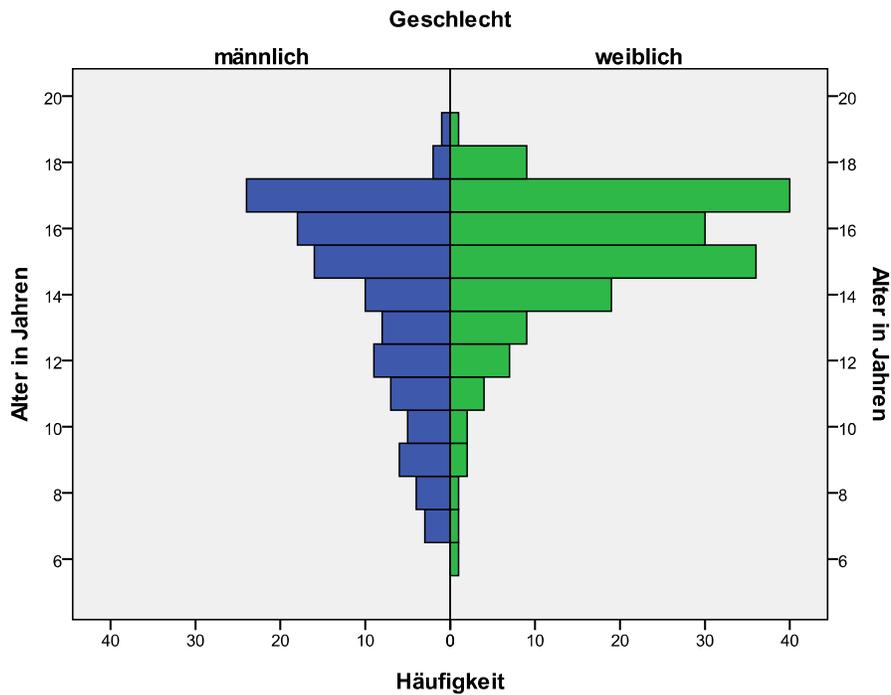
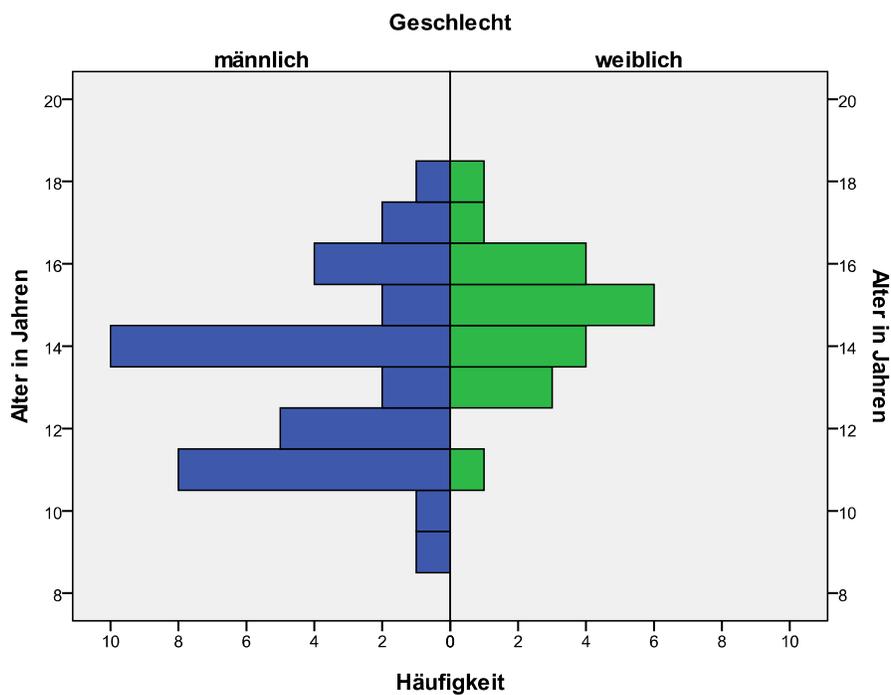


Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung der teilstationären Patienten (n=56):



Die **Altersspanne** reichte in der stationären Population von 6 bis 19 Jahre und bei der teilstationären Population von 9 bis 18 Jahre. Die **Behandlungsdauer**

betrug im Schnitt für die stationäre Population 108,4 Tage und für die teilstationäre Population 255,6 Tage. Zur **Behandlungsart** ist anzumerken, dass bei einer Fallzahl von n=322 eine Mehrheit von 276 Patienten (83,1%) unter stationären und nur 56 Patienten (16,9%) unter teilstationären Bedingungen behandelt wurden. Die prozentuale Verteilung der **Störungsgruppen** zur Aufnahme-situation belief sich bei der stationären Population auf 83,9% internalisierend auffälliger Patienten und 48,3% externalisierend auffälliger Patienten. Bei der teilstationären Population sind 58,0% der Patienten internalisierend auffällig und 32,0% der Patienten externalisierend auffällig. Der Prozentsatz der Patienten, welche sowohl internalisierend als auch externalisierend auffällig waren, belief sich bei der stationären Population auf 44,4% und bei der teilstationären Population auf 22,0%. Hierbei wird ersichtlich, dass es sich zu einem Großteil um eine Vermischung dieser beiden Störungsbilder handelt. So sind z.B. bei der stationären Population lediglich 3,9% rein externalisierend auffälliger Patienten gegeben. Der Anteil der Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit, d.h. Patienten bei denen entweder eines oder beide Störungsbilder vorlagen, beträgt 87,4% bei der stationären und 68,0% bei der teilstationären Population. Das **Behandlungsende** trat bei der stationären Population zu 74,2% und bei der teilstationären Population zu 74,5% regulär ein. Eine deutsche **Staatsangehörigkeit** besaßen 94,6% der Gesamtpopulation. Zum Zeitpunkt der Aufnahme waren 22,8% der stationären Patienten und lediglich 1,8% der teilstationären Patienten **suizidal**. Es ist zuzufügen, dass in der jeweiligen Mehrheit der Fälle sowohl bei stationärer als auch teilstationärer Behandlung in den Bado-Daten zur Suizidalität die Angaben fehlten.

Abb. 3: Stationäre Population: Suizidalität (n=271)

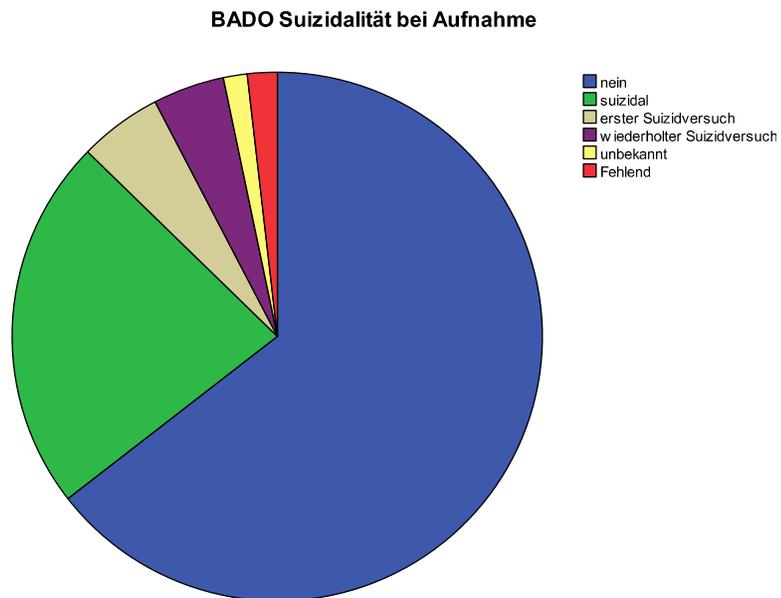
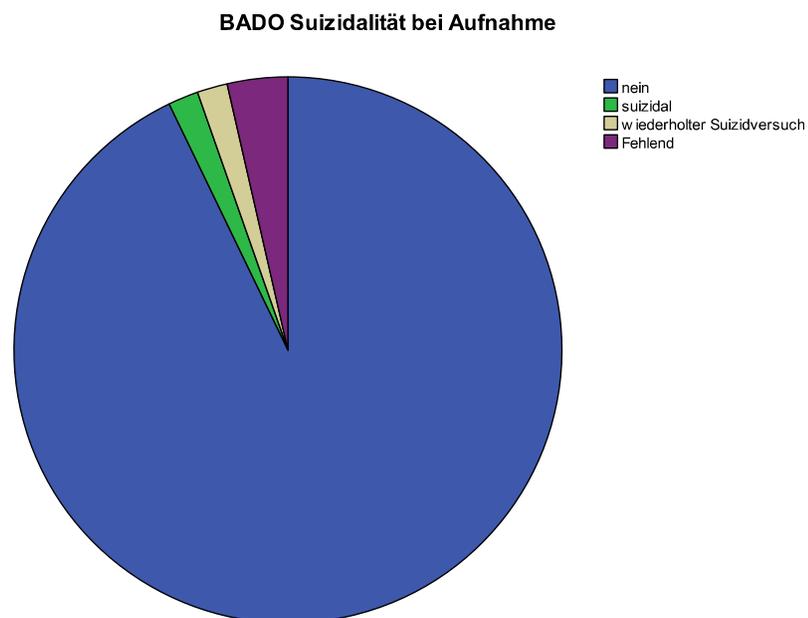


Abb. 4: Teilstationäre Population: Suizidalität (n=54)



Vergleichende Darstellung der in den Hypothesen angesprochenen Gruppen zum Aufnahmezeitpunkt

Tabelle 1: Störungsbild nach Behandlungssetting (stationäre Behandlung)

Störungsgruppe	stationäre Behandlung				
	Alter	Geschlecht	Lebensqualität (KINDL total Score)	Symptomstärke (YSR total Score)	Ausmaß der psychosoz. Beeinträchtigung (BaDo)
Internal. auffällige Patienten	Mittelwert: 15,26 n: 187 SD: 1,86 range: 10	68,1 % weibl./ 31,9% männl. n: 188	Mittelwert: 47,81 n:180 SD: 13,55 range: 73,96	Mittelwert: 68,98 n: 186 SD: 21,72 range:103	Mittelwert: 3,13 n: 186 SD: 1,38 range: 8
External. auffällige Patienten	Mittelwert: 14,90 n: 112 SD: 2,01 range: 9	61,1 % weibl./ 38,9% männl. n: 113	Mittelwert: 50,12 n: 110 SD: 14,56 range: 73,96	Mittelwert: 77,76 n: 110 SD: 21,06 range: 103	Mittelwert: 3,22 n= 110 SD: 1,40 range:8

Tabelle 2: Störungsbild nach Behandlungssetting (teilstationäre Behandlung)

Störungsgruppe	teilstationäre Behandlung				
	Alter	Geschlecht	Lebensqualität (KINDL total Score)	Symptomstärke (YSR total Score)	Ausmaß der psychosoz. Beeinträchtigung (BaDo)
Internal. auffällige Patienten	Mittelwert: 14,10 n: 29 SD: 1,86 range: 7	48,3 % weibl./ 61,1% männl. n: 29	Mittelwert: 58,80 n: 27 SD: 14,69 range: 62,5	Mittelwert: 61,32 n: 28 SD: 21,89 range: 81	Mittelwert: 4,29 n: 28 SD: 1,30 range:5
External. auffällige Patienten	Mittelwert: 13,19 n: 16 SD: 1,60 range:5	43,8 % weibl./ 56,3% männl. n: 16	Mittelwert: 60,64 n: 14 SD: 16,04 range:56,25	Mittelwert: 66,87 n: 15 SD: 24,35 range:81	Mittelwert: 4,60 n: 15 SD: 1,06 range: 4

Tabelle 3: Unterscheidung nach Familienpathologie

Familienpathologie	Alter	Geschlecht	Lebensqualität (KINDL total Score)	Symptomstärke (YSR total Score)	Ausmaß der psychosoz. Beeinträchtigung (BaDo)
auffällig	<i>Mittelwert: 14,73</i> <i>n: 153</i> <i>SD: 2,0</i> <i>range:8</i>	<i>65,4 % weibl./</i> <i>34,6% männl.</i> <i>n: 153</i>	<i>Mittelwert: 48,32</i> <i>n: 148</i> <i>SD: 13,87</i> <i>range:73,96</i>	<i>Mittelwert: 67,81</i> <i>n: 147</i> <i>SD: 23,67</i> <i>range:112</i>	<i>Mittelwert: 4,13</i> <i>n: 150</i> <i>SD: 1,53</i> <i>range:8</i>
unauffällig	<i>Mittelwert: 14,98</i> <i>n: 127</i> <i>SD: 1,91</i> <i>range: 9</i>	<i>51,2% weibl./</i> <i>48,8% männl.</i> <i>n: 127</i>	<i>Mittelwert: 59,39</i> <i>n: 118</i> <i>SD: 15,88</i> <i>range: 68,75</i>	<i>Mittelwert: 51,75</i> <i>n: 122</i> <i>SD: 24,96</i> <i>range:110</i>	<i>Mittelwert: 4,26</i> <i>n: 126</i> <i>SD: 1,51</i> <i>range:8</i>

Zur Aufteilung der Störungsgruppe in internalisierend und externalisierend auffällige Patienten sowie zur Einteilung der Familienpathologie siehe bitte im Methodenteil unter Auswertungsverfahren 2.7. Die Begriffe Lebensqualität, Symptomstärke und BaDo werden ebenfalls im Methodenteil erläutert.

Abb.5: Überschneidungsrate der unterschiedlichen Störungsgruppen (stationäre Population)

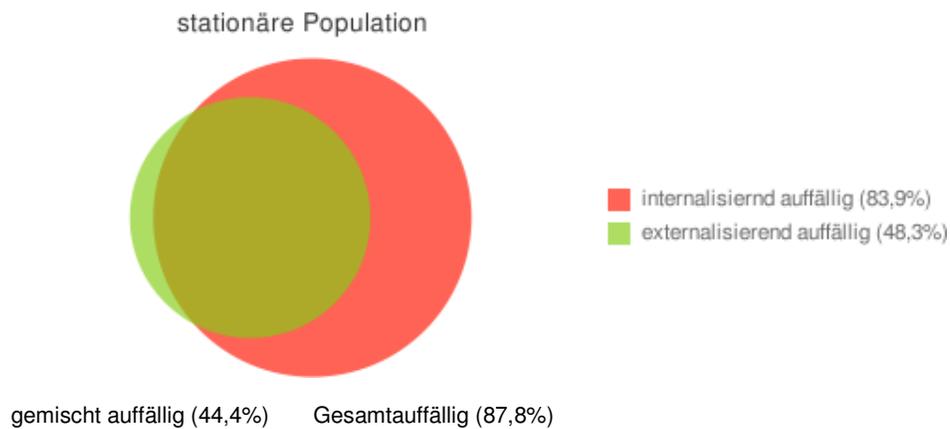
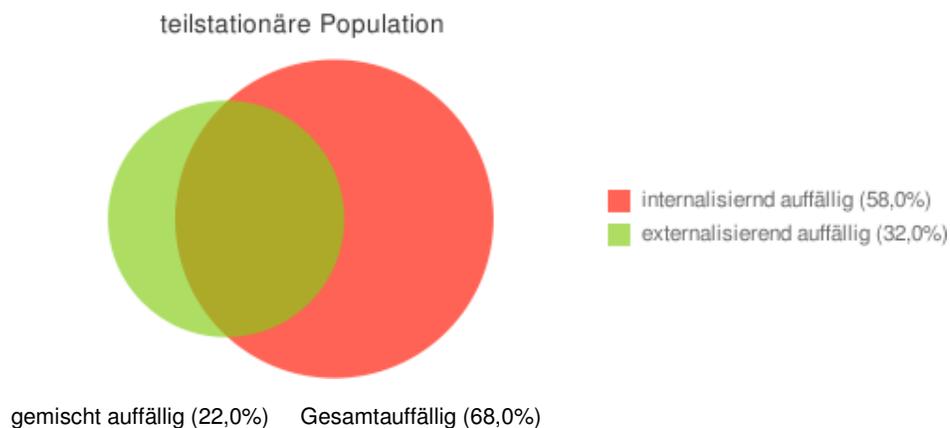


Abb.6: Überschneidungsrate der unterschiedlichen Störungsgruppen (teilstationäre Population)

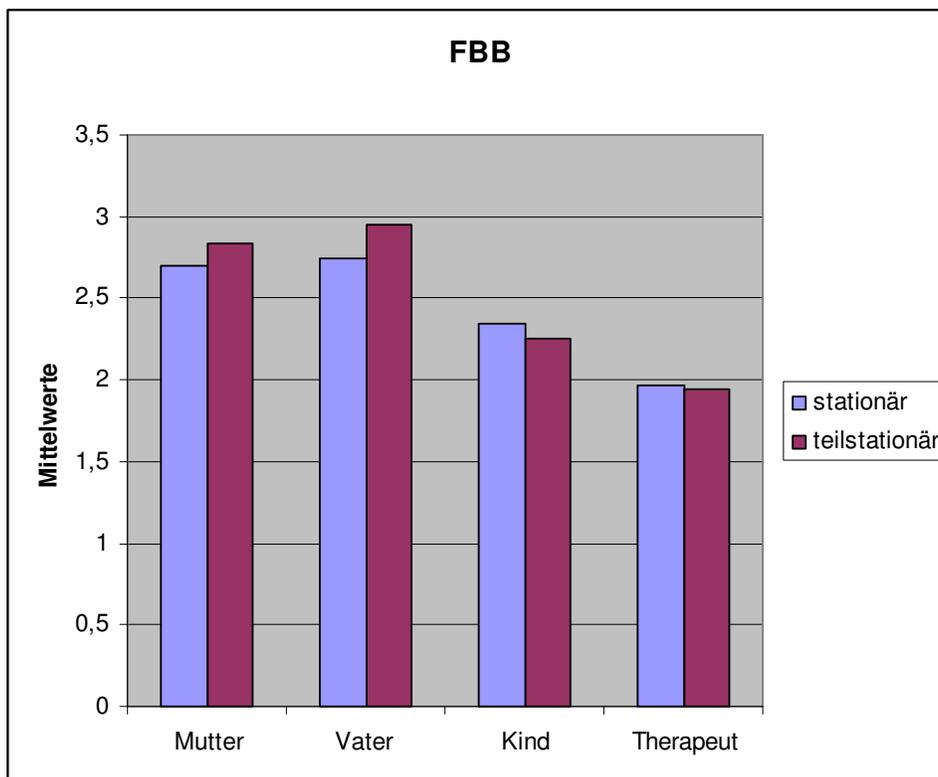


Es zeigt sich eine hohe Komorbiditätsrate, so dass es unter den stationären Patienten kaum rein externalisierend auffällige Patienten gibt. Daher wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht mit trennscharfen Gruppen gerechnet, worauf unter der Methodischen Kritik 4.3 explizit eingegangen wird.

3.2.1.1 Die multiperspektivischen Urteile zur Patientenzufriedenheit (FBB) aufgeschlüsselt nach der Behandlungsart

Tabelle 18 und 19 im Anhang sowie die Abbildung 7 zeigen die FBB-Mittelwerte aller urteilenden Gruppen, aufgeteilt nach stationärer und teilstationärer Population. Die Fallzahlen der urteilerspezifischen Werte reichen stationär von n=130 (Vater) bis n=274 (Therapeut), teilstationär von n=32 (Vater) bis n= 56 (Therapeut).

Abb 7: Die Behandlungszufriedenheit der stationären und teilstationären Population (n=322)



Es zeigt sich hierbei, dass sich Väter und Mütter sowohl bei der stationären Behandlung (M=2,70 zu M=2,74) als auch bei der teilstationären Behandlung (M=2,84 zu M=2,95) in den Mittelwerten sehr übereinstimmen. Dies entspricht einem „guten“ Gesamturteil. Jeweils stellen die Eltern die Beurteilerperspektive da, welche die Behandlungszufriedenheit am höchsten bewertet.

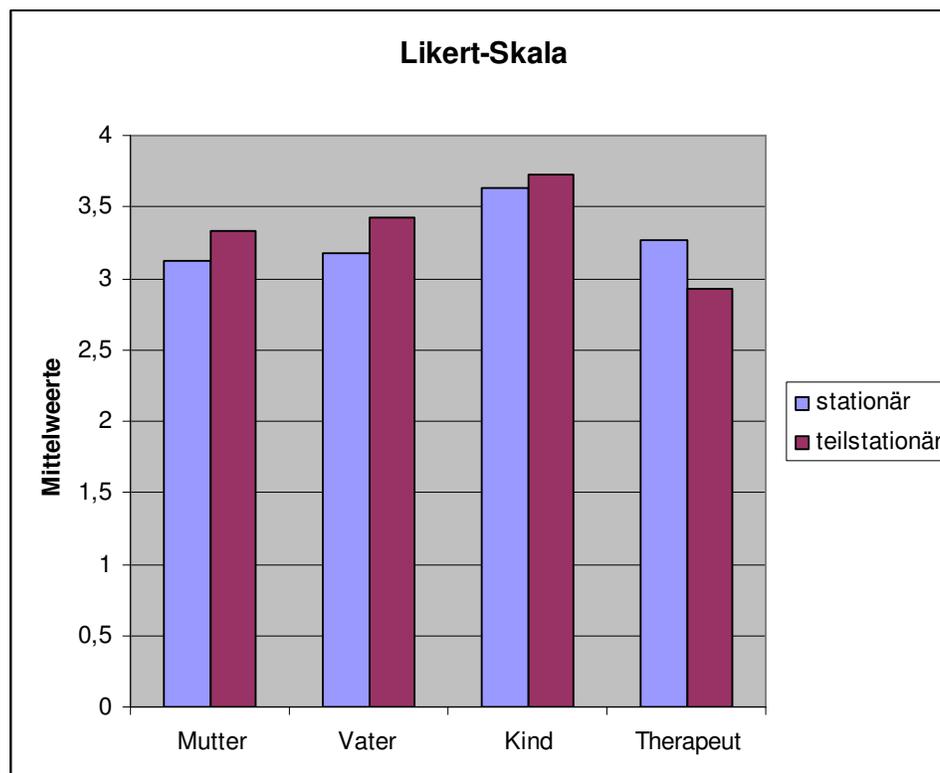
Ebenfalls unabhängig von der Behandlungsart beurteilt der Therapeut den aus Therapieerfolg und Kooperation bestehenden Gesamtscore am niedrigsten (stationär: $M=1,97$ / teilstationär: $M= 1,94$), was einer „mäßigen“ Beurteilung entspricht.

Die Mittelwerte des Patienten liegen sowohl bei der stationären ($M=2,34$) als auch teilstationären ($M=2,25$) Behandlung jeweils in der Mitte zwischen der Eltern- und Therapeutenperspektive. Dies spricht im Mittel von einer ebenfalls „mäßigen“ Gesamtbeurteilung.

3.2.1.2 Die multiperspektivischen Urteile zur individuellen Zielerreichung (Likert-Skala) aufgeschlüsselt nach der Behandlungsart

Tabelle 20 und 21 im Anhang sowie die Abbildung 8 zeigen die Mittelwerte der individuellen Zielerreichung aller urteilenden Gruppen aufgeteilt nach stationärer und teilstationärer Population. Die Fallzahlen der urteilerspezifischen Werte reichen stationär von $n=122$ (Vater) bis $n=271$ (Therapeut), teilstationär von $n=30$ (Vater) bis $n= 55$ (Therapeut)

Abbildung 8: Likert-Skalenwerte zur individuellen Zielerreichung der stationären und teilstationären Population



Vater und Mutter zeigen unabhängig von der Behandlungsart eine ähnliche Einschätzung (stationär: M=3,17 zu M=3,13 / teilstationär: M=3,43 zu M=3,33), was im Mittel der Aussage überwiegend „mäßig entspricht“. Am höchsten wird die individuelle Zielerreichung aus Patientensicht bewertet (stationär: M=3,63 / teilstationär: M=3,73), was einer „guten“ Beurteilung entspricht. Die Therapeuten-sicht liegt stationär (M=3,27) zwischen Elternsicht und Patientensicht, teilstationär am niedrigsten (M=2,93), was als „mäßigen“ Beurteilung gewertet werden kann.

3.2.2 Prä-Post-Effektstärke der Störungsgruppen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Um aus der Patientenperspektive den Zusammenhang zwischen den Behandlungserfolg und dem Störungsbild zu untersuchen, wurde zunächst die unabhängige Variable der Störungsgruppe wie im Methodenteil beschrieben definiert.

Folgende Störungsgruppen wurden in der Auswertung unterschieden

INT	internalisierend auffällige Patienten
EXT	externalisierend auffällige Patienten
KOMBI	gemischt auffällige Patienten (sowohl internalisierend als auch externalisierend auffällige Patienten)
TOTAL	Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit im Gesamtscore des YSR

Zur Definition ab wann ein Patient internalisierend oder externalisierend auffällig ist, siehe ebenfalls im Methodenteil unter Auswertungsverfahren.

Im Folgenden wird der Unterschied der Symptome und der Lebensqualität zwischen Aufnahme und Entlassung für diese vier Störungsgruppen festgestellt.

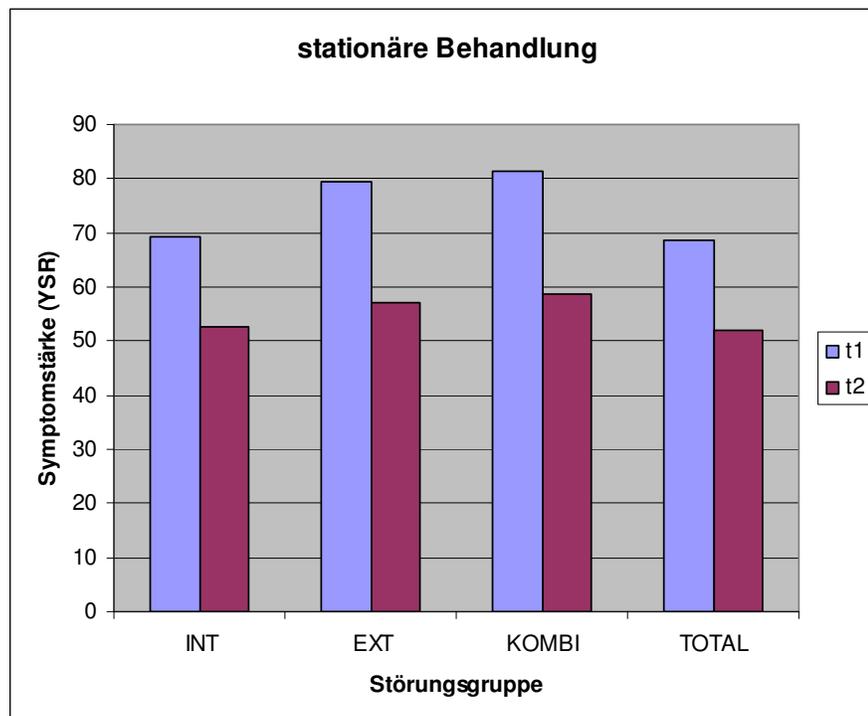
Hierbei wird die Behandlungsart nach stationärer und teilstationärer Population unterschieden und es werden die Prä-Post-Effektstärken dargestellt.

Die stationäre Population:

Die Mittelwerte der Störungsgruppen zur Symptomreduktion und zur Lebensqualität sind in den Abbildungen 9 und 10 dargestellt, sowie in der Tabelle 24 und 26 im Anhang wiedergegeben.

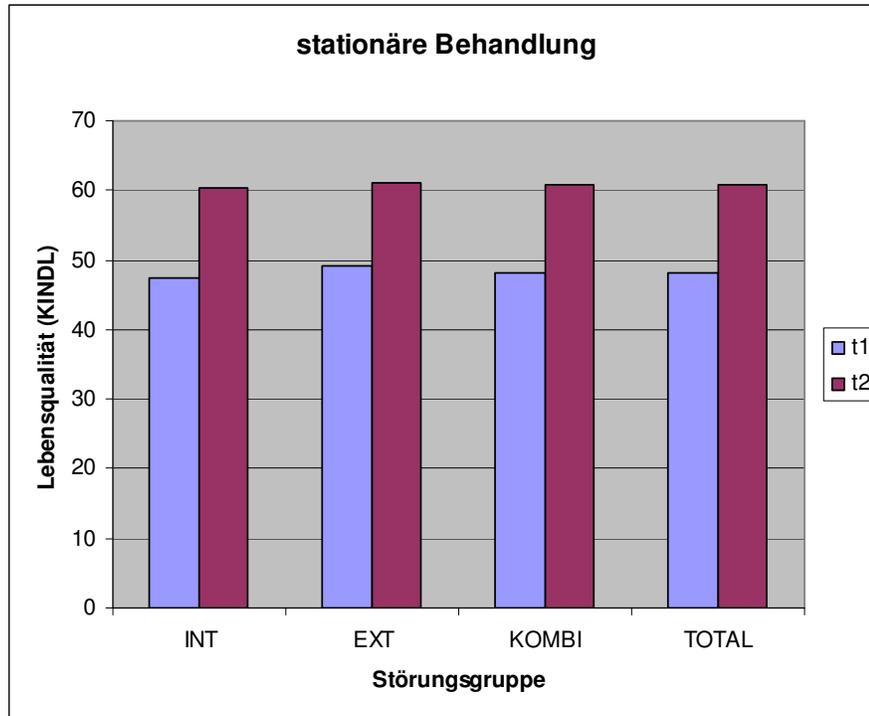
Der Wert des T-Test und die Effektstärke der einzelnen Störungsgruppen sind im Anhang in der Tabelle 25 und 27 nachzulesen.

Abbildung 9: Verlauf von Symptomstärke unter stationärer Behandlung (n=276)



Klinische Auffälligkeit besteht ab einem cut-off von 63 für Jungen bzw. 64 für Mädchen (jeweils im Alter 11 – 18 Jahre)

Abbildung 10: Verlauf von Lebensqualität unter stationärer Behandlung (n=276)



Es sind keine cut-off-Werte für eine klinische Auffälligkeit für den KINDL vorhanden

Tabelle 4: Symptomreduktion der Störungsgruppen (stationäre Behandlung)

Störungsgruppe	n	Symptomreduktion	Standarddifferenz	p
INT	177	16,72	23,54	<.00***
EXT	101	22,42	23,10	<.00***
KOMBI	91	22,52	23,20	<.00***
TOTAL	183	16,72	23,37	<.00***

Tabelle 5: Lebensqualitätszunahme der Störungsgruppen (stationäre Behandlung)

Störungsgruppe	n	Lebensqualitätszunahme	Standarddifferenz	p
INT	169	12,83	14,85	<.00***
EXT	98	11,81	14,69	<.00***
KOMBI	87	12,71	14,62	<.00***
TOTAL	174	12,51	15,0	<.00***

Bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) liegen bei einer Fallzahl von n=177 sowohl zu T1 und T2 Werte für die Symptomstärke vor. Diese zeigen Mittelwerte von 69,29 zu T1 und 52,565 zu T2.

Bei dieser Gruppe liegen bei n=169 zu T1 und T2 Werte zur Lebensqualität vor. Es zeigen sich Mittelwerte von 47,47 zu T1 und 60,30 zu T2.

Dies verdeutlicht im Durchschnitt eine Symptomreduktion von 16,72 (SD=23,54) und eine Lebensqualitätszunahme von 12,83 (SD=14,85) der internalisierend auffälligen Patienten im Behandlungsverlauf.

Mittels des abhängigen T-Tests zeigt sich, dass sowohl die t-Werte für die Symptomstärke und die Lebensqualität hochsignifikant ($p < .00^{***}$) sind, womit ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung besteht.

Die Prä-Post-Effektstärke für die internalisierend auffälligen Patienten beträgt hierbei für die Symptomstärke (YSR) 0,71 und für die Lebensqualität (KINDL) 0,95.

Bei den externalisierend auffälligen Patienten (EXT) zeigten sich Fallzahlen von n=101 für die Symptomstärke und n=98 für die Lebensqualität mit Werten sowohl zu T1 und T2. Die Mittelwerte liegen bei 79,475 zu T1 und 57,06 zu T2 für die Symptomstärke und bei 49,17 zu T1 sowie bei 60,98 zu T2 für die Lebensqualität.

Somit liegen eine Symptomreduktion von 22,42 (SD=23,10) und eine Lebensqualitätszunahme von 11,81 (SD=14,69) im Durchschnitt für die externalisie-

rend auffälligen Patienten vor. Es zeigen sich anhand des abhängigen T-Tests hochsignifikante ($p < .00^{***}$) t-Werte für Symptomstärke und Lebensqualität, so dass ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung besteht.

Die Prä-Post-Effektstärke der externalisierend auffälligen Patienten beträgt für die Symptomstärke 0,95 und für die Lebensqualität 0,85.

Bei der Patientengruppe der gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) liegen bei einer Fallzahl von $n=91$ der Symptomstärkenwerte und $n=87$ der Lebensqualitätswerte sowohl zu T1 und T2 vor. Die Mittelwerte der Symptomstärke liegen zu T1 bei 81,34 und zu T2 bei 58,835. Mittelwerte der Lebensqualität liegen zu T1 bei 48,21 und zu T2 bei 60,93.

Es besteht eine Symptomreduktion von 22,52 (SD= 23,20) und eine Lebensqualitätszunahme von 12,71 (SD=14,62) dieser Patientengruppe.

Die abhängigen T-Tests ergeben hochsignifikante ($p < .00^{***}$) t-Werte, so dass ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung in Symptomstärke und Lebensqualität auch bei dieser Gruppe besteht.

Die Prä-Post-Effektstärken liegen für die Symptomstärke bei 0,97 und für die Lebensqualität bei 0,93.

Die Gruppe der Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) hat eine Fallzahl von $n=183$ mit Werten zur Symptomstärke und $n=174$ mit Werten zur Lebensqualität sowohl zu T1 und T2. Die Mittelwerte liegen für die Symptomstärke bei 68,66 zu T1 und 51,94 zu T2. Für die Lebensqualität ergeben sich Mittelwerte von 48,19 zu T1 und 60,70 zu T2.

Somit besteht im Durchschnitt eine Symptomreduktion von 16,72 (SD=23,37) und eine Lebensqualitätszunahmen von 12,51 (SD=15,0).

Die abhängigen T-Tests ergeben ebenfalls hochsignifikante ($p < .00^{***}$) t-Werte, womit ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung anhand der Symptomstärke und der Lebensqualität besteht.

Die Prä-Post-Effektstärken ergeben für die Symptomstärke 0,71 und für die Lebensqualität 0,91.

Es zeigt sich somit, dass im Gruppenvergleich die externalisierend auffälligen (EXT) mit 79,48 und die gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) mit 81,34 zur Aufnahme die höchste Symptombelastung angeben. Zum Zeitpunkt der Entlassung sind die Symptomwerte dieser beiden Gruppen zwar immer noch mit 57,06 bzw. 58,84 am höchsten, aber aufgrund der höchsten Mittelwert-Differenzen (22,42 bzw. 22,52), weniger deutlich als bei der Aufnahme. In Bezug auf die Lebensqualität zeigen sich sowohl bei Aufnahme als auch zur Entlassung, sowie in den Mittelwert-Differenzen, nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Störungsgruppen.

Jede der Störungsgruppen zeigt unter stationärer Behandlung einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den Aufnahme- und Entlassungswerten für die Symptomstärke und die Lebensqualität.

Tabelle 6: stationäre Prä-Post-Effektstärke

Störungsgruppe	stationäre Prä-Post-Effektstärke	
	Symptomstärke	Lebensqualität
INT	0,71 (**)(n=177)	0,95 (**)(n=169)
EXT	0,95 (**)(n=101)	0,85 (**)(n=98)
KOMBI	0,97 (**)(n=91)	0,93 (**)(n=87)
TOTAL	0,71 (**)(n=183)	0,91 (**)(n=174)

Anmerkung. (**)=hochsignifikanter prä-post-Unterschied

Die Prä-Post-Effektstärken für die Symptomveränderung sind am höchsten bei den externalisierend auffälligen (EXT) und bei den gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) (0,95 bzw. 0,97). Am geringsten fallen sie bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) und bei den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) (0,71) aus.

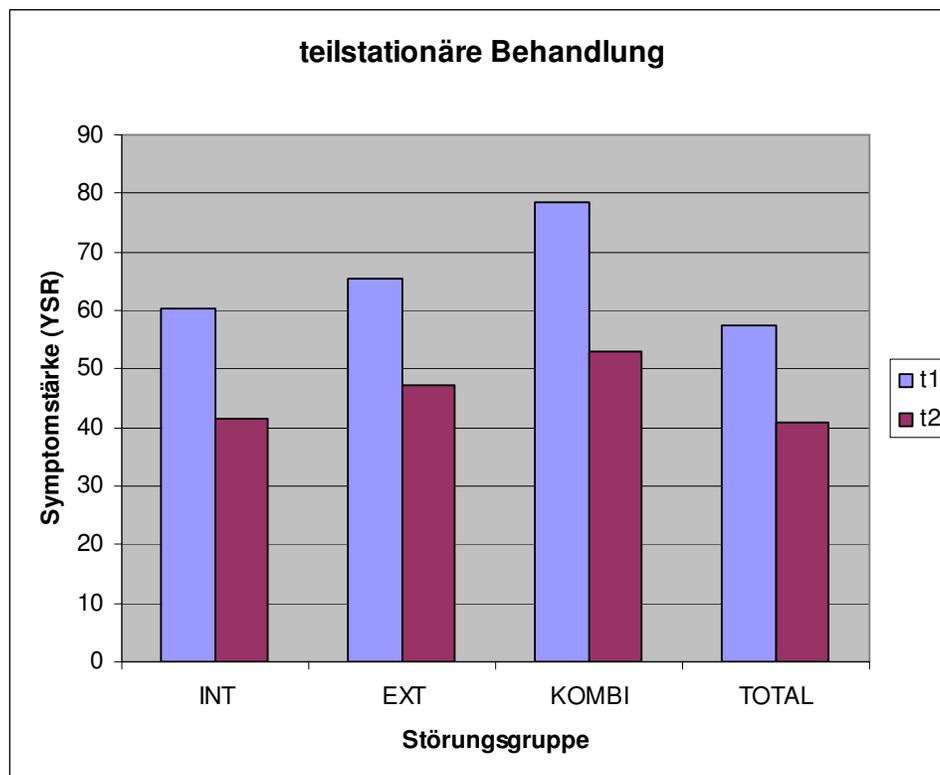
Bezüglich der Lebensqualität zeigen sich zwischen den Gruppen geringe Schwankungen der Effektstärke, wobei die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) die geringste Effektstärke (0,85) aufweisen. Die restlichen Störungsgruppen sind mit 0,91 bis 0,95 recht homogen.

Die teilstationäre Population:

Die Mittelwerte der Störungsgruppen zur Symptomreduktion und zur Lebensqualität sind in den Abbildungen 11 und 12 veranschaulicht, sowie in der Tabelle 28 und 30 im Anhang wiedergegeben.

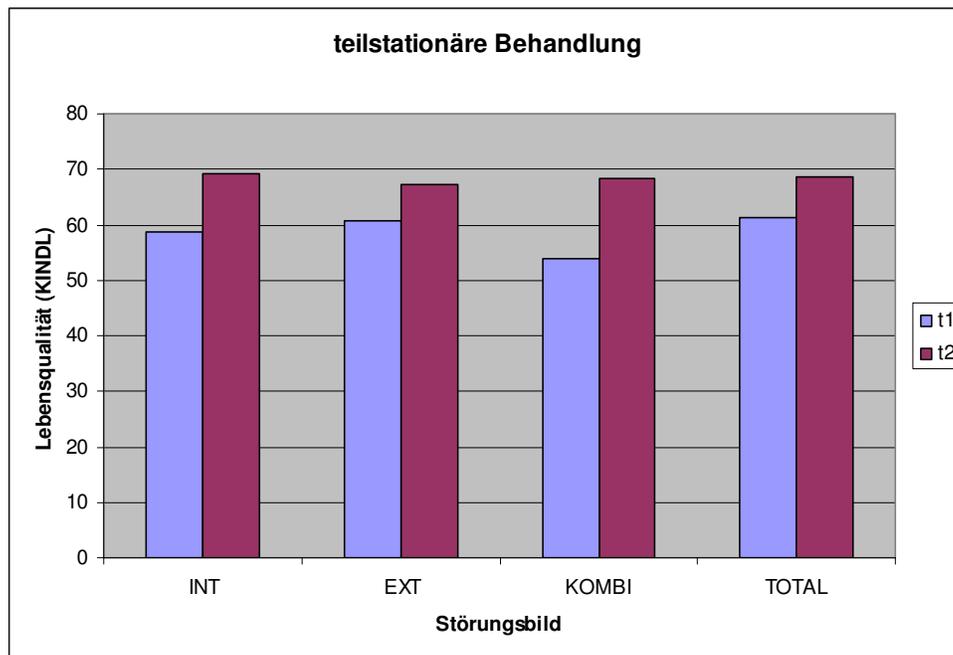
Die Werte des T-Testes und die Effektstärke der einzelnen Störungsgruppen sind im Anhang in den Tabellen 29 und 31 nachzulesen.

Abbildung 11: Verlauf der Symptomstärke unter teilstationärer Behandlung (n=56)



Klinische Auffälligkeit besteht ab einem cut-off von 63 für Jungen bzw. 64 für Mädchen (jeweils im Alter 11 – 18 Jahre)

Abbildung 12: Verlauf der Lebensqualität unter teilstationärer Behandlung (n=56)



Es sind keine cut-off-Werte für eine klinische Auffälligkeit für den KINDL vorhanden

Tabelle 7: Symptomreduktion der Störungsgruppen (teilstationäre Behandlung)

Störungsgruppe	n	Symptomreduktion	Standarddifferenz	p
INT	27	18,81	22,45	<.00***
EXT	14	18,36	23,70	.012*
KOMBI	9	25,44	24,45	.014*
TOTAL	32	16,75	22,06	<.00***

Tabelle 8: Lebensqualitätszunahme der Störungsgruppen (teilstationäre Behandlung)

Störungsgruppe	n	Lebensqualitätszunahme	Standarddifferenz	p
INT	24	10,42	18,49	<.00***
EXT	13	6,61	19,19	.238
KOMBI	9	14,47	17,40	.037*
TOTAL	28	7,35	18,89	.049*

Bei dieser Population liegen bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) bei einer Fallzahl von $n=27$ sowohl zu T1 als auch zu T2 Werte für die Symptomstärke vor. Diese zeigen Mittelwerte von 60,44 zu T1 und 41,63 zu T2.

Bei dieser Gruppe liegen bei $n=24$ zu T1 und T2 Werte zur Lebensqualität vor. Es zeigen sich Mittelwerte von 58,85 zu T1 und von 69,27 zu T2.

Dies zeigt im Durchschnitt eine Symptomreduktion von 18,81 (SD=22,45) und eine Lebensqualitätszunahme von 10,42 (SD=18,49) der internalisierend auffälligen Patienten im Behandlungsverlauf.

Mittels des abhängigen T-Tests zeigt sich, dass die t-Werte für die Symptomstärke und die Lebensqualität hochsignifikant ($p<.00^{***}$) sind, so dass ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung besteht.

Die Prä-Post-Effektstärke für die internalisierend auffälligen Patienten beträgt hierbei für die Symptomstärke (YSR) 0,89 und für die Lebensqualität (KINDL) 0,74.

Bei den externalisierend auffälligen Patienten (EXT) zeigen sich Fallzahlen von $n=14$ für die Symptomstärke und $n=13$ für die Lebensqualität mit Werten sowohl zu T1 als auch T2. Die Mittelwerte liegen bei 65,57 zu T1 und 47,21 zu T2 für die Symptomstärke sowie bei 60,58 zu T1 und 67,185 zu T2 für die Lebensqualität.

Es besteht somit im Durchschnitt eine Symptomreduktion von 18,36 (SD=23,70) und eine Lebensqualitätszunahme von 6,61 (SD=19,19) für die externalisierend auffälligen Patienten.

Es zeigen sich anhand des abhängigen T-Tests signifikante ($p=.012^*$) t-Werte für die Symptomstärke. Keine Signifikanz ergibt sich für die Lebensqualität ($p=.238$). Es besteht somit lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung für die Symptomstärke, nicht aber für die Lebensqualität.

Die Prä-Post-Effektstärke der externalisierend auffälligen Patienten beträgt für die Symptomstärke 0,79 und für Lebensqualität 0,49.

Bei der Patientengruppe mit gemischter Störung (KOMBI) liegen bei einer Fallzahl von $n=9$ Symptomstärkenwerte und Lebensqualitätswerte sowohl zu T1 als auch zu T2 vor. Die Mittelwerte der Symptomstärke liegen zu T1 bei 78,56 und zu T2 bei 53,11. Die Mittelwerte der Lebensqualität liegen zu T1 bei 53,94 und zu T2 bei 68,40.

Es besteht eine Symptomreduktion von 25,44 (SD=24,45) und eine Lebensqualitätszunahme von 14,47 (SD=17,40) bei dieser Patientengruppe.

Die abhängigen T-Tests ergeben jeweils signifikante (Symptomstärke: $p=.014$ / Lebensqualität: $p=.037$) t-Werte, so dass ein signifikanter Unterschied dieser Gruppe zwischen Aufnahme und Entlassung in Symptomstärke und Lebensqualität besteht.

Die Prä-Post-Effektstärken liegen für die Symptomstärke bei 1,28 und für die Lebensqualität bei 1,15.

Bei den gesamtauffälligen Patienten (TOTAL) liegt eine Fallzahl von $n=32$ mit Werten zur Symptomstärke und $n=28$ mit Werten zur Lebensqualität sowohl zu T1 als auch zu T2 vor. Die Mittelwerte liegen für die Symptomstärke bei 57,59 zu T1 und 40,84 zu T2. Für die Lebensqualität ergeben sich Mittelwerte von 61,235 zu T1 und 68,58 zu T2.

Somit besteht im Durchschnitt eine Symptomreduktion von 16,75 (SD=22,06) und eine Lebensqualitätszunahme von 7,35 (SD=18,89).

Die abhängigen T-Tests ergeben hochsignifikante ($p<.00^{***}$) t-Werte für die Symptomstärke und signifikante t-Werte ($p=.049$) für die Lebensqualität, so dass ein signifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung anhand der Symptomstärke und der Lebensqualität besteht.

Die Prä-Post-Effektstärken ergeben für die Symptomstärke 0,8 und für die Lebensqualität 0,52.

Erwartungsgemäß wird ersichtlich, dass bei Aufnahme (78,56) und Entlassung (53,11) die gemischtauffälligen Patienten (KOMBI) die höchste Symptomstärke angeben. Des Weiteren zeigt sich hier die höchste Mittelwerts-Differenz (25,44). Die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) geben zur Aufnahme (65,57)

und Entlassung (47,21) leicht höhere Werte als die beiden übrigen Gruppen an, wobei sie ähnliche Mittelwert-Differenzen zeigen.

Ebenfalls zeigen sich die gemischtauffälligen Patienten (KOMBI) im Aspekt der Lebensqualität zur Aufnahme mit den geringsten Werten (53,94) am schwersten belastet. Allerdings erreicht ihre Lebensqualität bis zur Entlassung (53,11) aufgrund der höchsten Mittelwert-Differenz (14,47) nahezu das gleiche Level wie die übrigen Gruppen, so dass alle Gruppen zur Entlassung ähnliche Werte an Lebensqualität angeben. Die kleinste Mittelwert-Differenz (6,61) weisen die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) auf.

Unter der teilstationären Behandlung zeigen alle Gruppen bis auf die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) einen signifikanten bis hochsignifikanten Unterschied zwischen den Aufnahme- und Entlassungswerten sowohl für die Symptomstärke als auch die Lebensqualität. Bei den externalisierend auffälligen Patienten (EXT) ist hingegen nur der Symptomstärkenunterschied signifikant, nicht aber die Lebensqualitätsdifferenz.

Tabelle 9: teilstationäre Prä-Post-Effektstärke

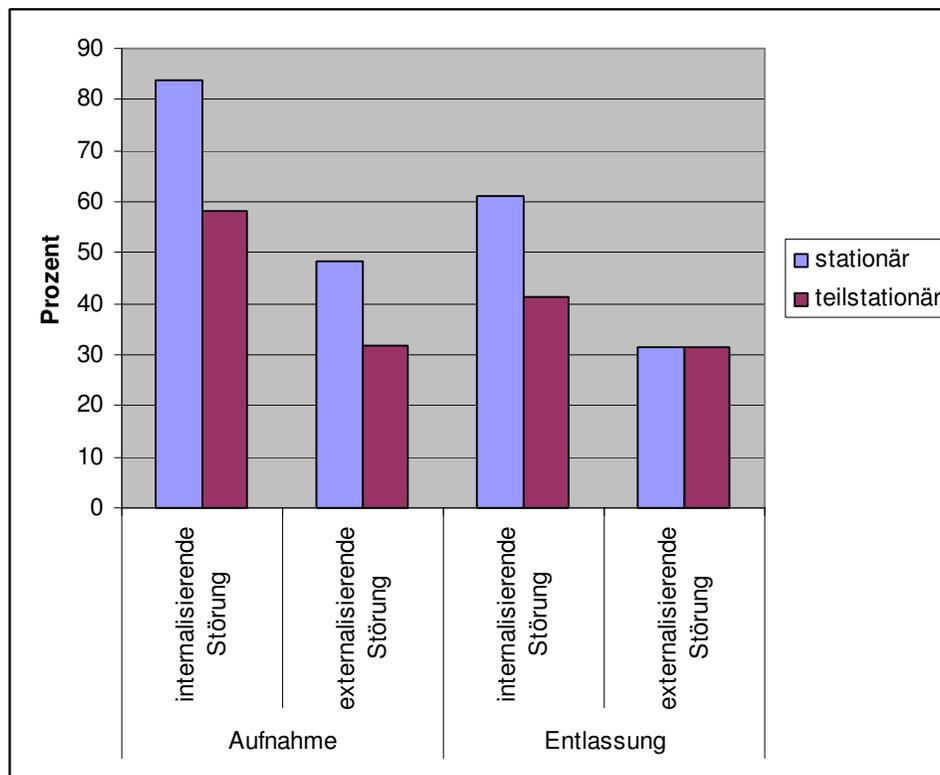
Störungsgruppe	teilstationäre Prä-Post-Effektstärke	
	Symptomstärke	Lebensqualität
INT	0,89 (**) (n=27)	0,74 (*) (n=24)
EXT	0,79 (*) (n=14)	0,49 (n=13)
KOMBI	1,28 (*) (n=9)	1,15 (*) (n=9)
TOTAL	0,8 (**) (n=32)	0,52 (*) (n=28)

Anmerkung. (*)=signifikanter bzw. (**)=hochsignifikanter Prä-Post-Unterschied

Die Prä-Post-Effektstärken für die Symptomveränderung sind am höchsten bei den gemischtauffälligen Patienten (KOMBI) mit $d=1.28$. Am geringsten fallen sie bei den externalisierend auffälligen (EXT) mit $d=0.79$ und bei der Summe aller auffälligen Patienten (TOTAL) mit $d=0.8$ aus. Bei der Lebensqualität ergibt sich die höchste Effektstärke $d=1.15$ bei den gemischtauffälligen Patienten (KOMBI). Am geringsten fällt sie bei den externalisierend auffälligen (EXT) mit $d=0.49$ und den gesamtauffälligen Patienten (TOTAL) mit $d=0.52$ aus.

3.2.2.1 Der Verlauf von internalisierenden und externalisierenden Störungen von Aufnahme zu Entlassung aufgeschlüsselt nach der Behandlungsart aus Patientensicht (YSR)

Abbildung 13: Der Verlauf von internalisierenden und externalisierenden Störungen von Aufnahme zu Entlassung in Anteil klinisch relevanter Symptombelastung



stationäre Population:

Zum Zeitpunkt der Aufnahme liegt bei der stationären Population bei 83,9% der Patienten eine internalisierende und bei 48,3% der Patienten eine externalisierende Störung vor. Zum Entlassungszeitpunkt reduziert sich der Prozentsatz der Patienten mit einer internalisierende Störung auf 61,2% und der Prozentsatz der Patienten mit einer externalisierende Störung auf 31,6%. Dies ist in Abbildung 13 und in Tabelle 22 im Anhang dargestellt.

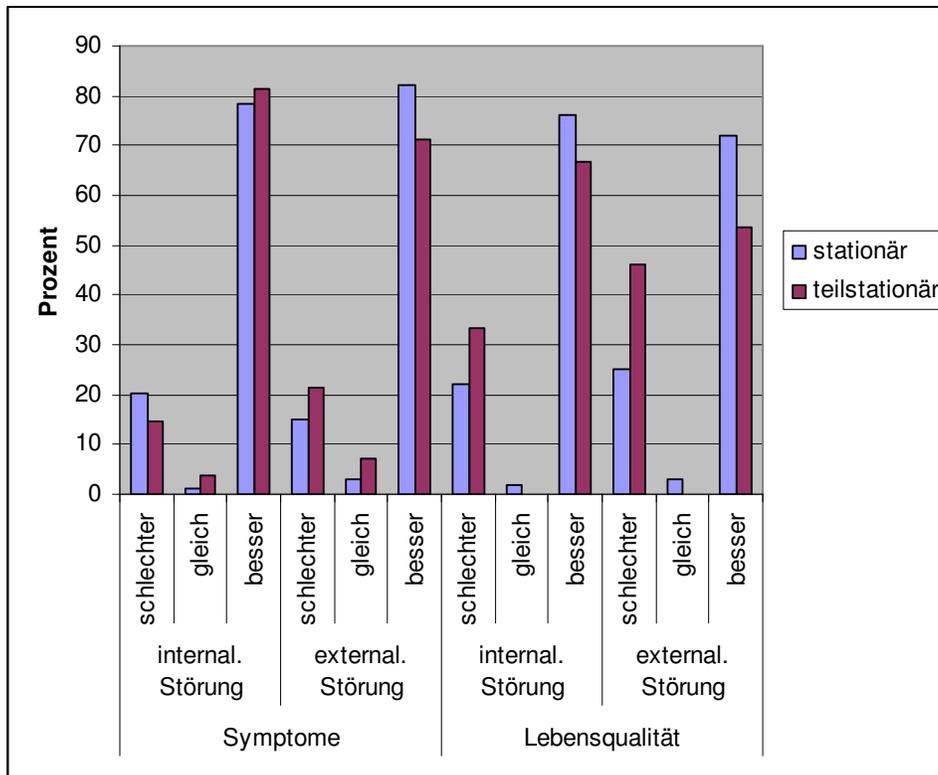
teilstationäre Population:

Bei der teilstationären Population liegen zum Aufnahmezeitpunkt bei 58,0% der Patienten eine internalisierende und bei 32,0% eine externalisierende Störung vor. Zum Entlassungszeitpunkt hat sich der Prozentsatz der Patienten mit inter-

nalisierender Störung auf 41,2% und der Patienten mit externalisierender Störung auf 31,4% reduziert. Dies ist ebenfalls in Abbildung 13 sowie in Tabelle 22 im Anhang wiedergegeben.

3.2.2.2 Das Maß an Verschlechterung bzw. Besserung der Symptomwerte und der Lebensqualität zwischen Aufnahme und Entlassung aufgeschlüsselt nach Störungsbild und Behandlungsart

Abbildung 14: Veränderung der Symptomwerte (YSR) und der Lebensqualität (KINDL) im Behandlungsverlauf



In Abbildung 14 und in Tabelle 23 im Anhang sind der Prozentsatz an Verschlechterung bzw. Verbesserung der Symptomwerte und der Lebensqualität zwischen Aufnahme und Entlassung aufgeschlüsselt nach Störungsbild und Behandlungsart dargestellt.

Im Symptomverlauf zeigt sich unter teilstationärer Behandlung bei den Patienten mit internalisierender Störung bei 81,5% eine Verbesserung und bei 14,8%

eine Verschlechterung, dies ist ein etwas besserer prozentualer Verlauf als unter stationärer Behandlung, wo sich bei 78,5% eine Verbesserung und bei 20,1% eine Verschlechterung ereignet. Bei den externalisierend auffälligen Patienten zeigt sich hingegen unter stationärer Behandlung bei 82,2% eine Verbesserung und bei 14,9% eine Verschlechterung, was einen besseren Verlauf als unter teilstationärer Behandlung mit bei 71,4% eine Verbesserung und mit bei 21,4% eine Verschlechterung darstellt.

Lebensqualitätsverlauf:

Die Patienten mit internalisierender Störung zeigen unter stationärer Behandlung bei 76,0% eine Verbesserung und bei 22,2% eine Verschlechterung der Lebensqualitätswerte. Teilstationär finden sich bei diesen Patienten bei 66,7% eine Verbesserung und bei 33,3% eine Verschlechterung der Lebensqualitätswerte.

Bei Patienten mit externalisierender Störung ergibt sich unter stationäre Behandlung bei 71,9% eine Verbesserung und bei 25,0% eine Verschlechterung der Lebensqualitätswerte. Dahingegen zeigen sich unter teilstationärer Behandlung bei diesen Patienten nur bei 53,8% eine Verbesserung und bei 46,2% eine Verschlechterung der Lebensqualitätswerte.

3.2.3 Der Zusammenhang der Störungsgruppe mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Es wird nun der Einfluss der im vorherigen Abschnitt erwähnten vier Störungsgruppen auf den Behandlungserfolg dargestellt. Das Vorgehen hierzu wurde im Methodenteil unter Auswertungsverfahren dargestellt.

Störungsgruppen:

INT	internalisierend auffällige Patienten
EXT	externalisierend auffällige Patienten
KOMBI	gemischt auffällige Patienten (sowohl internalisierend als auch externalisierend auffällige Patienten)
TOTAL	Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit im Gesamtscore des YSR

Die stationäre Population:

Die Tabelle 32 im Anhang zeigt den deskriptiven Mittelwertvergleich der einzelnen Störungsgruppen für die Variablen des Behandlungserfolges. In den Abbildungen 16 bis 18 im Anhang wird dies zudem jeweils mit einer der drei Behandlungserfolgsvariablen verdeutlicht.

Die Fallzahlen liegen am höchsten bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) und den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) (n=169 bis 184), sowie am niedrigsten für die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und den gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) (n=87 bis 102).

Korrelationen:

Tabelle 34 im Anhang zeigt die Korrelationen der Störungsgruppen mit den Variablen des Behandlungserfolges. Hierbei reichen die Fallzahlen von n=197 für die Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) bis zu n=217 für die Patientenzufriedenheit (FBB) der externalisierend auffälligen Patienten (EXT).

Hierbei korrelieren alle Störungsgruppen signifikant bis hochsignifikant mit der Symptombdifferenz (deltaYSR) bei Werten zwischen $r=.204$ und $r=.320$. Mit der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) korrelieren die internalisierend auffälligen Patienten (INT) und die Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) hochsignifikant bei Werten von $r=.255$ bzw. $r=.248$. Die externalisierend auffälli-

gen Patienten (EXT) und die gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) korrelieren hingegen nur im geringen Maß bei Werten von $r=.046$ bzw. $r=.087$ mit der Lebensqualitätsdifferenz.

Zu der Patientenzufriedenheit (FBB) zeigen alle Störungsgruppen zumeist nur kleine bis negative Korrelationen bei Werten von $r=.129$ bis $r=-.030$.

In Tabelle 10 werden diese Ergebnisse zur Verdeutlichung durch die Effektstärke der Korrelationen wiedergegeben.

Tabelle 10: Die Effektstärke des Zusammenhangs (Korrelation) der Störungsgruppe mit den Variablen des Behandlungserfolges unter stationärer Behandlung

stationäre Behandlung	Behandlungserfolg		
	Effektstärke der Korrelation		
Störungsgruppe	Delta YSR	Delta KINDL	FBB
INT	0,42 (*)	0,53 (**)	0,07
EXT	0,68 (**)	0,09	0,10
KOMBI	0,65 (**)	0,17	0,26
TOTAL	0,48 (*)	0,51 (**)	-0,06

Anmerkung.(**)=hochsignifikant bzw. (*)=signifikant

Unabhängige T-Tests:

Tabelle 35 im Anhang zeigt die unabhängigen T-Tests zum Unterschied zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten der einzelnen Störungsgruppen in Bezug auf die Variablen des Behandlungserfolges der stationären Population. Es zeigt sich, dass alle Störungsgruppen sich hochsignifikant in Bezug auf die Symptomdifferenz (deltaYSR) zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten unterscheiden.

Bei der Lebensqualitätsdifferenz unterscheiden sich nur die internalisierend auffälligen Patienten (INT) und die Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) (hoch)signifikant zwischen auffälligen und unauffälligen Patienten. Bezüglich der Patientenzufriedenheit (FBB) unterscheidet sich keine Störungsgruppe zwischen auffälligen und unauffälligen Patienten signifikant.

Diese Ergebnisse lassen sich zusätzlich anhand von Box-Plots in den Abbildungen 19 bis 30 im Anhang verdeutlichen.

In Tabelle 11 ist die Effektstärke dieser Differenz der Störungsgruppen zwischen auffälligen und unauffälligen Patienten in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg wiedergegeben. Es zeigen sich hohe Effektstärken bei allen Gruppen zur Symptomdifferenz ($d=.1.18$ bis $d=.0.60$) sowie bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) und den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) zur Lebensqualitätsdifferenz ($d=-1.07$ bzw. $d=-0.81$). Bei den externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und den gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) fallen die Effektstärken zur Lebensqualitätsdifferenz gering aus ($d=.09$ bzw. $d=.19$). Zur Patientenzufriedenheit zeigen alle Gruppen nur kleine (bis negative) Effektstärken ($d=.26$ bis $d=-.07$).

Tabelle 11: Effektstärke des Unterschieds zwischen den Störungsgruppen in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg unter stationärer Behandlung

(Vergleich jeweils pro Gruppe zwischen unauffällig und auffällig)

stationäre Behandlung	Behandlungserfolg		
	Effektstärke des unabh. T-Tests		
Störungsgruppe	Delta YSR	Delta KINDL	FBB
INT	0,74 (**)	0,81 (**)	0,13
EXT	0.62 (**)	0.09	0.10
KOMBI	0.60 (**)	0.19	0.26
TOTAL	1.18 (**)	1.07 (**)	-0.07

Anmerkung. (*)=hochsignifikanter Unterschied innerhalb der Störungsgruppe zwischen unauffällig und auffällig

Die teilstationäre Population:

Anhand der Tabelle 33 im Anhang wird der deskriptive Mittelwertvergleich der einzelnen Störungsgruppen für die Variablen des Behandlungserfolges ersichtlich. In den Abbildungen 16 bis 18 im Anhang erfolgt dies einzeln pro Behandlungserfolgsvariable.

Die Fallzahlen liegen am höchsten für die internalisierend auffälligen Patienten (INT) und den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) (n=24 bis 33), sowie am niedrigsten für die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und den gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) (n=9 bis 15).

Korrelationen:

Tabelle 34 im Anhang stellt die Korrelationen der Störungsgruppen mit den Variablen des Behandlungserfolges dar. Die Fallzahlen reichen von n=48 für die Patientenzufriedenheit bis zu n=41 für die Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL).

Hierbei korrelieren die internalisierend auffälligen Patienten (INT), die gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) und die Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) signifikant mit der Symptombdifferenz (deltaYSR) bei Werten zwischen $r=.287$ und $r=.339$, lediglich die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) zeigen keinen signifikanten Zusammenhang ($p=.256$) mit der Symptombdifferenz bei einer Korrelationen von $r=.171$.

Sowohl mit der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) als auch mit der Patientenzufriedenheit (FBB) korreliert keine der Störungsgruppen signifikant. Jeweils mit diesen beiden Variablen des Behandlungserfolges korrelieren die internalisierend auffälligen Patienten (INT) am deutlichsten ($r=.287$ bzw. $r=.330$) und die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) am geringsten ($r=.007$ bzw. $r=.028$).

Das hierbei die Störungsgruppe der gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) mit der größten Symptombdifferenz (deltaYSR) nicht auch die höchsten Werte in

Korrelation und Effektstärke aufweist, liegt an der relativ geringen Fallzahl (n=15) dieser Gruppe.

In Tabelle 12 werden diese Ergebnisse zur Verdeutlichung durch die Effektstärke der Korrelationen dargestellt.

Tabelle 12: Die Effektstärke des Zusammenhangs (Korrelation) der Störungsgruppe mit den Variablen des Behandlungserfolges unter teilstationärer Behandlung:

teilstationäre Behandlung	Behandlungserfolg		
	Effektstärke der Korrelation		
Störungsgruppe	Delta YSR	Delta KINDL	FBB
INT	0,72 (*)	0,60	0,70
EXT	0,35	0,01	0,06
KOMBI	0,60 (*)	0,57	0,40
TOTAL	0,60 (*)	0,13	0,42

Anmerkung. *=signifikant

Unabhängige T-Tests:

Tabelle 36 im Anhang zeigt die unabhängigen T-Tests zwischen den auffälligen und unauffälligen Patienten im Verhältnis zu den einzelnen Störungsgruppen in Bezug auf die Variablen des Behandlungserfolges der teilstationären Population.

In Bezug auf die Symptomdifferenz (deltaYSR) unterscheiden sich die Gruppen der internalisierend auffälligen Patienten (INT), der gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) und der Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) signifikant ($p=.011$, $p=.033$ bzw $p=.009$) zwischen den unauffälligen und auffälligen Patienten.

Bei der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) und der Patientenzufriedenheit (FBB) unterscheidet sich hingegen keine Störungsgruppe zwischen unauffälligen und auffälligen Patienten signifikant.

Diese Ergebnisse lassen sich zusätzlich anhand von Box-Plots in den Abbildungen 31 bis 42 im Anhang verdeutlichen.

In Tabelle 13 ist die Effektstärke dieses Unterschieds zwischen den Störungsgruppen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg wiedergegeben. Die Effektstärken bezüglich der Symptomedifferenz (deltaYSR) ähneln sich bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT), den gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) und den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) ($d=0.80$ bis $d=-0.88$), gering fällt diese jedoch bei den externalisierend auffälligen Patienten (EXT) ($d=0.42$) aus. Diese Gruppe zeigt auch bei der Lebensqualitätsdifferenz ($d=0.03$) und der Patientenzufriedenheit ($d=0.03$) die geringsten Effektstärken aller Gruppen unter teilstationärer Behandlung.

Tabelle 13: Effektstärke des Unterschieds zwischen den Störungsgruppen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg unter teilstationärer Behandlung
(Vergleich jeweils pro Gruppe zwischen unauffälligen und auffälligen Patienten)

teilstationäre Behandlung	Behandlungserfolg		
	Effektstärke der unabh. T-Tests		
Störungsgruppe	Delta YSR	Delta KINDL	FBB
INT	0.80 (*)	0.62	0.57
EXT	0.42	0,03	0,03
KOMBI	0.82 (*)	0.65	0.47
TOTAL	0.88 (*)	0.25	0.29

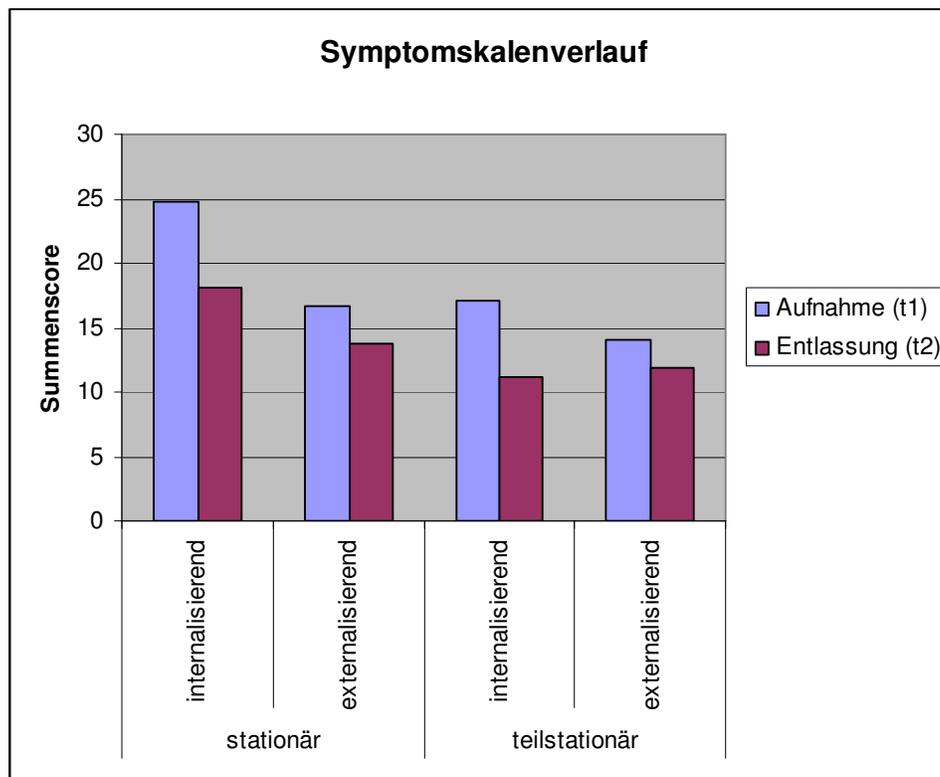
Anmerkung. *=signifikanter Unterschied innerhalb der Störungsgruppe zwischen unauffällig und auffällig

3.2.4 Prä-Post-Effektstärke der internalisierenden und externalisierenden Symptomskalen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Wie im Methodenteil unter Auswertungsverfahren beschrieben, soll mittels einer Prä-Post-Messung der Unterschied zwischen den internalisierenden und den externalisierenden Symptomskalen zwischen Aufnahme und Entlassung (aus Patientensicht) dargestellt werden.

Zudem wird nach stationären und teilstationären Behandlungssetting differenziert und es werden die Prä-Post-Effektstärken dargestellt.

Abbildung 15: Symptomskalenverlauf nach Behandlungsart (Mittelwerte)



Klinische Auffälligkeit besteht ab einem cut-off von 16 für Jungen bzw. 20 für Mädchen für eine internalisierende Auffälligkeit, sowie von 22 für Jungen bzw. 20 für Mädchen für eine externalisierende Auffälligkeit (stationär: internalisierend n =203/ externalisierend n=219; teilstationär: internalisierend n =47/ externalisierend n=47)

Stationäre Population:

Bei dem internalisierenden Summenscore liegt eine Fallzahl von $n=203$ und beim externalisierenden Summenscore von $n=219$ mit Werten zu Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) vor. Diese zeigen für den internalisierenden Summenscore Mittelwerte von 25,84 zu T1 und 18,15 zu T2, was einer internalisierenden Symptomreduktion von 6,69 entspricht. Für den externalisierenden Summenscore ergeben sich Mittelwerte von 16,66 zu T1 und 13,82 zu T2, was zu einer externalisierenden Symptomreduktion von 2,83 führt.

Dies ist in Abbildung 15 verdeutlicht und in Tabelle 37 im Anhang angegeben.

Die Tabelle 38 im Anhang zeigt eine Prä-Post-Effektstärke für den internalisierenden Summenscore von $d=0.61$ und für den externalisierenden Summenscore von $d=0.33$.

Teilstationäre Population:

Es liegt sowohl für den internalisierenden Summenscore als auch für den externalisierenden Summenscore eine Fallzahl von $n=47$ vor. Der internalisierende Summenscore zeigt Mittelwerte von 17,15 zu T1 und 11,19 zu T2, was eine Symptomreduktion von 5,96 bedeutet. Der externalisierende Summenscore hat Mittelwerte von 14,02 zu T1 und 11,94 zu T2, was einer Symptomreduktion von 2,09 entspricht. Dies ist in Abbildung 15 dargestellt und findet sich zudem in Tabelle 39 im Anhang.

Die Prä-Post-Effektstärke beträgt für den internalisierenden Summenscore $d=0.59$ und für den externalisierenden Summenscore $d=0.23$, was in Tabelle 40 im Anhang wieder zu finden ist.

Mittels des abhängigen T-Tests zeigt sich, dass sowohl bei der stationären als auch bei der teilstationären Population für beide Summenscores die t-Werte hochsignifikant ($p<.00^{***}$) sind, womit ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung besteht.

3.2.5 Der Zusammenhang der störungsspezifischen Symptomskala mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Es soll im Folgenden, wie unter Auswertungsverfahren beschrieben, der Zusammenhang zwischen der internalisierenden und externalisierenden Summenscores, also die Höhe der jeweiligen Symptomstärke, zum Aufnahmezeitpunkt (T1) mit den drei Variablen des Behandlungserfolges dargestellt und nach der Behandlungsart in stationär und teilstationär unterteilt werden. Diese Korrelationen sind zudem per Streudiagramm in den Abbildungen 43 bis 54 im Anhang dargestellt.

Stationäre Population:

Tabelle 41 im Anhang zeigt, dass ein hochsignifikanter Zusammenhang ($p < .000$) zwischen der Höhe der internalisierenden Symptomstärke und der Höhe der Symptomdifferenz (deltaYSR) ($r = .326$) sowie der Höhe der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) ($r = .327$) besteht. Mit der Höhe der Patientenzufriedenheit (FBB) ($r = .054$) besteht jedoch kein Zusammenhang ($p = .435$).

Lediglich zwischen der Höhe der externalisierenden Symptomstärke und der Höhe der Symptomdifferenz (deltaYSR) besteht ein (hoch)signifikanter Zusammenhang ($p < .000$) ($r = .351$). Die Korrelationswerte zur Höhe der Lebensqualitätsdifferenz ($p = .104$) ($r = .113$) und zur Höhe der Patientenzufriedenheit ($p = .199$) ($r = .088$) fallen deutlich geringer aus.

Teilstationäre Population:

Wie bei der stationären Population besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang ($p < .000$) zwischen der Höhe der internalisierenden Symptomstärke und der Höhe der Symptomdifferenz (deltaYSR) ($r = .664$) sowie der Höhe der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) ($r = .580$), nicht jedoch ($p = .259$) mit der Hö-

he der Patientenzufriedenheit (FBB) ($r=.166$). Dies ist in Tabelle 41 im Anhang wieder gegeben.

Zwischen der Höhe der externalisierenden Symptomstärke und der Höhe einer der Variablen des Behandlungserfolges besteht kein signifikanter Zusammenhang. Den größten Korrelationswert weist hierbei die Höhe der Symptomdifferenz (deltaYSR) ($p=.073$) ($r=.267$) auf. Der Zusammenhang mit der Höhe der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) ($p=.613$) ($r=.081$) und mit der Höhe der Patientenzufriedenheit (FBB) ($p=.938$) ($r=.012$) fällt sehr gering aus.

3.2.6 Der Zusammenhang zwischen den Parametern des Behandlungserfolges aus Patientensicht unterteilt nach der Behandlungsart

Um den Zusammenhang zwischen den Variablen des Behandlungserfolges aus Patientensicht zu ermitteln, sind die Variablen des Behandlungserfolges (Symptomreduktion, Lebensqualitätszunahme und Patientenzufriedenheit) miteinander in Korrelation gebracht worden. Hierbei wurde zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung differenziert.

Stationäre Population:

Tabelle 42 im Anhang gibt die Werte der Korrelationen und Tabelle 43 im Anhang die Effektstärken der Korrelationen wieder. Es zeigt sich, dass zwischen der Symptomreduktion (deltaYSR) und der Lebensqualitätszunahme (deltaKINDL) ein hochsignifikanter Zusammenhang ($p<.000$) mit einem Korrelationswert $r=.453$ und einer Effektstärke von $d=1.02$ besteht. Zwischen der Lebensqualitätszunahme (deltaKINDL) und der Patientenzufriedenheit (FBB) besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p=.008$) mit einem Korrelationswert von $r=.186$ und einer Effektstärke von $d=.38$. Kein signifikanter Zusammenhang ($p=.148$) ergibt sich zwischen der Symptomreduktion (deltaYSR) und der Patientenzufriedenheit (FBB), was den geringen Korrelationswert $r=.101$ und die

geringe Effektstärke von $d=.15$ erklärt. Diese Zusammenhänge sind in den Abbildungen 55 bis 57 im Anhang anhand von Streudiagrammen verbildlicht.

Teilstationäre Population:

Die Werte der Korrelation zeigt Tabelle 44 im Anhang, die zugehörigen Effektstärken sind in Tabelle 45 im Anhang enthalten.

Zwischen der Symptomreduktion (deltaYSR) und der Lebensqualitätszunahme (deltaKINDL) ergibt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang ($p=<.000$) mit einem Korrelationswert $r=.594$ und einer Effektstärke von $d=1.48$. Sowohl zwischen der Lebensqualitätszunahme (deltaKINDL) und der Patientenzufriedenheit (FBB) als auch zwischen der Symptomreduktion (deltaYSR) und der Patientenzufriedenheit (FBB) besteht kein signifikanter Zusammenhang ($p=.330$ bzw. $p=.700$), was die geringen Korrelationswerte ($r=.156$ bzw. $r=-.058$) sowie Effektstärken ($d=0.32$ bzw. $d=-0.12$) nach sich zieht. Die Abbildungen 58 bis 60 im Anhang verdeutlichen diese Zusammenhänge anhand von Streudiagrammen.

3.2.7 Der Einfluss der Familienfunktion auf die Variablen des Behandlungserfolges aus Patientensicht

3.2.7.1 Vergleich der in Familienfunktion unauffälligen mit auffälligen Patienten in Symptomen und Lebensqualität

Hierzu wurde, wie im Methodenteil unter Auswertungsverfahren erläutert, ein „cut off“ ab einem T-Wert des Familienfragebogens von 60 durchgeführt, so dass Patienten über diesem Wert als in der Familienfunktion „auffällig“ geführt wurden. In den beiden folgenden Tabellen werden die Mittelwerte zu Symptomen und Lebensqualität der in der Familienfunktion auffälligen mit denen der unauffälligen Patienten zu Aufnahme und Entlassung verglichen.

Tabelle 14: Vergleich von Symptom und Lebensqualität zur Familienfunktion (stationäre Behandlung)

	Symptomstärke		Symptomreduktion	Lebensqualität		Lebensqualitätszunahme
	Familienfunktion	T1		T2	T1	
auffällig	70.88 (n=112)	54.35 (n=112)	16.53	46.60 (n=113)	59.05 (n=113)	12.46
unauffällig	56.74 (n=89)	41.93 (n=89)	14.81	55.63 (n=85)	65.40 (n=85)	9.78

Tabelle 15: Vergleich von Symptom und Lebensqualität zur Familienfunktion (teilstationäre Behandlung)

	Symptomstärke		Symptomreduktion	Lebensqualität		Lebensqualitätszunahme
	Familienfunktion	T1		T2	T1	
auffällig	55.95 (n=19)	43.05 (n=19)	12.89	54.95 (n=16)	65.04 (n=16)	10.09
unauffällig	40.73 (n=26)	29.00 (n=26)	11.73	71.00 (n=24)	73.59 (n=24)	2.58

Hierbei lässt sich in Symptom- und Lebensqualitätswerten ein deutlicher Unterschied zwischen den in der Familienfunktion auffälligen und unauffälligen Patienten feststellen. Die auffälligen Patienten weisen sowohl stationär als auch teilstationär eine deutlich höhere Symptomschwere und geringere Lebensqualitätswerte zum Aufnahmezeitpunkt auf. Im Verlauf der Behandlung kommt es zu einer etwas stärkeren Symptomreduktion und Lebensqualitätszunahme als bei den Patienten mit unauffälliger Familienfunktion. Trotzdem weisen sie zum Entlassungszeitpunkt weiterhin erheblich höhere Symptomwerte und geringere Lebensqualitätswerte als die in der Familienfunktion unauffälligen Patienten auf. Bei den in der Familienfunktion unauffälligen Patienten ließ sich die Lebensqualität nur geringgradig verbessern (besonders unter teilstationärer Behandlung).

Des Weiteren wird ersichtlich, dass die teilstationäre Population eine geringere Symptomschwere und eine höhere Lebensqualität als die stationäre Population bei Aufnahme und Entlassung aufweist.

3.2.7.2 Der Einfluss der familiären Gesamtpathologie auf den Behandlungserfolg unterteilt nach der Behandlungsart

Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse der Korrelation des Gesamtscores zur Familiendysfunktion des Familienfragebogens (FB-A) zum Aufnahmezeitpunkt mit den drei Variablen des Behandlungserfolges. Die Fallzahlen der Angaben zur Familienfunktion sind unter stationärer Behandlung $n=230$ und unter teilstationärer Behandlung $n=50$.

Tabelle 16: Korrelation der familiären Dysfunktionalität bei der Aufnahme mit den Variablen des Behandlungserfolges

	Behandlungserfolg								
	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
Gesamtscore zur Familienfunktion	r	p	n	r	p	n	r	p	n
Stationär (N=230)	.108	.123	206	.172	.014	203	.073	.292	213
Teilstationär (N=50)	.199	.186	46	.409	.008*	41	-.011	.943	48

Es zeigt sich, dass im Zusammenhang zu den Variablen des Behandlungserfolges eine hohe Familienpathologie sowohl unter stationärer ($p=.014$) ($r=.172$) als auch unter teilstationärer ($p=.008$) ($r=.409$) Behandlung am stärksten mit der Höhe der Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) korreliert, wobei teilstationär die höheren und einzig signifikanten Korrelationswerte auftreten.

Geringere Korrelationswerte gibt der Zusammenhang einer hohen Familienpathologie zur Symptomdifferenz (deltaYSR) sowohl stationär ($p=.123$) ($r=.108$) als auch teilstationär ($p=.186$) ($r=.199$) wieder. Am niedrigsten fällt der Zusammenhang einer hohen Familienpathologie mit einer hohen Patientenzufriedenheit (FBB) aus, was sich neben niedrigen Werten stationär ($p=.292$) ($r=.073$) besonders teilstationär ($p=.0943$) ($r=-.011$) bemerkbar macht.

3.2.7.3 Der Einfluss der Subskalen der Familienfunktion auf die Variablen des Behandlungserfolges für die Gesamtpopulation

Den Einfluss der Subskalen der Familienfunktion auf die Symptomdifferenz (deltaYSR) verdeutlicht Tabelle 46 im Anhang. Die Subskala „Kontrolle“ zeigte ($p=.030$) den mit Abstand größten Einfluss auf die Symptomdifferenz zwischen Aufnahme und Entlassung.

Tabelle 47 im Anhang zeigt den Einfluss der Subskalen auf die Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL). Hier sind die „Emotionalität“ ($p=.007$) und die „Kontrolle“ ($p=.043$) am wichtigsten für die Höhe der Lebensqualitätsdifferenz.

Der Einfluss der Subskalen auf die Patientenzufriedenheit (FBB) ist in Tabelle 48 im Anhang wiedergegeben. Hierbei ist die „Aufgabenerfüllung“ ($p=.005$) die bedeutendste Subskala für die Höhe der Patientenzufriedenheit.

Die Aussagekraft des Familienfragebogens auf die Variablen des Behandlungserfolges spiegelt Tabelle 17 wieder.

Tabelle 17: Die Aussagekraft des Familienfragebogens bezüglich der Variablen des Behandlungserfolges

Variable des Behandlungserfolges	R	Korrigiertes Quadrat	R- Stf. des Schätzers
Symptomdifferenz (deltaYSR)	<i>.268</i>	<i>.028</i>	<i>22.781</i>
Lebensqualitätsdifferenz (delta-KINDL)	<i>.301</i>	<i>.047</i>	<i>14.624</i>
Patientenzufriedenheit (FBB)	<i>.285</i>	<i>.039</i>	<i>0.445</i>

Somit besteht zwischen den sieben Subskalen des Familienfragebogens und den Variablen des Behandlungserfolges ein eher geringer Zusammenhang. So unterscheidet sich die Symptomdifferenz (deltaYSR) um 3% ($R^2=.028$), die Le-

bensqualitätsdifferenz (deltaKINDL) um 5% ($R^2=.047$) und die Patientenzufriedenheit (FBB) um 4% ($R^2=.039$) aufgrund der Subskalenwerte. Des Weiteren besteht ein ebenfalls eher geringer Einfluss der Familienfunktion auf die Symptomdifferenz ($R=.268$), die Lebensqualitätsdifferenz ($R=.301$) und die Patientenzufriedenheit ($R=.285$).

4 Diskussionsteil

4.1 Kurzzusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Ziel von Behandlungsevaluationen ist es, eine Entscheidungshilfe zur Therapieoptimierung zu leisten (Barkmann 2003) und die Kosten-Nutzen-Effizienz zu belegen (Hoagwood 1996). Es gibt bisher kaum differenzierte Darstellungen, die den Therapieerfolg störungsspezifisch sowie mit dem Fokus auf familiäre Risikofaktoren analysieren (Kronmüller 2009). Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg konnten bereits für die Familienfunktion (Blanz & Schmidt 2000, Lauterbach 2007, Gavidia-Payne 2003) als auch für das Störungsbild (Remschmidt & Mattejat 2006, Sourander & Piha 1998) belegt werden.

Präsentiert werden Daten der naturalistischen Therapieevaluation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE Hamburg. Die Fallzahl liegt hierbei bei $n = 332$ Patienten, welche zwischen 1999 und 2006 teilstationär oder stationär behandelt wurden.

Neben der Analyse des prädiktiven Wertes der Variablen „Störungsbild“ (internalisierend/externalisierend) und „familiäre Risikofaktoren“ für den Behandlungserfolg wird eine Prä-Post-Veränderungsmessung durchgeführt. Der Behandlungserfolg wird als Differenz der Lebensqualität und der Symptomstärke zwischen Aufnahme und Entlassung sowie der Behandlungszufriedenheit zu Behandlungsende definiert. Als Messinstrumente dienen der Youth-Self-Report (YSR) als Symptomskala, der Kinder Lebensqualitätsfragebogen (KINDL) für die Lebensqualität, der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung zur Behandlungszufriedenheit (FBB) und der allgemeine Familienfragebogen (FB-A) für die Familienfunktion.

Es ergeben sich sowohl für die Lebensqualität als auch die Symptomstärke für alle Störungsgruppen im t-Test signifikante bis hochsignifikante Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung, was sich ebenfalls an den Prä-Post-Effektstärken zeigt. Dies liegen nahe oder über der laut Smith (1980) durchschnittlichen Effektstärke von $d=0.85$, welche aus Metaanalysen von störungs-

spezifischen Psychotherapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewonnen wurde. Die Ausnahme bilden lediglich die externalisierend auffälligen Patienten unter teilstationärer Behandlung, welche in Bezug zur Lebensqualität einen nicht signifikanten Unterschied und eine geringe Effektstärke im Behandlungsverlauf aufweist. Dies wurde in weiteren störungsspezifischen Untersuchungen bestätigt, so dass externalisierend auffällige Patienten teilstationär einen geringeren Behandlungserfolg aufweisen als unter stationärer Behandlung. Internalisierend auffällige Patienten zeigen hingegen, besonders in der Patientenzufriedenheit, einen besseren Behandlungserfolg unter teilstationärer als unter stationärer Therapie.

Des Weiteren scheint eine höhere Familiendysfunktionalität mit einem höheren Behandlungserfolg zusammenzuhängen, was entgegen der Erwartung deutlicher für die teilstationäre als für die stationäre Behandlung zutrifft.

Gemessen über die Subskalen des Familienfragebogens zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang der Subskalen „Emotionalität“, „Kontrolle“ und „Aufgabenerfüllung“ auf die Variablen des Behandlungserfolges.

4.2 Diskussion der Einzelergebnisse

4.2.1 deskriptive Beschreibung der Patientenpopulation und das Maß an Veränderung im Behandlungsverlauf

4.2.1.1 Deskriptive Beschreibung der Patientenzufriedenheit aus multiperspektivischer Sicht zur Entlassung

Wie bei den Ergebnissen von Bredel (2004) und Mattejat & Remschmidt (1998) bewerten die beiden Elternteile in dieser Studie am UKE ihre Zufriedenheit mit der Therapie sowohl sehr ähnlich als auch am optimistischsten von allen verschiedenen Perspektiven. Die Therapeutenperspektive dagegen fällt, wie bei anderen Studien (Remschmidt & Mattejat 2003, Bredel 2004, Mattejat & Remschmidt 1993), am kritischsten aus.

Dass es hierbei aber auch zu anderen Ergebnissen kommen kann, zeigten Untersuchungen von Zander (2001), in welchen die Therapeuten positiver als die Eltern sowie die Väter kritischer als die Mütter urteilten.

Zwischen der stationären und teilstationären Behandlung gab es keine gravierenden Unterschiede in der Patientenzufriedenheit. Die Mittelwerte der einzelnen Perspektiven sind als durchweg positiv zu bewerten, auch wenn diese im Vergleich zu anderen Studien zur Patientenzufriedenheit gemessen mittels des FBB, etwas geringer ausfallen. So gibt die von Matzejat & Remschmidt (1998) beschriebene Marburger Studie folgende Mittelwerte wieder: Therapeut: $M=2.1$; Patient: $M=2.75$; Eltern: $M=3.2$. Eine ambulante Münchner Studie (Finsterer 2008) gab eine Zufriedenheit aus Patientensicht von $M=2.66$ an.

4.2.1.2 Deskriptive Beschreibung der subjektiven Zielerreichung aus multiperspektivischer Sicht zur Entlassung

Das Erreichen der subjektiven individuellen Therapieziele wurde sowohl unter stationärer als auch teilstationärer Behandlung am positivsten von den Patienten bewertet. Dies deckt sich mit dem Ergebnis einer Evaluationsstudie von Winter (2005), in der ebenfalls das Erreichen von individuellen Therapiezielen erfragt wurde.

Die Einschätzung von Vater und Mutter ist wie bei der Patientenzufriedenheit nahezu identisch. Die Therapeutenperspektive fällt hierbei nur unter teilstationärer Behandlung am kritischsten aus, unter stationärer Behandlung ist dies die Elternperspektive.

Im Vergleich des Behandlungssettings wurde die subjektive Zielerreichung bei teilstationärer Behandlung am positivsten durch Eltern und Patienten bewertet, bei der stationären Behandlung am positivsten durch den Therapeuten.

4.2.2 Prä-Post-Effektstärke der Störungsgruppen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Folgende Störungsgruppen wurden in der Auswertung unterschieden

INT	internalisierend auffällige Patienten
EXT	externalisierend auffällige Patienten
KOMBI	gemischt auffällige Patienten (sowohl internalisierend als auch externalisierend auffällige Patienten)
TOTAL	Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit im Gesamtscore des YSR

Die mittels des abhängigen T-Tests errechneten Effektstärken des Prä-Post-Vergleiches der Symptomstärke zwischen Aufnahme und Entlassung gleichen oder übersteigen die durchschnittliche Effektstärke von $d=0.85$, welche laut Smith (1980) aus Metaanalysen von störungsspezifischen Psychotherapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie resultiert. Zu etwas geringeren Effektstärken mittels Metaanalysen gelangte Muratori (2002), welcher auf Werte zwischen $d=0.71$ bis $d=0.79$ kam, wobei sich bessere Ergebnisse für experimentelle versus klinische Studie sowie für Behandlungsgruppe versus nichtbehandelter Vergleichsgruppe mit einem Anstieg der Effektstärke auf $d=.88$ ergaben.

Bei einer Studie zur ambulanten Behandlungsevaluation aus Elternsicht kamen laut Finsterer (2008) internalisierende Störungen auf eine Effektstärke von $d=0.54$, externalisierende Störungen zu einer geringen Effektstärke von $d=0.18$. Ebenfalls im ambulanten Rahmen, diesmal aus Patientensicht ergaben sich für Angststörungen eine Effektstärke von $d=1.6$ (Kronmüller 2005), für depressive Störungen eine Effektstärke von $d=1.3$ (Horn 2005) und für Verhaltensstörungen eine Effektstärke von $d=0.6$ (Winkelmann 2005). Außerdem komme es laut Reisel (1998) aus Elternsicht zu signifikanten Verbesserungen der Symptomstärke für internalisierende und externalisierende Störungen unter einer stationären Behandlung.

Anhand von durch Metaanalyse ausgewerteten Studien kamen Beelmann & Schneider (2003) auf Effektstärken von $d=0.32$ für externalisierende Störungen (Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsprobleme) und $d=0.37$ für gemischte Störungen (KOMBI).

Stationäre Behandlung

Dass die Effektstärken für externalisierend auffällige Patienten (EXT) und gemischt auffällige Patienten (KOMBI) die höchsten Werte ($d=0.95$ bzw. $d=0.97$) und etwas geringere Werte für internalisierend auffällige Patienten (INT) und den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) (beide $d=0.71$) zeigen, liegt vermutlich an den höheren Ausgangswerten für die Symptombelastung der beiden Gruppen mit den höheren Effektstärken. So scheint es stationär bei einer höheren Symptombelastung zur Aufnahme zu einer deutlicheren Reduzierung der Symptome zur Entlassung zu kommen, was sich in den höheren Effektstärken widerspiegelt. Als mögliche Erklärung dient hierbei, dass es bei einer schwereren Symptombelastung zu einem deutlicheren Einwirken der stationären Therapiemaßnahmen kommen kann.

Die Effektstärken zur Lebensqualität sind für die verschiedenen Gruppen ähnlich hoch ausgefallen. Im Vergleich zur stationären Marburger Evaluationsstudie (Remschmidt & Mattejat 2006) liegen sie geringfügig unter der dort aus Elternsicht erzielten störungsunabhängigen Effektstärke des Lebensqualitätsscore von $d=1.09$.

Insgesamt gesehen zeigen sich unter stationärer Behandlung an der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Eppendorf für alle Störungsgruppen sowohl in der Symptomstärke als auch in der Lebensqualität hochsignifikante Verbesserungen zwischen Aufnahme und Entlassung, was anhand der hohen Prä-Post-Effektstärken verdeutlicht wird.

Teilstationäre Behandlung

Es liegen zumeist nur stationäre oder ambulante Prä-Post-Studien vor, so dass ein Vergleich der hier gewonnen teilstationären Ergebnisse mit auswärtigen Studien entfallen muss. Dafür zeigen sich aber im Vergleich zur stationären Po-

pulation ähnliche Effektstärken der Störungsgruppen. Die Ausnahme bilden jedoch bei dem Wert der Lebensqualität die Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) und insbesondere die externalisierend auffälligen Patienten (EXT). Es zeigt sich für die externalisierend auffälligen Patienten unter teilstationäre Behandlung die geringste Effektstärke der Lebensqualitätsverbesserung.

So lassen sich unter teilstationärer Behandlung signifikante bis hochsignifikante Prä-Post-Verbesserungen für die Symptomstärke und bis auf die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) auch signifikante Verbesserungen der Lebensqualität feststellen.

4.2.2.1 Der Verlauf von internalisierenden und externalisierenden Störungen von Aufnahme zu Entlassung aufgeschlüsselt nach der Behandlungsart aus Patientensicht

Es wird zunächst die erhebliche Vermischung von internalisierender und externalisierender Symptomatik, besonders bei der stationären Population, ersichtlich. So ist der weit größte Teil der externalisierend auffälligen Patienten ebenfalls internalisierend auffällig. Von den internalisierend auffälligen Patienten sind immerhin noch die Hälfte als ebenfalls externalisierend auffällig zu bewerten. Diese Tatsache wird daher ausgiebig in der Methodischen Kritik behandelt.

Des Weiteren wird für den Aufnahmezeitpunkt ersichtlich, dass die stationäre im Vergleich zur teilstationären Population den höheren Anteil an internalisierend (83,9% zu 58,0%) und externalisierend (48,3% zu 32,0%) auffälligen Patienten aufweist. Dies, die deutlich höhere Suizidalität bei der Aufnahme, die höhere Symptombelastung ($M=63.26$ zu $M=47.45$) sowie die geringeren Lebensqualitätswerte ($M=51.23$ zu $M=63.42$) zeigen, dass es sich bei der teilstationären Population um die Patientenpopulation mit der wesentlich geringeren Psychopathologie handelt. Dies entspricht der Erwartung, wonach schwerwiegendere Störungen eher stationär und weniger schwerwiegende Störungen eher teilstationär zu behandeln sind (Remschmidt & Matthejat 2006, Blanz & Schmidt 2000). Des Weiteren zeigt dies, dass psychische Störungen mit zunehmenden Schwe-

regrad auch zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität führen und somit ein starker Zusammenhang zwischen Lebensqualität und der Schwere der psychischen Erkrankung besteht (Mattejat 2005). Obgleich laut Mattejat (2003) möglicherweise auch der Umstand der stationären Aufnahme zu einer ungünstigeren Einschätzung der Lebensqualität durch den Patienten führe.

Im Behandlungsverlauf hat sich der prozentuale Anteil der internalisierend auffälligen Patienten unter stationärer und teilstationärer Behandlung im ähnlichen Maße reduziert, so dass bei Entlassung 61,2% der stationären und 41,2% der teilstationären Patienten weiterhin internalisierend auffällig waren. Bei den externalisierend auffälligen Patienten reduzierte sich der prozentuale Anteil unter stationärer Behandlung auf 31,6%, unter teilstationärer Behandlung blieb der Anteil der auffälligen Patienten jedoch mit 31,4% nahezu konstant auf dem Aufnahmeniveau. Gleiches gilt hier für die Gruppe der gemischt auffälligen Patienten (KOMBI), was aber anhand der großen Überschneidung dieser beiden Populationen nicht verwundert. Dass externalisierende Störungen eine hohe Persistenz im Behandlungsverlauf haben, wiesen bereits Ihle & Esser (2002) aus der Eltern- und Patientensicht für dissoziale Störungen sowie hyperkinetische Störungen nach.

Insgesamt zeigt das positive Ergebnis, dass es sowohl stationär (von 87,8% auf 68,1%) als auch teilstationär (von 68,0% auf 51,0%) unter einer Behandlung zu einer deutlichen Reduktion der Gesamtauffälligkeit kommt.

4.2.2.2 Das Maß an Verschlechterung bzw. Besserung der Symptomwerte (YSR) und der Lebensqualität (KINDL) zwischen Aufnahme und Entlassung aufgeschlüsselt nach Störungsbild und Behandlungsart

Symptome:

Im Vergleich zu anderen Studien liegt der Grad der Verbesserung für Symptomschwere und Lebensqualität an der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf auf einem hohen Niveau. Im Symptomverlauf zeigten sich unabhängig vom Störungsbild oder Behandlungssetting hohe Werte der Symptomverbesserung bei zwischen 82,2% und 71,4% und relativ geringe Werte der Symptomverschlechterung bei zwischen 20,1% und 14,8% der Patienten im Behandlungsverlauf. Dieses Ergebnis lässt sich mit zwei störungsunabhängigen stationären Evaluationsstudien aus Elternsicht vergleichen. So berichten Remschmidt & Mattejat (2006), dass die Symptome zu 60-75% gebessert, zu 30% unverändert und zu 5-10% verschlechtert bewertet wurden. Reisel (1998) gibt mit 63% eine Verbesserung, mit 30% keine Veränderung oder Verschlechterung und mit 7,5% eine Verschiebung der Symptome an (n=40). Laut Finsterer (2008) trat bei einer ambulanten Münchner Studie (n=67) bei 47% der Patienten eine Verbesserung und bei 21% ein Gleichbleiben oder eine Verschlechterung der Symptome ein. Bei 29% der Patienten war das Behandlungsergebnis nicht zu beurteilen.

Luk (2001) untersuchte die Verbesserungsrate der Symptome bei externalisierend auffälligen Patienten ebenfalls unter stationärer Behandlung (n=29) und kam zu einem Ergebnis von nur 37% Besserung. Eine diagnosespezifische Behandlungsevaluation im stationären Rahmen von Mattejat & Remschmidt (2003) zeigte aus Therapeutesicht für externalisierende Störungen (hier dissoziale Syndrome und Hyperkinetisches Syndrom) eine Verbesserungsrate von circa 40% und für internalisierende Störungen (hier Neurosen und Anpassungs- und Belastungsreaktionen) eine Verbesserungsrate von circa 72%.

Lebensqualität:

Auffällig ist das geringe Maß der Verbesserung der Lebensqualität unter teilstationärer Behandlung im Vergleich zur stationären Behandlung. Dies trifft besonders auf die externalisierend auffälligen Patienten zu, bei welchen nur zu 53,8% eine Besserung und zu 46,2% eine Verschlechterung der Lebensqualität im Behandlungsverlauf eintritt. Leider gibt es zur teilstationären Behandlung kaum Vergleichsstudien, so dass offen bleibt, ob dieses Ergebnis der geringen Lebensqualitätsverbesserung generalisierbar ist. Möglich ist auch, dass es mit den höheren Ausgangswerten der Lebensqualität bei Aufnahme zusammenhängt, so dass diese im Gegensatz zum geringeren Niveau der Lebensqualität bei der stationären Population zur Aufnahme nur wenig im Behandlungsverlauf anzusteigen vermögen.

4.2.3 Der Zusammenhang der Störungsgruppe mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Folgende Störungsgruppen wurden in der Auswertung unterschieden

INT	internalisierend auffällige Patienten
EXT	externalisierend auffällige Patienten
KOMBI	gemischt auffällige Patienten (sowohl internalisierend als auch externalisierend auffällige Patienten)
TOTAL	Patienten mit klinischer Auffälligkeit im Gesamtscore des YSR

Mittels der unabhängigen T-Tests, welche den Unterschied zwischen den zu der jeweiligen Gruppe gehörigen Patienten und der Restpopulation in Bezug auf die Behandlungserfolgsvariablen ermitteln, sowie mittels der Korrelationen, welche den Zusammenhang der Störungsgruppen zu den Behandlungserfolgsvariablen errechnen, lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Störungsgrup-

pen mit dem Behandlungserfolg darstellen (zur Visualisierung siehe im Anhang Box-Plot-Abbildung 19 bis 42).

Die durchgeführten unabhängigen T-Tests und die Korrelationen zur Darstellung des Unterschiedes bzw. Zusammenhangs zwischen den Störungsgruppen und den Variablen des Behandlungserfolges zeigen sowohl stationär als auch teilstationär zur selben Untersuchung der Störungsgruppen mit der jeweiligen Behandlungserfolgsvariabel signifikante bzw. hochsignifikante Werte. Außerdem kommt es zu einer hohen Übereinstimmung der Effektstärken der unabhängigen T-Tests mit den Effektstärken der Korrelationen.

Anhand dieser Berechnungen zeigt sich, dass unter stationärer Behandlung ein deutlicher Zusammenhang aller Störungsgruppen mit der Symptomreduktion vorliegt. Hierbei zeigen die Effektstärken von T-Tests und Korrelationen der Symptomreduktion unter stationärer Behandlung für die verschiedenen Störungsgruppen relativ ähnliche Werte. Zu einem solchen Ergebnis, bezogen auf die stationäre Behandlung, kamen auch Remschmidt & Mattejat (2006) und, bezogen auf die ambulante Behandlung, Muratori (2002), welche keine signifikanten Unterschiede in der Symptomreduktion hinsichtlich der Diagnosegruppe zum Behandlungsabschluss aus der Elternperspektive feststellten. Andere stationäre Evaluationsstudien aus Elternsicht von Sourander & Piha (1998) und Gavidia-Payne (2003) kamen hingegen zum Ergebnis, dass neurotische Patienten (Angststörungen und Affektstörungen) das beste, verhaltensauffällige Patienten mit Beziehungsstörungen sowie Patienten mit hyperkinetischen Auffälligkeiten hingegen das schlechteste Outcome, gemessen über die Symptomveränderung, aufwiesen.

Bei den internalisierend auffälligen Patienten (INT) und den Gesamtpatienten mit klinischer Auffälligkeit (TOTAL) liegt ein deutlicherer Zusammenhang zu der Lebensqualitätszunahme als bei den externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und den gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) vor, was an den höheren Effektstärken zu erkennen ist. Somit profitieren die externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und die gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) kaum von

einer Lebensqualitätszunahme anhand der Behandlung, selbst wenn es zu einer deutlichen Symptomreduktion gekommen ist.

Die unterschiedlichen Störungsgruppen weisen generell nur einen sehr geringen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit auf, so dass sich dort keine bedeutenden Unterschiede bezüglich der Störungsgruppe festmachen lassen. Dies zeigt sich anhand der geringen Effektstärken.

Dagegen stellten Remschmidt & Mattejat (2003) aus Therapeutesicht und Brinkmeyer (2008) aus Elternsicht fest, dass die Patientenzufriedenheit für Diagnosen wie Neurosen sowie Anpassungs- und Belastungsreaktionen (internalisierende Störungen) gute und für hyperkinetische Syndrome (externalisierende Störungen) schlechte Ergebnisse mit sich bringt. Jedoch vertritt Keller (2006) mittels einer Studie aus Patientensicht die Meinung, dass die Gruppe der externalisierend auffälligen Patienten zufriedener mit ihrer Therapie seien als die internalisierend auffälligen Patienten. All dies sind stationäre Evaluationsstudien, so dass hierzu eine widersprüchliche Studienlage besteht.

Anhand der Evaluationsstudie der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf lässt sich feststellen, dass es unter stationärer Behandlung lediglich bezüglich der Lebensqualitätszunahme relevante Störungsgruppenunterschiede gibt, wogegen die jeweilige Störungsgruppe kaum unterschiedlich auf Symptomreduktion und Patientenzufriedenheit einwirkt. Die Gruppen der externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und der gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) weisen einen geringeren Zusammenhang mit der Lebensqualitätszunahme durch die Behandlung als die übrigen beiden Gruppen auf. Dies ist ein Indiz dafür, dass externalisierende Störungen und gemischte Störungen unter stationärer Behandlung einen kleineren Behandlungserfolg bezüglich der Lebensqualität aufweisen als die internalisierenden Störungen.

Unter teilstationärer Behandlung zeigt sich, dass der Zusammenhang der externalisierend auffälligen Patienten (EXT) mit allen Variablen des gegenüber den anderen Gruppen am geringsten ist. Zudem fällt dieser Zusammenhang auch geringer als unter stationärer Behandlung aus. Somit scheint die externa-

lisierende Störung teilstationär ein schlechteres Outcome als die übrigen Gruppen aufzuweisen und auch ein schlechteres Outcome als unter stationärer Behandlung zu haben. Die internalisierend auffälligen Patienten (INT) stehen hingegen teilstationär in einem größeren Zusammenhang mit einem positiven Behandlungserfolg als stationär.

Unter stationärer Behandlung stehen die verschiedenen Störungsgruppen kaum in einem Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit und unterscheiden sich daher nicht bedeutend in diesem. Unter teilstationärer Behandlung besteht hingegen bei allen Gruppen, bis auf die externalisierend auffälligen Patienten (EXT), ein Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit.

Dies legt den Schluss nahe, dass externalisierend auffällige Patienten (EXT) anhand von Symptomen und Lebensqualität möglicherweise mehr von einer stationären Behandlung und internalisierend auffällige Patienten (INT), besonders in der Patientenzufriedenheit, mehr von einer teilstationären Behandlung profitieren. Hingegen sei laut Reisel (1998) der Behandlungserfolg unabhängig davon, ob ein Kind teilstationär oder stationär behandelt werde.

4.2.4 Prä-Post-Effektstärke der internalisierenden und externalisierenden Symptomskalen in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Es zeigt sich für den internalisierenden und externalisierenden Summenscore sowohl in stationärer als auch teilstationärer Behandlung eine hochsignifikante Verbesserung zwischen Aufnahme und Entlassung. Dieses Ergebnis deckt sich mit einer stationären Studie von Reisel(1998), in welcher man zu dem gleichen hochsignifikanten Ergebnis für beide Summenscores kam. Anhand der Effektstärken lässt sich ablesen, dass der internalisierende Summenscore sich stationär und teilstationär um eine ähnliche Größe reduziert ($d=0.61$ bzw. $d=0.59$). Der externalisierende Summenscore verringert sich etwa halb so stark wie der internalisierende Summenscore, was Evaluationsstudien unterstützt, die be-

haupten, dass internalisierende Störungen einen besseren Behandlungserfolg als externalisierende Störungen haben (Remschmidt & Mattejat 2006, Sourander & Piha 1998, Pfeiffer 1990).

Der externalisierende Summenscore reduziert sich hierbei stationär etwas deutlicher als unter teilstationärer Behandlung ($d=0.33$ bzw. $d=0.23$). Dies deckt sich mit der allgemeinen klinischen Erfahrung, dass die teilstationäre Behandlung für externalisierende Störungen als weniger geeignet gilt unterstreicht die bereits berichtete entsprechende Selektion bei den getroffenen Indikationsentscheidungen wonach bei externalisierenden Störungen das teilstationäre Setting deutlich seltener gewählt wurde. Hieraus lässt sich die Folgerung ziehen, dass eine Indikation zur teilstationären Behandlung bei externalisierenden Störungen im Einzelfall besonders eindringlich geprüft werden sollte.

4.2.5 Der Zusammenhang der störungsspezifischen Symptomskala mit dem Behandlungserfolg in Aufschlüsselung nach der Behandlungsart

Anhand der Korrelationen zeigt sich, dass unter stationärer Behandlung zwischen Patienten mit hohen Werten im internalisierenden Summenscore ein deutlicher Zusammenhang mit der Symptomreduktion ($r=.326$) und der Lebensqualitätszunahme ($r=.327$) besteht. Ein nur geringer Zusammenhang besteht hingegen mit der Höhe der Patientenzufriedenheit ($r=.054$). Diese Zusammenhänge fallen unter der teilstationärer Behandlung erheblich stärker aus (Symptomreduktion: $r=.664$; Lebensqualitätszunahme: $r=.580$; Patientenzufriedenheit: $r=.166$).

Der Zusammenhang von hohen Werten im externalisierenden Summenscore mit einer hohen Symptomreduktion, Lebensqualitätszunahme und Patientenzufriedenheit fällt dagegen unter stationärer Behandlung höher aus als unter der teilstationärer Behandlung (Symptomreduktion: $r=.351$ vs. $r=.267$; Lebensqualitätszunahme: $r=.113$ vs. $r=.081$; Patientenzufriedenheit: $r=.088$ vs. $r=.012$).

Somit lässt sich annehmen, dass Patienten mit hohen Werten im internalisierenden Summenscore in ihrem subjektiven Erleben mehr von einer teilstationären Behandlung und Patienten mit hohen Werten im externalisierenden Summenscore mehr von einer stationären Behandlung profitieren.

Die Ergebnisse einer stationären Evaluationsstudie aus Elternsicht von Brinkmeyer (2004) ergaben, dass höhere externalisierende Symptomwerte einen Prädiktor für schlechteren Behandlungserfolg darstellen. Dies lässt sich, anhand der durch diese Studie gewonnenen Ergebnisse, im Vergleich zu den internalisierenden Symptomwerten zwar für die Behandlungserfolgsvariablen der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit bestätigen, nicht jedoch für die Symptomstärke. Diese weist nämlich unter stationärer Behandlung einen leicht höheren Zusammenhang mit dem externalisierenden Summenscore ($r=.351$) als mit dem internalisierenden Summenscore ($r=.326$) auf.

Somit stärkt dies die bisher dargestellten Eindrücke, dass internalisierend auffällige Patienten mehr von einer teilstationären und externalisierend auffällige Patienten mehr von einer stationären Behandlung zu profitieren scheinen, sowie dass die externalisierend auffälligen Patienten zwar (besonders stationär) eine Symptomreduktion erfahren, diese sich aber kaum auf die Lebensqualitätszunahme auswirkt.

Hierbei ist der naturalistische Kontext der Studie besonders zu berücksichtigen. Es entspricht bereits der klinischen Erwartung, dass Patienten mit externalisierenden Störungen teilstationär nicht erfolgversprechend behandelt werden können. Diese Erwartung ist entsprechend in die Indikationsstellung für die jeweiligen Behandlungsformen eingeflossen. Somit sind nur „erlesene“ Fälle mit external. Störungen in der teilstationären Behandlung gelandet, bei denen es bei der Indikationsstellung Hinweise dafür gab, dass eine teilstationäre Behandlung entgegen der allgemeinen Erwartung erfolgversprechend schien. Berücksichtigt man diesen Selektionseffekt bei der Interpretation der Ergebnisse, so werden diese zusätzlich unterstrichen.

4.2.6 Der Zusammenhang der Parameter des Behandlungserfolges aus Patientensicht unterteilt nach der Behandlungsart

Der größte Zusammenhang besteht zwischen der Symptomreduktion und der Lebensqualitätszunahme, was sich an den hohen Korrelationswerten sowohl stationär ($r=.453$) als auch teilstationär ($r=.594$) zeigt. Deutlich geringer fällt der Zusammenhang zwischen der Lebensqualitätszunahme und der Patientenzufriedenheit aus (stationär: $r=.186$; teilstationär: $r=.156$), sowie der Zusammenhang zwischen der Symptomreduktion und der Patientenzufriedenheit, welcher unter teilstationärer Behandlung sogar negativ verläuft (stationär: $r=.101$; teilstationär: $r=-0.58$).

Einen ebenfalls deutlich geringfügigen Zusammenhang zwischen Symptomreduktion und Patientenzufriedenheit vertritt Finsterer (2008), laut der eine Verbesserung oder Verschlechterung der Symptomatik nicht die Zufriedenheit beeinflusse. Warnke (1998) folgerte, dass nicht die Symptomreduktion in erster Linie für die Patientenzufriedenheit verantwortlich sei, sondern das Gefühl der Lebensqualität und „das Gefühl während der Behandlung Wertschätzung, Bestätigung und tragende Beziehungen erfahren zu haben.“ Ebenfalls nur geringe bis milde Korrelationen zwischen der Symptomreduktion und der Patientenzufriedenheit wurden von Luk (2001) und Remschmidt & Mattejat (2003) beschrieben. Auch Bredel (2004) nennt den Leidensdruck bei Kindern und Jugendlichen als nicht ausschlaggebend für die Behandlungszufriedenheit, da diese bei ihnen hauptsächlich durch Erlebensmaße gebildet werde. Diese Aussagen werden anhand dieser Studie am UKE durch die höheren Korrelationswerte zwischen der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit als zwischen der Symptomreduktion und der Patientenzufriedenheit bestätigt. Dagegen würde aus Therapeuten- und Elternsicht der Erfolg bei der Behandlung der Problembelastung und der aufnahmerelevanten Schwierigkeiten hochsignifikant mit der Behandlungszufriedenheit korrelieren. Ebenfalls aus Therapeutensicht würde laut Schepker (2000) die wahrgenommene Behandlungsmotivation und Kooperation der Kinder und Jugendlichen hoch mit dem Behandlungserfolg zusammenhängen.

Mit der Frage durch welche Faktoren die Behandlungszufriedenheit beeinflusst wird, setzten sich auch Wüthrich-Schneider (2000) und Aust (1994) auseinander. Sie stellten fest, dass die Erfüllung von Erwartungen, ein höheres Alter, geringe Bildung und ein niedriger Sozialstatus der Patienten positiv auf die Patientenzufriedenheit einwirken. Des Weiteren führe es zu ungenauen Angaben, dass oft eine Erleichterung über eine Genesung auftritt und dass der Patient aufgrund seines geringen medizinischen Wissens die fachliche Qualifikation seines Therapeuten nur unzureichend einschätzen kann.

Seitens des Arztes werden besonders Kompetenz, Menschlichkeit, Kommunikationsfähigkeit und Hilfsbereitschaft als bedeutendste Faktoren zur Erzeugung von Patientenzufriedenheit genannt (Wütherich-Schneider 2000). Weiterhin müssten die Äußerungen der Patienten laut Aust (1994), stets unter der Berücksichtigung ihrer Patientenrolle, mit Abgabe aller Verantwortung an den Arzt gesehen werden, da Rollenerwartung, Abhängigkeit und Sanktionsangst das Verhältnis beeinflusse.

Trotzdem empfehlen Längle (2002) und Mattejat & Remschmidt (1993) die Patientenzufriedenheit als einen sinnvollen Marker der Ergebnisqualität. Denn sie sage voraus, ob der Patient sich im Falle einer wiederkehrenden Therapiebedürftigkeit erneut in Behandlung begeben und ob dies beim gleichen Arzt bzw. Krankenhaus geschehen werde (Wütherich-Schneider 2000). Laut Chatoor & Krupnick (2001) könne das Konzept der Behandlungszufriedenheit außerdem als Indikator des therapeutischen Bündnisses zwischen Therapeut und Patient als wichtiger unspezifischer Wirkfaktor in der Psychotherapie dienen.

Somit sei die Patientenzufriedenheit zwar kein spezifisches Maß des Behandlungserfolges, jedoch lasse sich hiermit die Behandlungsakzeptanz gut darstellen und damit ein Aspekt der Prozessqualität (Reisel 1998). Laut Hannover (2000) sei somit die „Patientenzufriedenheit als eine eigenständige Dimension ergänzend zu anderen Ergebnisdimensionen“ nützlich, da sie zu einer verbesserten „Konsumentenorientierung“ beitrage. Des Weiteren beeinflusse sie, laut Cleary (1991), den Behandlungserfolg zumindest indirekt, indem es durch sie zu einer Steigerung der Compliance komme.

Durch die dargestellte hohe Korrelation von Symptomreduktion und Lebensqualitätszunahme wird Mattejat (2005) in seiner Äußerung bestätigt, dass bei Kinder- und Jugendlichen die Angaben zur Lebensqualität in engem Zusammenhang zu ihrer psychischen Gesundheit stehen. Diese sei bei den Kindern und Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant verringert und sei abhängig von der Schwere der psychiatrischen Störung, so dass es bei einer Symptomreduktion auch zu einer damit verbundenen Lebensqualitätszunahme komme.

Somit sei die Lebensqualität für alle an der Therapie beteiligten Personen als Behandlungserfolgs-Variable sinnvoll und diene, laut Schmeck (1998), der medizinischen Entscheidungsfindung, da sich somit die Effektivität der therapeutischen Interventionen erhöhen ließe (Mattejat 2005). Auch sei somit erfassbar, inwieweit es die Therapeuten vermögen dem Anspruch zur Verbesserung der Lebenssituation und Lebenszufriedenheit von Patienten und Angehörigen gerecht zu werden (Schubert 2003). Hinzu komme, dass die Lebensqualität, Wurst (2002) zufolge, ebenfalls eine wesentliche „Compliance-/Adherence-stützende Variable“ darstellt.

4.2.7 Der Einfluss der Familienfunktion auf die Variablen des Behandlungserfolges aus Patientensicht

Der Grad der Familienfunktion sei, laut Pfeiffer (1990) und Kronmüller (2009), ein lang anerkannter prognostischer Indikator des Behandlungserfolges. Daher wurde anhand dieser Studie am Universitätsklinikums Eppendorf mit dem allgemeinen Familienfragebogen (FB-A) der Einfluss der Familienpathologie sowie der Einfluss der Subskalen des Familienfragebogens auf die Variablen des Behandlungserfolges untersucht.

Zum Einfluss der Gesamtfamilienpathologie auf den Behandlungserfolg zeigt sich, dass eine hohe Familiendysfunktionalität am stärksten mit einer hohen Lebensqualitätszunahme unter teilstationärer Behandlung korreliert ($r=.409$).

Unter stationärer Behandlung liegt eine geringere Korrelation ($r=.172$) vor. Ebenfalls korreliert der Patient mit einer hohen Familiendysfunktion teilstationär ($r=.199$) stärker als stationär ($r=.108$) mit einer hohen Symptomreduktion.

Beides verwundert insofern, da anhand der Hypothesenbildung davon ausgegangen wurde, dass bei einer hohen Familienpathologie der Patient unter stationärer Behandlung eine höhere Lebensqualitätszunahme und Symptomreduktion erfahren würde, da er dort weniger den pathologischen Familieneinflüssen unterliegt als in einer teilstationären Behandlung. So bildet das Verlassen des bisherigen Lebensumfeldes, sollte dieses verfestigende oder eskalationsfördernde Faktoren aufweisen, eine wichtige Indikation zur stationären Aufnahme. Hingegen ist zur teilstationären Aufnahme ein gewisses Maß an familiären Ressourcen notwendig, da die Familie in der Zeit außerhalb der tagesklinischen Behandlung den aus der Symptomatik des Patienten resultierenden Belastungen ausgesetzt ist. Ferner ist der Behandlungsprozess im Familienalltag bei der teilstationären Behandlung deutlich präsenter und die Familie muss in einer für den Patienten spürbare Weise die Behandlung aktiver mittragen.

Dennoch scheinen laut dieser Studie Patienten mit ausgeprägter Familienpathologie stärker von einer teilstationären als von einer stationären Behandlung zu profitieren.

Eine mögliche Ursache hierfür kann durch die Tatsache begründet sein, dass es bei der teilstationären Behandlung leichter zu familiären Veränderungsprozessen kommen kann, da es hier im Gegensatz zur stationären Behandlung zu einer schnelleren Anwendung des in der Therapie erlernten im familiären Umfeld kommen kann. Zudem fand mit der Entscheidung über eine stationäre oder teilstationäre Behandlung bereits im Vorfeld der Behandlung eine Selektion statt, so dass die teilstationären Patienten mit hoher Familiendysfunktionalität trotzdem vermutlich über ausreichend familiäre Ressourcen verfügen, wodurch die Familie erfolgreich Anteil an der Behandlung nehmen kann.

Einzig in der Variable der Behandlungszufriedenheit korreliert ein Patient mit hoher Familienpathologie stärker stationär ($r=.073$) als teilstationär ($r=-0.11$). Beide Korrelationen fallen aber eher schwach bis gering negativ aus, so dass zwischen hoher Familienpathologie und der Patientenzufriedenheit die geringsten Zusammenhänge bestehen.

Des Weiteren ist eine interessante Feststellung, dass eine ausgeprägte Störung der Familienfunktion scheinbar mit einem höheren Behandlungserfolg zusammenhängt, da eine schwere Familiendysfunktionalität hingegen, laut Blanz & Schmidt (2000) sowie Emslie et al. (2003), als Prädiktor für einen schlechten Behandlungserfolg diene. Eine mögliche Erklärung ist, dass Patienten mit ausgeprägter Familienstörung im Vergleich zu Patienten ohne eine ausgeprägte Familienpathologie bei der Aufnahme eine stärkere Symptombelastung und geringere Lebensqualitätswerte aufweisen, weshalb durch die Behandlung eine größere Differenz in diesen Werten erzielt werden könnte. Auch wenn diese in der Familienfunktion auffälligen Patienten einen größeren Behandlungserfolg im Verlauf erreichen, so sind weiterhin zum Entlassungszeitpunkt ihre Symptomwerte höher und ihre Lebensqualitätswerte niedriger als bei den in der Familienfunktion unauffälligen Patienten. Die von Kronmüller (2009) festgestellte Bedeutung der Familienfunktionalität für eine erfolgreiche Behandlung bei Kindern und Jugendlichen wird anhand dieser Studienergebnisse unterstützt.

Zum Einfluss der sieben Subskalen der Familienfunktion auf die drei Variablen des Behandlungserfolges für die Gesamtpopulation zeigt sich, dass die Subskala „Kontrolle“ sowohl für die Symptomreduktion ($p=.030$) als auch für die Lebensqualitätszunahme ($p=.043$) von erheblicher Bedeutung zu sein scheint. Außerdem ist für die Lebensqualitätszunahme die Subskala „Emotionalität“ ($p=.007$) sehr wichtig.

Für die Patientenzufriedenheit spielt die Subskala „Aufgabenerfüllung“ ($p=.005$) die größte Rolle.

Zur Subskala „Kontrolle“ lässt sich sagen, dass das Kontrollverhalten die Aufrechterhaltung bestimmter Funktionen in der Familie und somit die Vorhersagbarkeit des Verhaltens sichert, sowie für Anpassungsprozesse an die sich verändernden Anforderungen sorgen soll. Hohe Werte in diesem Bereich deuten auf einen zu rigiden oder chaotischen Kontrollstil in der Familie hin. Liegen diese Bedingungen in der Familie vor, profitieren die Patienten besonders deutlich durch eine Symptomreduktion und eine Lebensqualitätszunahme während der Behandlung.

Ebenfalls von Gewicht für die Lebensqualitätszunahme ist die Subskala „Emotionalität“, anhand welcher das Ausmaß der Gefühle, das innerhalb der Familie gezeigt bzw. zugelassen wird, erschlossen werden kann. Es ergeben sich pathologische Werte auf diesem Gebiet, wenn Grenzen zu diffus oder zu starr sind und sich die einen Familienmitglieder nicht in das Leben der anderen Mitglieder einfühlen können oder dieses nicht respektieren.

Für die Patientenzufriedenheit scheint die Subskala „Aufgabenerfüllung“ von besonderer Bedeutung zu sein. Diese Subskala zeigt hohe Werte, wenn z.B. keine Übereinstimmung in den Familienzielen vorherrscht und familiäre Aufgaben nicht bewältigt werden. Als Aufgaben bezeichnet man biologische Aufgaben wie die materielle Versorgung, Entwicklungsaufgaben, wie die psychosoziale Entwicklung der Familienmitglieder, und Krisenaufgaben mit der Veränderung bisheriger Bewältigungsstrategien, sobald diese unzureichend sind.

Somit scheint es dem Behandlungsteam durch ein angebrachtes Maß an Kontrollverhalten und gezeigter Emotionalität dem Patienten gegenüber zu gelingen, Symptomreduktion und Lebensqualitätsverbesserungen zu generieren. Durch neue Lösungsstrategien zur Krisenbewältigung und zur intrafamiliären Konfliktlösung (Aufgabenerfüllung) erreicht man zudem möglicherweise eine höhere Behandlungszufriedenheit.

Laut einer Studie von Kronmüller (2009) im Rahmen der Kurzzeitpsychotherapie wurden hingegen die Subskalen „Aufgabenerfüllung“, „Kommunikation“ und „affektive Beziehungsaufnahme“ als prognostisch bedeutend für den Therapieerfolg, gemessen über einen Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS-K), bezeichnet. Bei den Subskalen „Emotionalität“ und „Kontrolle“, welchen in der Studie am UKE ein signifikanter Einfluss auf die Symptomreduktion und die Lebensqualitätszunahme nachgewiesen wurde, zeigten sich hingegen Mediatoreffekte. So kam es bei einer erfolgreichen Behandlung im Gegensatz zu einer nicht erfolgreichen Behandlung stets zu einer Zunahme in diesen Subskalen im Behandlungsverlauf. Dies deutet auf die Richtigkeit der in dieser Studie am UKE für den durch diese beiden Subskalen nachgewiesenen Einfluss auf den Behandlungserfolg hin.

Allerdings muss man feststellen, dass zwischen den Subskalen des Familienfragebogens und den Variablen des Behandlungserfolges insgesamt ein eher

geringer Zusammenhang besteht und sich die Symptomreduktion lediglich zu 3%, die Lebensqualitätszunahme zu 5% und die Patientenzufriedenheit zu 4% aufgrund der Subskalenwerte unterscheiden.

4.3 Methodische Kritik

Eine generelle Unsicherheit bei der Verwendung von Fragebögen sei laut Fisseni (1997) in der Frage zu sehen, ob ein Proband, der sich beschreiben kann, dies auch will. Denn zum einen spiele eine mögliche Dissimulations- bzw. Simulationstendenz, zum anderen das Problem der sozialen Erwünschtheit eine Rolle. Bei letzterem könne es durch eine beschönigende Reaktionseinstellung zu einem zu positiven Ergebnis kommen, da sich die Versuchsperson an sozialen Normen orientiert und soziale Billigung erwarte. Des Weiteren führe die kurz bevorstehende Entlassung zu positiveren Bewertungen zum Entlassungszeitpunkt. Durch das Nicht-Ausfüllen von Fragebögen komme es außerdem möglicherweise zu einer Stichprobenselektion. Laut Neuberger (1985) trete hierbei eine Selbstselektion der besonders zufriedenen Patienten und Angehörigen auf, da diese die Fragebögen im Gegensatz zu den unzufriedenen Patienten und Angehörigen häufiger ausfüllen würden.

Es stellt sich die Frage, ob die verwendeten Variablen des Behandlungserfolges wirklich in der Lage sind, die Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität valide und reliabel zu erfassen. Gerade für die Patientenzufriedenheit, die nur im geringen Zusammenhang mit den Symptom- und Lebensqualitätsveränderungen im Behandlungsverlauf steht, wird dies kontrovers behandelt.

Zudem wird der Behandlungserfolg bei dieser Studie, neben der Patientenzufriedenheit zum Entlassungszeitpunkt, aus der Symptom- und Lebensqualitätsdifferenz zwischen Aufnahme und Entlassung gebildet. So kann es sein, dass eine Störungsgruppe zwar einen hohen Behandlungserfolg aufweist, die Symptom- und Lebensqualitätswerte zum Entlassungszeitpunkt aber schlechter sind als die einer anderen Gruppe mit einem geringeren Behandlungserfolg. Aufgrund einer hohen Belastungsschwere zur Aufnahme kann sich somit ein hoher

Behandlungserfolg einstellen, selbst wenn die Werte für Symptome und Lebensqualität zur Entlassung schlechter als bei den übrigen Störungsgruppen ausfallen.

Ein multiperspektivischer Ansatz ließ sich nur begrenzt umsetzen. Als Grund ist aufzuführen, dass aus Elternperspektive keine Angaben zur Lebensqualität (KINDL) vorlagen, so dass ein mehrdimensionales Erfassen des Behandlungserfolges aus der Patientenperspektive mittels der Symptome, der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit einer multiperspektivischen Betrachtung vorgezogen wurde, in welcher die Variable der Lebensqualität nicht in den Behandlungserfolg einfließt.

Das Fehlen einer Vergleichsgruppe von unbehandelten Kindern und Jugendlichen ist in den meisten naturalistischen Evaluationsstudien der Tatsache geschuldet, dass es unethisch wäre, einer Gruppe keine benötigte Behandlung zukommen zu lassen. Würde man versuchen, eine Wartegruppe oder eine Gruppe von Behandlungsabbrechern als Vergleichsgruppe zu wählen mit dem Ziel, die Einflüsse der Behandlung von anderen Faktoren, wie etwa dem natürlichen Verlauf einer Erkrankung, zu differenzieren, würde durch Selektionseffekte, welche zu ungleichen Gruppenzusammensetzungen führen würden, die Aussagekraft ebenfalls eingeschränkt sein. Aus diesem Grunde scheint es in naturalistischen Evaluationsstudien vertretbar, auf eine Vergleichsgruppe zu verzichten, sofern man die Fragestellungen so wählt, dass sie durch ein „within-group“-Design beantwortbar sind, welche auf Binnenunterschiede und Gewichtungen im Sinne von „What works how for whom?“ abzielen.

Bei dem in dieser Studie durchgeführten Vergleich zwischen der stationären und der teilstationären Patientenpopulation der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE, treten unterschiedlich große Fallzahlen auf, so dass bei der kleineren Population der teilstationären Patienten mit $n=56$ zum einen Effekte weniger signifikant werden als bei der mit $n=276$ deutlich größeren Population der stationären Patienten. Zum anderen ist die kleinere teilstationäre Population stärker in ihrer Aussagekraft durch „Ausreißer“ und nicht durch einer Normalverteilung entsprechenden Patientenangaben bedroht. Zudem ist diese teilstationäre Population zum Aufnahmezeitpunkt deutlich „gesünder“ als die stationäre Population, was an den geringeren Symptomwerten, den höheren Lebensqualitäts-

werten und der geringeren Suizidalität zu erkennen ist. Des Weiteren bleibt in dieser Evaluationsstudie unberücksichtigt, dass beim Vergleich des Behandlungserfolges zwischen der stationären und der teilstationären Patientenpopulation bei der teilstationären Behandlung die Behandlungsdauer mit im Durchschnitt 255,6 Tagen mehr als doppelt so hoch liegt wie die stationäre Behandlung mit 108,4 Tagen.

Ein Problem bei der Bildung der unterschiedlichen Störungsgruppen stellt die hohe Überschneidungsrate der externalisierenden mit der internalisierenden Störung dar. Diese hohe „Komorbiditätsrate“ führt dazu, dass es kaum eine „rein externalisierend auffällige Patientenpopulation“ gibt, was besonders für die stationären Patienten gilt, bei denen nur 3,9% der auffälligen Patienten nur externalisierend auffällig, d.h. ohne internalisierende Begleitauffälligkeit, sind. Diese hohe Überschneidungsrate visualisieren die Venn-Diagramme der Abbildung 5 und 6 in der Stichprobenbeschreibung im Ergebnissteil. Daher wird aufgrund der geringen Fallzahlen der rein externalisierend auffälligen Patienten unter stationären Bedingungen auf trennscharfe Gruppen verzichtet und aufgrund der klinischen Relevanz jede Störungsgruppe einzeln betrachtet, was dazu führt, dass Patienten in mehrere unterschiedliche Störungsgruppen eingeordnet werden können. Ebenfalls ähneln sich hierdurch, besonders bei der stationären Population, die Gruppe der externalisierend auffälligen Patienten (EXT) und die Gruppe der gemischt auffälligen Patienten (KOMBI) sowie die Gruppe der internalisierend auffälligen Patienten (INT) und die Gruppe der Gesamtauffälligen (TOTAL). Hierzu meinen Sourander & Piha (1998), dass leider entgegen dem Wunsch nach reinen, idealisierten Fällen und diagnostisch homogenen Gruppen, die klinische Realität eine andere ist. Die normale Patientenpopulation sei hingegen sehr heterogen gemischt, was sowohl Störungen, Diagnosen als auch den sozioökonomischen Hintergrund betreffe. Trotzdem seien Untersuchungen dieser heterogenen Gruppen notwendig, um den Erkenntnisgewinn der naturalistischen Evaluation zu fördern. Hierbei komme es jedoch, laut Fonagy (1994), zu schlechteren Ergebnissen im Behandlungserfolg, als bei einer reinen Störung, da die Effizienz der Psychotherapie mehr mit der Abwesenheit von Komorbiditäten, als mit der Dauer und Art der Behandlung zusammenhänge.

Ein weiteres methodisches Problem sei, laut Branik (2003), dass manche unter ihren emotionalen, sozialen und Verhaltensproblemen leidende und therapiebedürftigen Kinder und Jugendliche nicht in die Kriterien von DSM oder ICD

einzuordnen sind. Dies führe zu nicht unerheblichen Problemen bei deren Therapieevaluation.

4.4 Zusammenfassende Diskussion

Die stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung am UKE wird von allen Urteilerperspektiven als durchgehend positiv wahrgenommen, was die Werte zur Patienten- bzw. Behandlungszufriedenheit wiedergeben. In den Vergleichsstudien von Matthejat & Remschmidt (1998) und Finsterer (2008) sind die Bewertungen etwas besser ausgefallen, was die Therapien dort jedoch nicht automatisch als qualitativ hochwertiger definiert, da zu diesem Schluss neben den verwendeten subjektiven Qualitätsmaßstäben auch objektive Parameter überprüft werden sollten.

Dass es sich an der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE trotz des hohen Maßes an Komorbiditäten (siehe Methodische Kritik) um eine erfolgreiche Behandlung handelt, zeigen in erster Linie die Prä-Post-Effektstärken für Symptomstärke und Lebensqualität zwischen Aufnahme und Entlassung. Diese gleichen oder übersteigen, für jede der Störungsgruppen, die aus Metaanalysen von störungsspezifischen Psychotherapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie resultierende durchschnittliche Effektstärke von $d=0.85$ (Smith 1980). Hinzu kommen eine im Vergleich zu anderen Studien unterdurchschnittliche Rate an Verschlechterungen der Symptomatik während der Behandlung und ein deutliches prozentuales Abfallen der Gesamtauffälligkeit im Behandlungsverlauf.

Einzig die Störungsgruppe der externalisierend auffälligen Patienten (EXT) zeigt unter teilstationärer Behandlung ein im Behandlungsverlauf konstantes Häufigkeitsmaß und ein relativ hohes Auftreten von Behandlungsverschlechterungen, was hauptsächlich den Aspekt der Lebensqualität betrifft. Dies wurde auch an den geringen Prä-Post-Effektstärken und bei Untersuchungen zum Einfluss der

Störungsgruppen auf den Behandlungserfolg die Lebensqualität betreffend ersichtlich.

Es zeigt sich somit die Tendenz, dass externalisierend auffällige Patienten mehr von einer stationären als von einer teilstationären Behandlung profitieren. Bei den internalisierend auffälligen Patienten ergibt sich konträr dazu eine Tendenz zu einem besseren Behandlungserfolg, wenn diese teilstationär behandelt werden, was sich besonders an einer höheren Patientenzufriedenheit zeigt. Die besondere Indikationsprüfung einer teilstationären Behandlung bei externalisierenden Störungen entspricht bereits der gängigen klinischen Praxis. Durch die Ergebnisse dieser Studie wird dies für jeden Einzelfall als Empfehlung nochmals unterstrichen.

Zu der These, dass externalisierende Störungen unter stationärer Behandlung ein schlechteres Outcome als die internalisierenden Störungen aufweisen, wie in Studien von Remschmidt & Mattejat (2006), Sourander & Piha (1998) und Pfeiffer (1990) vertreten, lässt sich dies lediglich für die Lebensqualität, nicht aber für die Symptomstärke und Patientenzufriedenheit nachweisen. Hierzu meint Schepker (2000), dass der Behandlungserfolg weniger von der Art der Störung und deren Ausprägung, als vielmehr von der Behandlungsmotivation, dem Potential, dem sozialen Kontext und der Kooperationsbereitschaft der Eltern abhängig sei.

Anders jedoch unter teilstationärer Behandlung, unter welcher die externalisierend auffälligen Patienten in allen Variablen des Behandlungserfolges deutlich schlechter als die internalisierend auffälligen Patienten abschneiden.

Die Untersuchung zum Zusammenhang der Behandlungserfolgsvariablen hat ergeben, dass der Schweregrad der psychischen Störung einen starken Bezug zur Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen aufweist, so wie dies von Mattejat & Remschmidt (2005) postuliert wurde. Die Lebensqualität und die Patientenzufriedenheit hängen aus Patientensicht moderat zusammen, wogegen die Symptomausprägung kaum eine Rolle für die Patientenzufriedenheit zu spielen

scheint. Dies deckt sich mit Erkenntnissen, nach denen bei Kindern und Jugendlichen die Zufriedenheit mit der Behandlung nicht von einer Symptomreduzierung, sondern hauptsächlich von einer Verbesserung der Lebensqualität und den Erlebensmaßen der Therapie abhängt (Warnke 1998, Luk 2001, Remschmidt & Mattejat 2003, Bredel 2004, Finsterer 2008). Trotzdem sei die Patientenzufriedenheit ein wichtiger Bestandteil der Behandlungserfolgsevaluation, da sie zu einer besseren „Konsumentenorientierung“ zu führen vermöge (Hannö-ver 2000), zur Steigerung der Compliance beitrage (Cleary 1991), Behandlungsakzeptanz darstelle (Reisel 1998) und ein guter Indikator des therapeutischen Bündnisses sei (Chatoor & Krupnick 2001).

Ein hohes Auftreten von pathologischen Werten in der Familienfunktion scheint in Zusammenhang mit einer hohen Symptomreduktion und Lebensqualitätszunahme zu stehen. Dieser Zusammenhang fällt stärker unter teilstationärer als unter stationärer Behandlung aus. Hiermit wurde eine neue Hypothese generiert, welche konträr zur ursprünglichen Erwartung und Hypothese verläuft. Eine zweite Studie wäre notwendig, um zu klären, ob dies ein einmaliges Ergebnis ist oder allgemeine Gültigkeit besitzt. Als Ursache für den höheren Behandlungserfolg bei hoher Familiendysfunktionalität unter teilstationärer Behandlung ist in Betracht zu ziehen, dass bei den teilstationären Patienten vor der Aufnahme eine Vorselektion nach den familiären Ressourcen stattgefunden hat. Somit ist es diesen Patienten eher möglich, das in der Behandlung Erlernte bei einer täglichen Präsenz des Behandlungsprozesses im familiären Alltag als Erprobungsfeld ins familiäre Umfeld einzubringen. Zudem besteht eine aktiveres Mittragen der Behandlung durch die Familie.

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung kommt der Familienfunktion eine prognostische Bedeutung für den Behandlungserfolg bei Kindern und Jugendlichen zu. Hierbei sei ein wichtiges Element zur Verbesserung der Familienfunktionalität die Elternarbeit, wodurch „eine größere Akzeptanz der Eltern bezüglich ihres Kindes sowie ein funktionaleres elterliches Verhalten ermöglicht wird“ (Kronmüller 2009).

4.5 Ausblick

Laut Remschmidt (1997) gehöre zum Auftrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie genauso wie die Therapie die Forschung. Hierbei seien besonders Längsschnittstudien von Bedeutung, um Modelle über kausale Zusammenhänge weiter zu entwickeln und zu überprüfen. So sei laut Muratori (2002) weiter Fonagys „what works for whom“ von übergeordneter Wichtigkeit, um herauszufinden, für wen tiefenpsychologische oder verhaltenstherapeutische Therapie sinnvoll und welche anderen Merkmale für eine effektive Behandlung bedeutend seien. Ein kleiner Beitrag solle hierbei durch diese Evaluationsstudie mit der Untersuchung des Einflusses von Behandlungsart, Störungsbild und Familienfunktion auf den Behandlungserfolg geleistet werden.

Für die Zukunft der naturalistischen Behandlungsevaluationsforschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werde der Ruf nach der Entwicklung von störungsspezifischen Therapieprogrammen und der Überprüfung von deren Effektivität (Warnke 1998) sowie die Untersuchung der einzelnen spezifischen Behandlungsvariablen (Gavidia-Payne 2003) laut. Die bisher zumeist durchgeführten Prä-Post-Vergleiche messen zwar den Grad der Veränderung von Symptomstärke und Lebensqualität der zwischen Aufnahme und Entlassung entstanden ist, vermögen aber laut Barkmann (2003) nicht zu bestimmen, wodurch diese Veränderungen im speziellen herbeigeführt wurden. Daher ist es für zukünftige Studien von Interesse, welche Interventionen in welcher Weise auf den Behandlungsverlauf eingewirkt haben. Zusätzlich sei hierbei interessant, welches Maß an Auswirkungen die einzelnen Therapiekomponenten bei den unterschiedlichen Störungen aufweisen (Pfeiffer 1990). Es sei laut Branik (2003) durch diese Studien zu klären, ob die spezifischen Methoden der Behandlungsansätze oder doch die unspezifischen Faktoren wie Beziehung, Motivation, Therapiebündnis, Wirksamkeitsüberzeugung und Therapeutenvariablen für die Effektstärke der Behandlung verantwortlich seien.

Diese „spezifische Wirksamkeitsforschung“, wie Remschmidt & Mattejat (2003) es nannten, stelle die nächste Phase der Behandlungsevaluationsforschung nach den bisher durchgeführten allgemeinen Wirksamkeitsnachweisen der psychiatrischen Behandlung dar.

5 Literatur

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The Classification of Child Psychopathology: a Review and Analysis of Empirical Efforts. *Psychological bulletin*, 85, 1275-1301

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth-Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR)*. Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner & R. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD)

Aust, B (1994). *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 129-143

Bessler, C. (2003). Aggressives Verhalten von straffälligen Mädchen und Jungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151, 633-637

Blanz, B. & Schmidt, M.H. (2000). Practitioner review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 703-712

Blum, K. (1998). *Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen*. Weinheim. München: Juventa

Branik, E. (2003). Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 503-516

Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J. & Resch, F. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 256-276

Brinkmeyer, M.Y., Eyberg, S.M. & Nguyen, M.L. (2004). Family Engagement, Consumer Satisfaction and Treatment Outcome in the New Era of Child and Adolescent In-Patient Psychiatric Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 553-566

Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der

Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 76-91

Bühning, P. (2005). Kinder- und Jugendpsychiater: Zufriedenheit der Eltern hoch *Deutsches Ärzteblatt* 102, 26, B-1576

Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10, 19-25

Cleary, P. D. (1991). Patients Evaluate Their Hospital Care: A National Survey. *Health Affairs Winter*, 91, 254-267

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Auflage Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates

Donabedian, A. (1996). Speech Given at the Closing Ceremony of the ISQua Congress: The Effectiveness of Quality Assurance. *International journal for quality in health care*, 8, 401-408

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen (F90). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. (S. 225-236). Köln: Deutscher Ärzte Verlag

- Döpfner, M. (2003). Wie wirksam ist Kinder- und Jugendpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 258-266
- Emslie, G. J., Mayes, T. L., Lappook, R. S. & Batt, M. (2003). Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 435-456
- Englert E., Jungmann J., Lam L., Wienand F., Poustka F. (1998) Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie - Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 27, 129-146
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M.H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 276-283
- Finsterer, I. (2008). *Behandlungszufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik: eine Nachbefragung*. Unveröffentlichte Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät
- Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Mit Hinweisen zur Intervention*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen u.a.: Hogrefe
- Fonagy, P. (1997). Evaluating the Effectiveness of Interventions in Child Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 584-594
- Fonagy, P., Cottrell, D. & Alison, L. (2002). *What Works for Whom?: A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: Guilford
- Formoso, D., Gonzales, N. & Aiken, L. S. (2000). Family Conflict and Children's Internalizing and Externalizing Behavior: Protective Factors. *American Journal of Community Psychology*, 28, 175-199
- Gaebel, W. (1997). Quality assurance in psychiatry – concept and methods. *European Psychiatry*, 12, 79-87
- Gandek, B., Ware, J., Aaronson, N., Alonso, J., Apolone, G., Bjorner, J. et al. (1998). Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1149-1158

Gavidia-Payne, S., Littlefield, L., Hallgren, M., Jenkins, P. & Coventry, N. (2003). Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 204-211

Hain, C., Többen, B. & Schulz, W. (2001). Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 360-371

Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292–300

Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T. & Burns, B. J. (1996). Outcomes of Mental Health Care for Children and Adolescents: I. A Comprehensive Conceptual Model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063

Horn, H. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 578-597

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159-169

Keller, F., Peter, S., Fegert, J.M., Naumann, A. & Goldbeck, L. (2006). Behandlungsbewertung von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 367-376

Konopka, L., Keller, F., Löble, M., Felbel, D. & Naumann, A. (2001). Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland erfasst? *Krankenhauspsychiatrie*, 12, 152-156

Kronmüller, K.-T., Hartmann, M., Reck, C., Victor, D., Horn, H. & Winkelmann, K. (2003). Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 14-23

Kronmüller, K. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 559-577

Kronmüller, K., Stefini, A., Geiser-Elze, A., Horn, H., Hartmann, M. & Winkelmann, K. (2009). Familienfunktionalität und Therapieerfolg. *Psychotherapeut*, 54, 44-51

Längle, G., Schwärzler, F., Eschweiler, G. W., Renner, G., Schramm, K. & Waschulewski, H. (2002). Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). *Psychiatrische Praxis*, 29, 83-89

Lauterbach, D., Koch, E. I. & Porter, K. (2007). The Relationship Between Childhood Support and Later Emergence of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 857–867

Luk, E., Staiger, P., Mathai, J., Wong, L., Birlleson, P. & Adler, R. (2001). Evaluation of Outcome in Child and Adolescent Mental Health Services: Children with Persistent Conduct Problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 109-124

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 192-233

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1996). Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffes. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 266-273

Mattejat, F., Remschmidt, H., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Schaff, C. et al. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 174-182

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2001). The List of individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE) – An efficient method for individualized outcome assessment. In: H., Remschmidt & F., Mattejat: Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry. Darmstadt: Steinkopff

Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D. et al. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31, 293–303

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2003). ILK-Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 176–179). Göttingen: Hogrefe

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2005). Marburger Symptomskalen (MSS). In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe

Mattejat, F., Remschmidt, H., König, U., Wienand, F., & Barchewitz, C. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 39-47

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 445-454

Muratori, F. (2002). Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy for Children with Emotional Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 28-38

Najman, J.M. & Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Social Science and Medicine*, 15, 107-115

Neuberger, O. (1985). *Arbeit: Begriff – Gestaltung – Motivation – Zufriedenheit*. Stuttgart: Enke Verlag

Patrick, C., Padgett, D.K., Burns, B.J., Schlesinger, H. & Cohen, J. (1993). Use of Inpatient Service by a National Population: Do Benefits Make a Difference? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 144-152

Pfeiffer, S. & Strzelecki, S. (1990). Inpatient Psychiatric Treatment of Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 847-853

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. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 705-721

Remschmidt, H. (1997). Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 445-458)

Remschmidt, H. (2002). Der Verlauf psychischer Erkrankungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 73, 803-804

Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A 1066–1072

Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2006). Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 455-464

Schepker, R., Wirtz, M. & Jahn, K. (2000). Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 656-676

Schmeck, K., Poustka, F. & Katschnig, H. (1998). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Springer, Wien 1998

Schubert, M.T., Herle, M. & Wurst, E. (2003). ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität. *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychotherapie*, 31, 285-291

Smith, W., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefit of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press

Sourander, A. & Piha, J. (1996). A short-term, family oriented, child and adolescent psychiatric inpatient treatment program. *Family Process*, 35, 103-111

Sourander, A. & Piha, J. (1998). Three-year-follow-up of child psychiatric inpatient treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 153-162

Stieglitz, R.-D. (1999). Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (Klinische Untersuchungsverfahren). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (3), 223-224

Target, M. & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 361-371

The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL) (1995). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409

Warnke, A., Beck, N. & Wewetzer, CH. (1998). Störungsspezifische Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 197-210

Weisz, J.R., Donenberg, G.R. , Han, S.S. & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 633-701

Wiegard, A. (2003). *Die Psy-BaDo als Instrument zur Qualitätssicherung bei stationär behandelten Jugendlichen*. Diplomarbeit, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Studiengang Psychologie

Wille, A. & Loser-Kalbermatten, I. (1988). Die Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 16, 117-123

Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 530-558

Winkelmann, K. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54, 598-614

Winter S., Wiegard A., Welke M. & Lehmkuhl U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2, 113–122

Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation* .3. Auflage. Bern:
Verlag Hans Huber

Wurst, E., Herle, M., Fuiko, R., Hajszan, M., Katkhouda, C., Kieboom, A. et al.
(2002). Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder.
Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30, 21-28

Wyschkon, A. & Esser G. (2006). Klinische Kinder - und Jugendlichen-
Psychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 252-
255

Wüthrich-Schneider E. (2000). Patientenzufriedenheit – Wie verstehen?
Schweizerische Ärztezeitung, 20 ,81

Zander, B., Balck, F., Rotthaus, W. & Strack, M. (2001). Effektivität eines sys-
temischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiat-
rie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 325-341

6 Anhang

Tabelle 18: FBB- Werte der stationären Population

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Vater	130	,65	3,80	2,6962	,66506
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Mutter	204	,65	3,90	2,7404	,61749
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Kind	233	1,00	3,65	2,3429	,44926
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Therapeut	274	1,04	2,81	1,9680	,30055
Gültige Werte (Listenweise)	91				

Tabelle 19: FBB-Werte der teilstationären Population

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Vater	32	1,15	3,75	2,8422	,54862
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Mutter	47	1,10	3,80	2,9468	,62671
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Kind	51	,70	3,10	2,2529	,49673
t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Therapeut	56	1,38	2,69	1,9423	,29365
Gültige Werte (Listenweise)	27				

Tabelle 20: Likert-Skalenwerte zur individuellen Zielerreichung der stationären Population

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
t2vZielformulierung: Behandlungsziel erreicht	122	1	5	3,17	1,183
t2mZielformulierung: Behandlungsziel erreicht	194	1	5	3,13	1,160
t2pBeha7 Behandlungsziel erreicht	222	1	5	3,63	1,258
t2Zielerreichungsgrad	271	1	5	3,27	1,057
Gültige Werte (Listenweise)	83				

Tabelle 21: Likert-Skalenwerte zur individuellen Zielerreichung der teilstationären Population

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
t2vZielformulierung: Behandlungsziel erreicht	30	1	5	3,43	1,165
t2mZielformulierung: Behandlungsziel erreicht	45	1	5	3,33	1,382
t2pBeha7 Behandlungsziel erreicht	49	1	5	3,73	1,169
t2Zielerreichungsgrad	55	1	4	2,93	,959
Gültige Werte (Listenweise)	24				

Tabelle 22: Die prozentuale Häufigkeit der unterschiedlichen Störungsgruppen im Behandlungsverlauf

	Aufnahme (T1)		Entlassung (T2)	
	n	Prozent	n	Prozent
Stationäre Behandlung				
INT	188	83,9	139	61,2
EXT	113	48,3	75	31,6
Teilstationäre Behandlung				
INT	29	58,0	21	41,2
EXT	16	32,0	16	31,4

Tabelle 23: prozentuale Verbesserung bzw. Verschlechterung im Behandlungsverlauf

Stationäre Behandlung	Symptomatik						Lebensqualität					
	verschlechtert		gleich		verbessert		verschlechtert		gleich		verbessert	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Internalisierend auffällig	20,1	36	1,1	2	78,5	139	22,2	37	1,8	3	76,0	127
Externalisierend auffällig	14,9	15	3,0	3	82,2	83	25,0	24	3,1	3	71,9	69
Teilstationäre Behandlung												
Internalisierend auffällig	14,8	4	3,7	1	81,5	22	33,3	8	0	0	66,7	16
Externalisierend auffällig	21,4	3	7,1	1	71,4	10	46,2	6	0	0	53,8	7

Tabelle 24: abh. T-Test zur Symptomstärke stationär – Teil 1

Störungsgruppe	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomstärke Teil 1			
	MW T1	MW T2	MW Differenz	n
INT	69,28	52,565	16,72	177
EXT	79,475	57,06	22,42	101
KOMBI	81,34	58,835	22,51	91
TOTAL	68,66	51,94	16,72	183

Tabelle 25: : abh. T-Test zur Symptomstärke stationär – Teil 2

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomstärke Teil 2				
Störungsgruppe	SD	Stdf.	T	Sig. (2-seitig)	Effektstärke
INT	<i>T1: 22,12 T2:24,91</i>	<i>T1: 1,66 T2:1,87</i>	<i>9,450</i>	<i><.000</i>	<i>0,71</i>
EXT	<i>T1: 20,75 T2: 25,58</i>	<i>T1: 2,06 T2: 2,55</i>	<i>9,753</i>	<i><.000</i>	<i>0,95</i>
KOMBI	<i>T1: 19,82 T2: 25,62</i>	<i>T1: 2,08 T2: 2,69</i>	<i>9,252</i>	<i><.000</i>	<i>0,97</i>
TOTAL	<i>T1: 22,15 T2: 24,88</i>	<i>T1: 1,64 T2: 1,84</i>	<i>9,674</i>	<i><.000</i>	<i>0,71</i>

Tabelle 26: abh. T-Test zur Lebensqualität stationär – Teil 1

	Abh. T-Test zwischen Werten für T2 und T1 zur Lebensqualität Teil 1			
Störungsgruppe	MW T2	MW T1	MW Differenz	n
INT	<i>60,30</i>	<i>47,47</i>	<i>12,83</i>	<i>169</i>
EXT	<i>60,98</i>	<i>49,17</i>	<i>11,81</i>	<i>98</i>
KOMBI	<i>60,93</i>	<i>48,22</i>	<i>12,71</i>	<i>87</i>
TOTAL	<i>60,70</i>	<i>48,19</i>	<i>12,51</i>	<i>174</i>

Tabelle 27: abh. T-Test zur Lebensqualität stationär – Teil 2

	Abh. T-Test zwischen Werte für T2 und T1 zur Lebensqualität Teil 2				
Störungsgruppe	SD	StdF.	T	Sig.(2-seitig)	Effektstärke
INT	<i>T1: 13,48 T2: 13,39</i>	<i>T1: 1,04 T2: 1,03</i>	<i>11,224</i>	<i><.000</i>	<i>0,95</i>
EXT	<i>T1: 14,32 T2: 13,25</i>	<i>T1: 1,45 T2: 1,34</i>	<i>7,956</i>	<i><.000</i>	<i>0,85</i>
KOMBI	<i>T1: 14,01 T2: 13,17</i>	<i>T1: 1,50 T2: 1,41</i>	<i>8,107</i>	<i><.000</i>	<i>0,93</i>
TOTAL	<i>T1: 13,89 T2: 13,46</i>	<i>T1: 1,05 T2: 1,02</i>	<i>11,005</i>	<i><.000</i>	<i>0,91</i>

Tabelle 28: abh. T-Test zur Symptomstärketeil teilstationär – Teil 1

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomstärke Teil 1			
Störungsgruppe	MW T1	MW T2	MW Differenz	n
INT	<i>60,44</i>	<i>41,63</i>	<i>18,81</i>	<i>27</i>
EXT	<i>65,57</i>	<i>47,21</i>	<i>18,36</i>	<i>14</i>
KOMBI	<i>78,56</i>	<i>53,11</i>	<i>25,44</i>	<i>9</i>
TOTAL	<i>57,59</i>	<i>40,84</i>	<i>16,75</i>	<i>32</i>

Tabelle 29: abh. T-Test zur Symptomstärke teilstationär – Teil 2

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomstärke Teil 2				
Störungsgruppe	SD	Stdf.	T	Sig. (2-seitig)	Effektstärke
INT	T1: 21,80 T2: 20,25	T1: 4,195 T2: 3,90	4,355	<.000	0,89
EXT	T1: 24,72 T2: 21,28	T1: 6,61 T2: 5,69	2,898	,012	0,79
KOMBI	T1: 20,76 T2: 18,76	T1: 6,92 T2: 6,25	3,122	,014	1,28
TOTAL	T1: 21,26 T2: 20,45	T1: 3,76 T2: 3,61	4,295	<.000	0,8

Tabelle 30: abh. T-Test zur Lebensqualität teilstationär – Teil 1

	Abh. T-Test zwischen Werten für T2 und T1 zur Lebensqualität Teil 1			
Störungsgruppe	MW T2	MW T1	MW Differenz	n
INT	69,27	58,85	10,42	24
EXT	67,185	60,58	6,61	13
KOMBI	68,40	53,94	14,47	9
TOTAL	568,58	61,23	7,35	28

Tabelle 31: abh. T-Test zur Lebensqualität teilstationär – Teil 2

	Abh. T-Test zwischen Werte für T2 und T1 zur Lebensqualität Teil 2				
Störungsgruppe	SD	Stdf.	T	Sig.(2-seitig)	Effektstärke
INT	<i>T1: 15,56 T2: 12,19</i>	<i>T1: 3,176 T2: 2,49</i>	<i>2,76</i>	<i>,011</i>	<i>0,74</i>
EXT	<i>T1: 16,70 T2: 9,285</i>	<i>T1: 4,63 T2: 2,575</i>	<i>1,242</i>	<i>,238</i>	<i>0,49</i>
KOMBI	<i>T1: 14,57 T2: 10,17</i>	<i>T1: 4,86 T2: 3,39</i>	<i>2,494</i>	<i>,037</i>	<i>1,15</i>
TOTAL	<i>T1: 15,96 T2: 11,64</i>	<i>T1: 3,016 T2: 2,20</i>	<i>2,06</i>	<i>,049</i>	<i>0,52</i>

Tabelle 32: Mittelwertvergleich des Behandlungserfolges aller Gruppen unter stationärer Behandlung

	N	Mittelwert	Minimum	Maximum	SD
INT					
deltaYSR	177	16,72	-65,00	87,00	23,54
deltaKINDL	169	12,83	-17,71	55,70	14,86
FBB	179	2,34	1,00	3,65	0,46
EXT					
deltaYSR	101	22,42	-45,00	87,00	23,10
deltaKINDL	98	11,81	-24,51	46,88	14,63
FBB	102	2,35	1,00	3,65	0,49
KOMBI					
deltaYSR	91	22,51	-45,00	87,00	23,20
deltaKINDL	87	12,72	-12,50	46,88	14,63
FBB	92	2,40	1,00	3,65	0,49
TOTAL					
deltaYSR	183	16,72	-65,00	87,00	23,37
deltaKINDL	174	12,51	-24,51	55,70	15,00
FBB	184	2,33	1,00	3,65	0,46

Tabelle 33: Mittelwertvergleich des Behandlungserfolges aller Gruppen unter teilstationärer Behandlung

	N	Mittelwert	Minimum	Maximum	SD
INT					
deltaYSR	27	18,81	-16,00	72,00	22,45
deltaKINDL	24	10,42	-21,88	57,29	18,49
FBB	28	2,36	0,70	3,10	0,53
EXT					
deltaYSR	14	18,36	-16,00	57,00	23,70
deltaKINDL	13	6,61	-19,79	38,54	19,19
FBB	15	2,26	1,45	3,00	0,52
KOMBI					
deltaYSR	9	25,44	-16,00	57,00	24,45
deltaKINDL	9	14,47	-11,46	38,54	17,40
FBB	10	2,44	1,45	3,00	0,43
TOTAL					
deltaYSR	32	16,75	-16,00	72,00	22,06
deltaKINDL	28	7,35	-21,88	57,29	18,89
FBB	33	2,29	0,70	3,10	0,54

Abbildung 16: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Störungsgruppen für die Symptomdifferenz (deltaYSR)

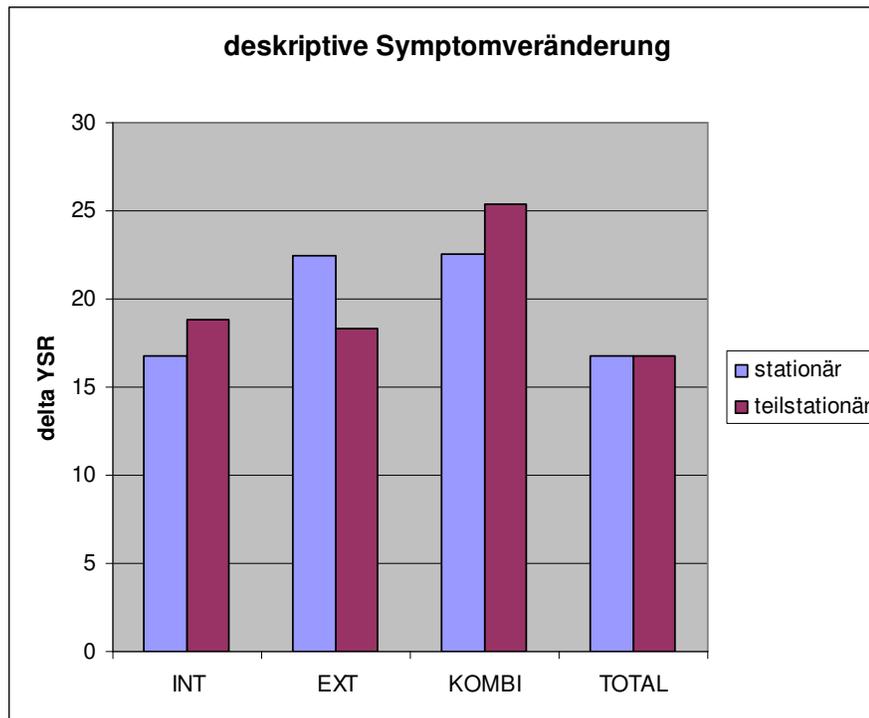


Abbildung 17: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Störungsgruppen für den deltaKINDL

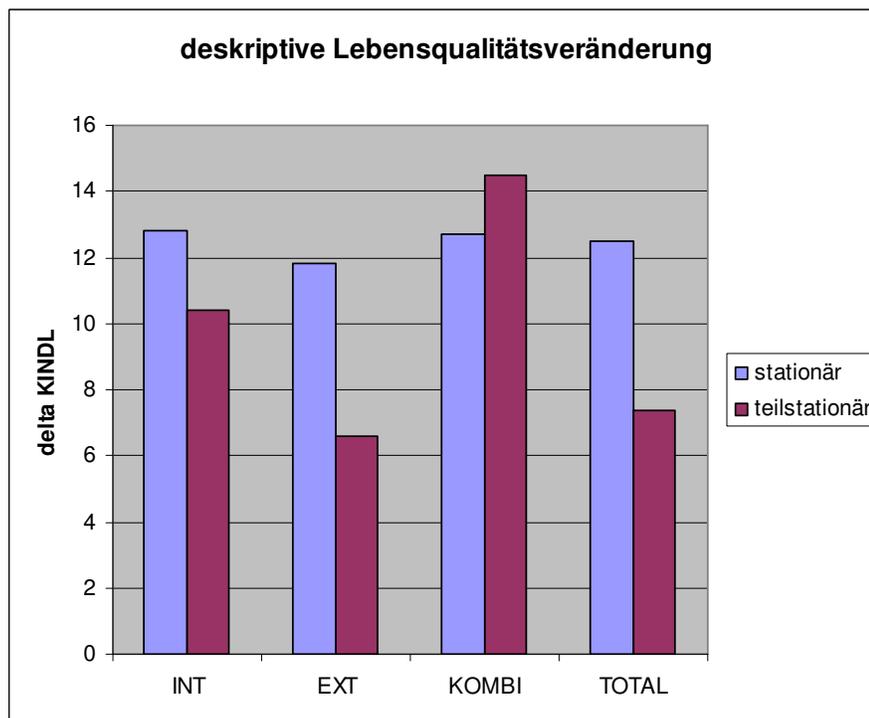


Abbildung 18: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Störungsgruppen für den FBB

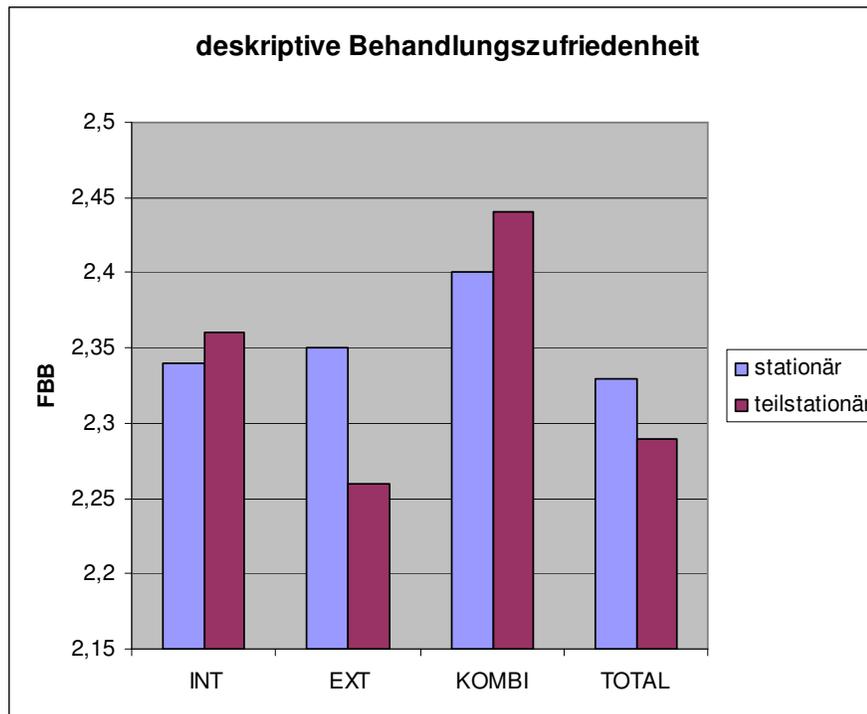


Tabelle 34: Der Zusammenhang der Störungsgruppe mit den Variablen des Behandlungserfolges aufgeschlüsselt nach Art der Behandlung

Stationäre Behandlung	Behandlungserfolg								
	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
Störungsgruppe	r	p	n	r	p	n	r	p	n
INT (N=224)	.204	.003	207	.255	<.000	197	.034	.624	209
EXT (N=234)	.320	<.000	212	.046	.514	206	.050	.462	217
KOMBI (N=223)	.309	<.000	207	.087	.223	196	.129	.063	208
TOTAL (N=223)	.232	.001	207	.248	<.000	196	-.030	.663	208

Teilstationäre Behandlung	Behandlungserfolg								
	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
Störungsgruppe	r	p	n	r	p	n	r	p	n
INT (N=50)	.339	.021	46	.287	.069	41	.330	.022	48
EXT (N=50)	.171	.256	46	.007	.967	41	.028	.852	48
KOMBI (N=50)	.287	.053	46	.274	.083	41	.197	.181	48
TOTAL (N=50)	.287	.053	46	.066	.680	41	.206	.160	48

Anmerkungen. N= gültige Werte

Abbildung 19: Darstellung von deltaYSR für stationär internalisierend

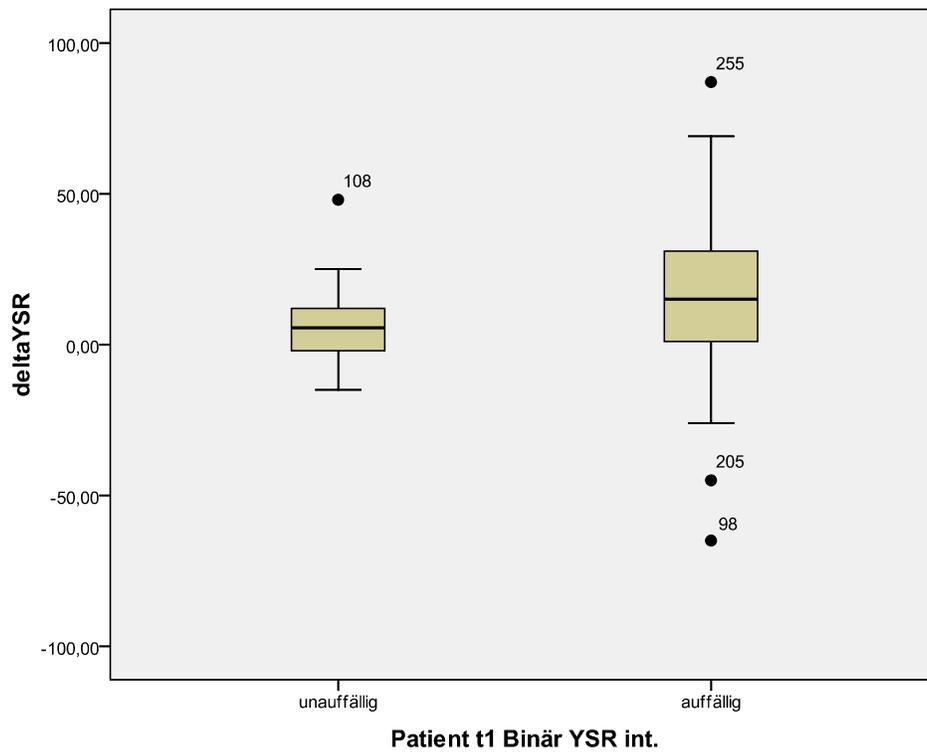


Abbildung 20: Darstellung von deltaKINDL für stationär internalisierend

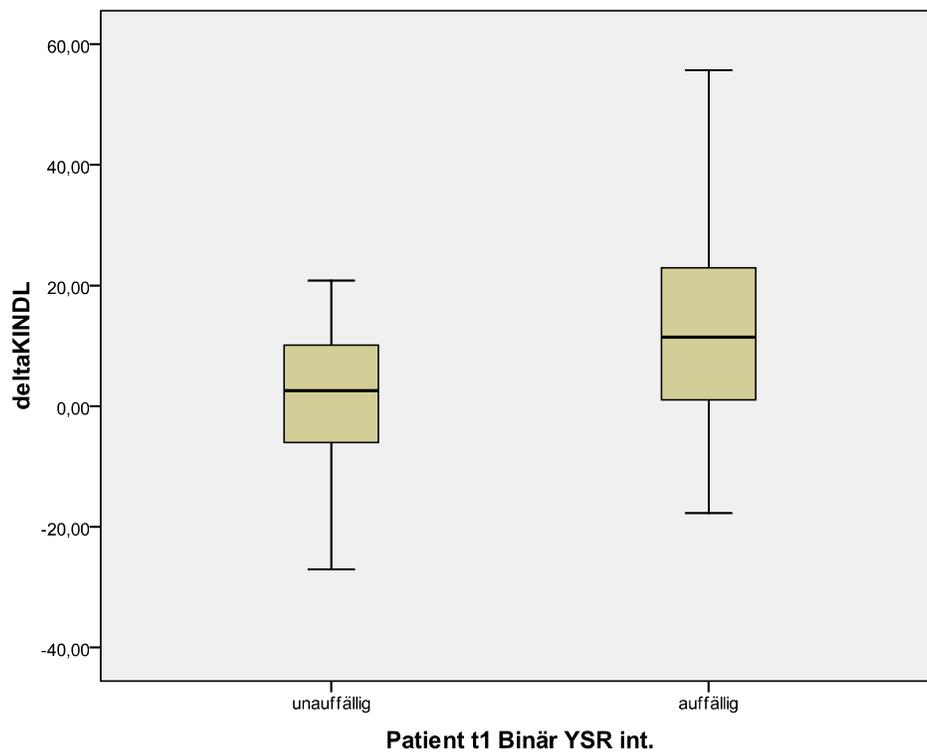


Abbildung 21: Darstellung von FBB zu T2 für stationär internalisierend

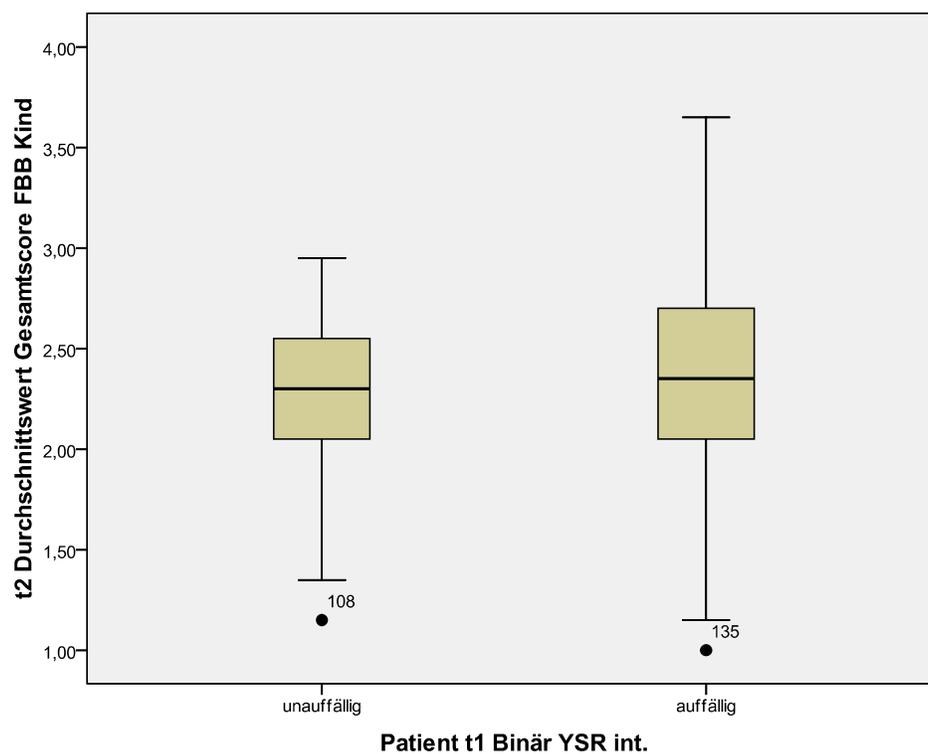


Abbildung 22: Darstellung von deltaYSR für stationär externalisierend

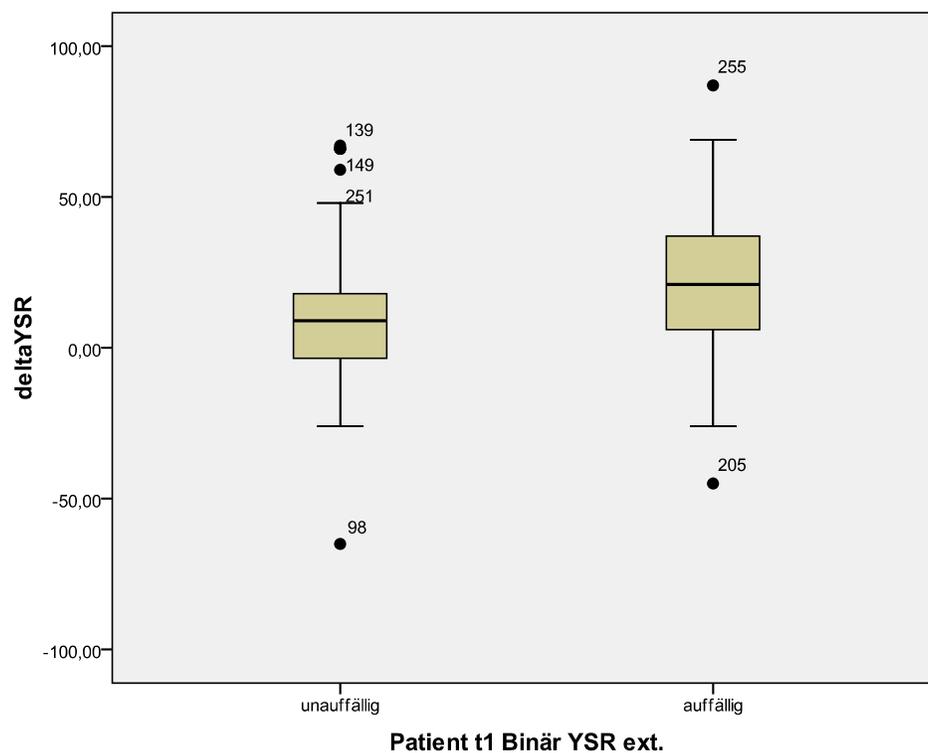


Abbildung 23: Darstellung von deltaKINDL für stationär externalisierend

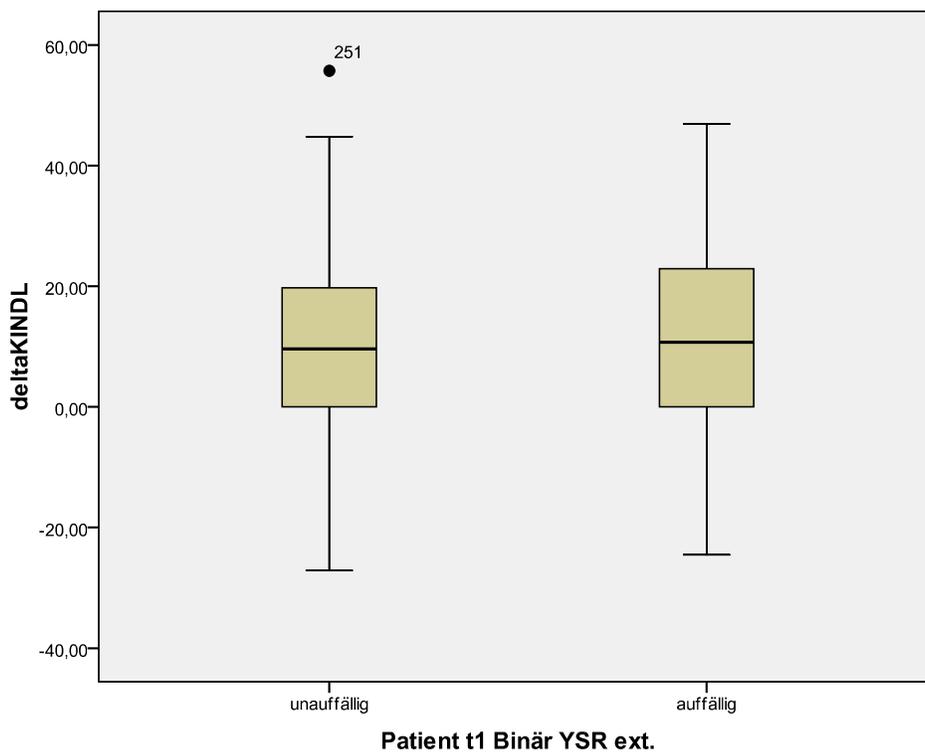


Abbildung 24: Darstellung von FBB zu T2 für stationär externalisierend

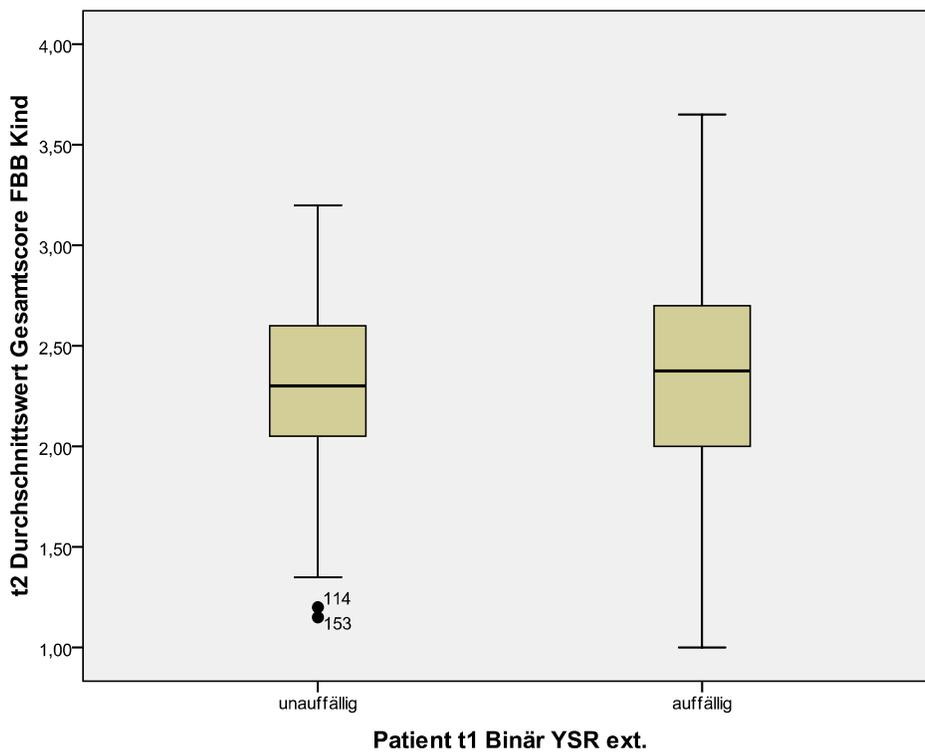


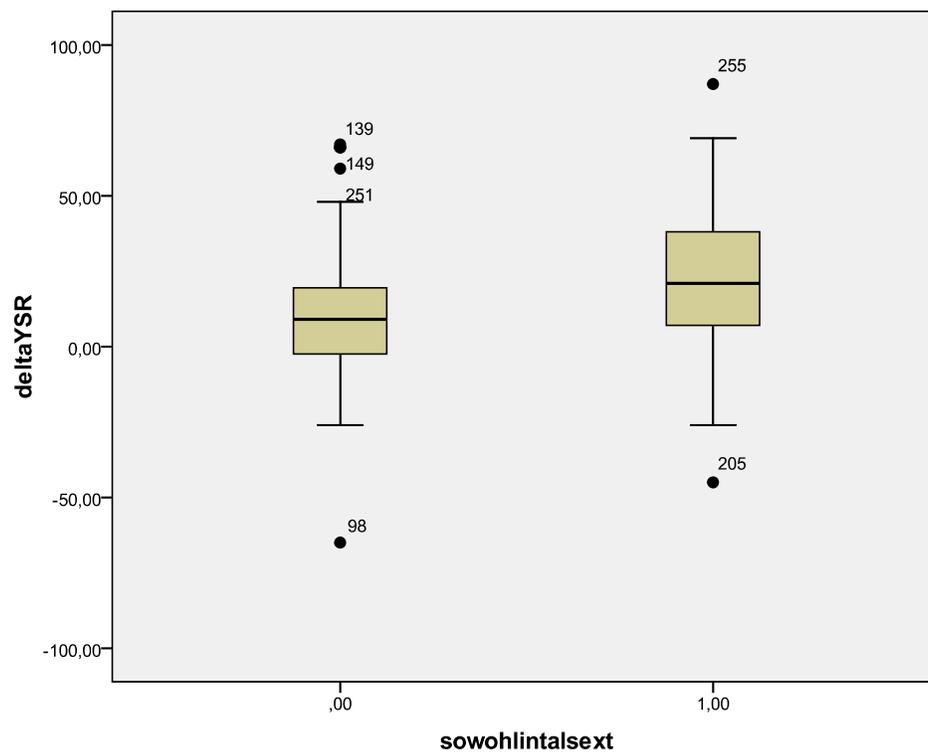
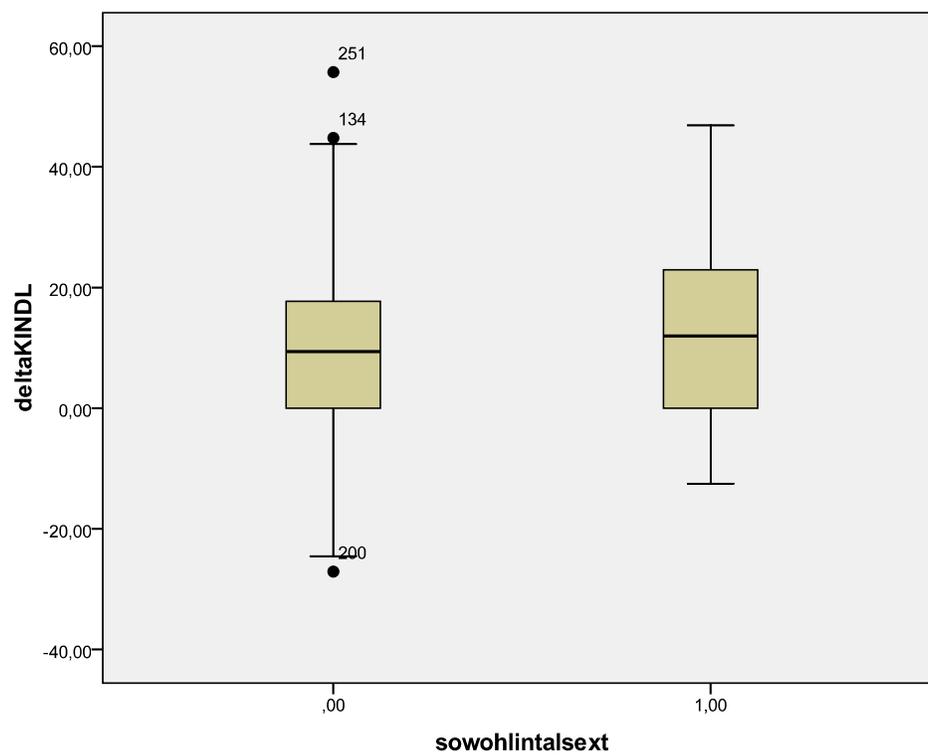
Abbildung 25: Darstellung von deltaYSR für stationär KOMBI**Abbildung 26: Darstellung von deltaKINDL für stationär KOMBI**

Abbildung 27: Darstellung von FBB zu T2 für stationär KOMBI

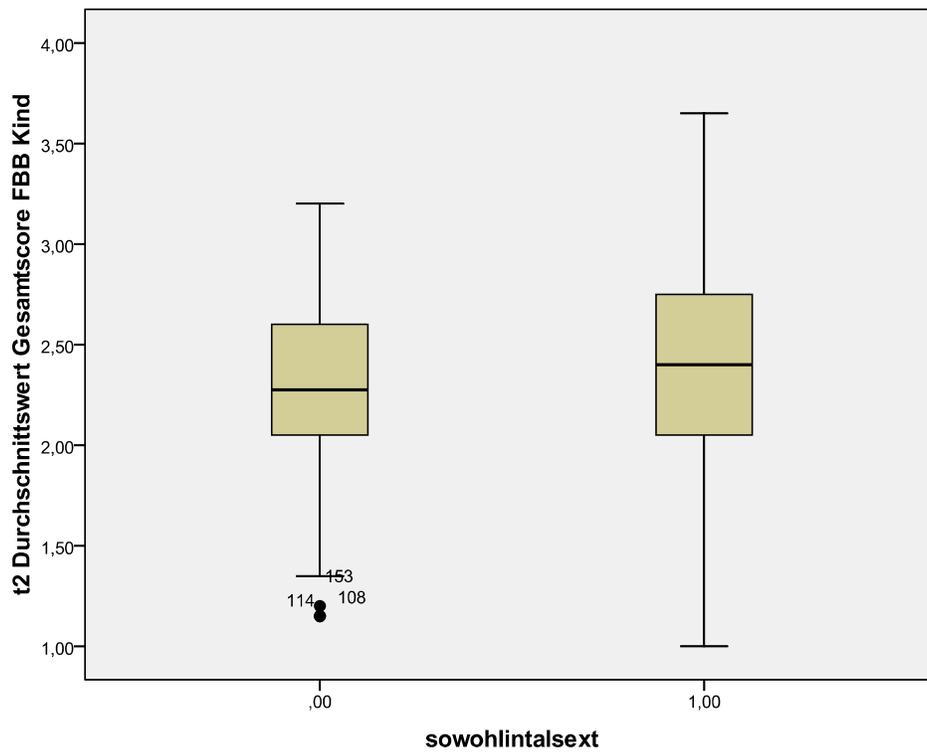


Abbildung 28: Darstellung von deltaYSR für stationär TOTAL

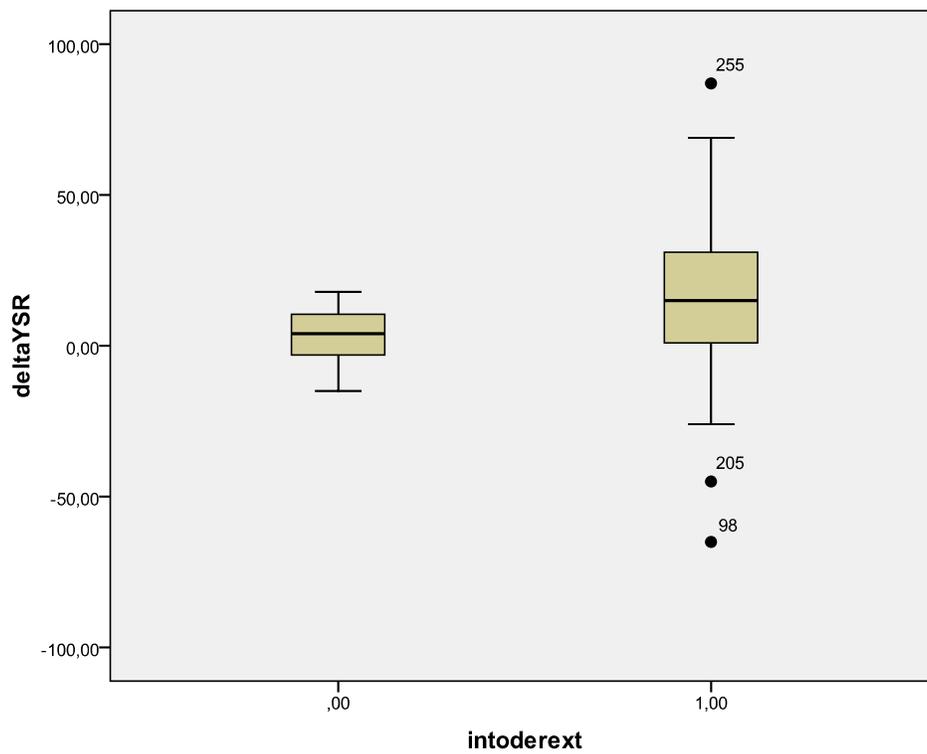


Abbildung 29: Darstellung von deltaKINDL für stationär TOTAL

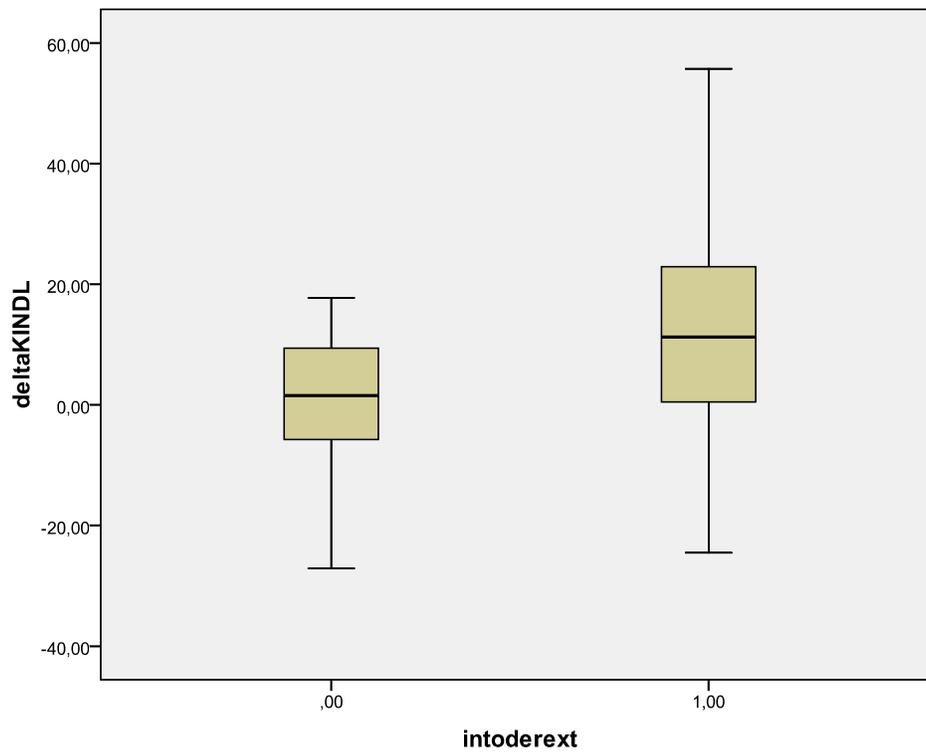


Abbildung 30: Darstellung von FBB zu T2 für stationär TOTAL

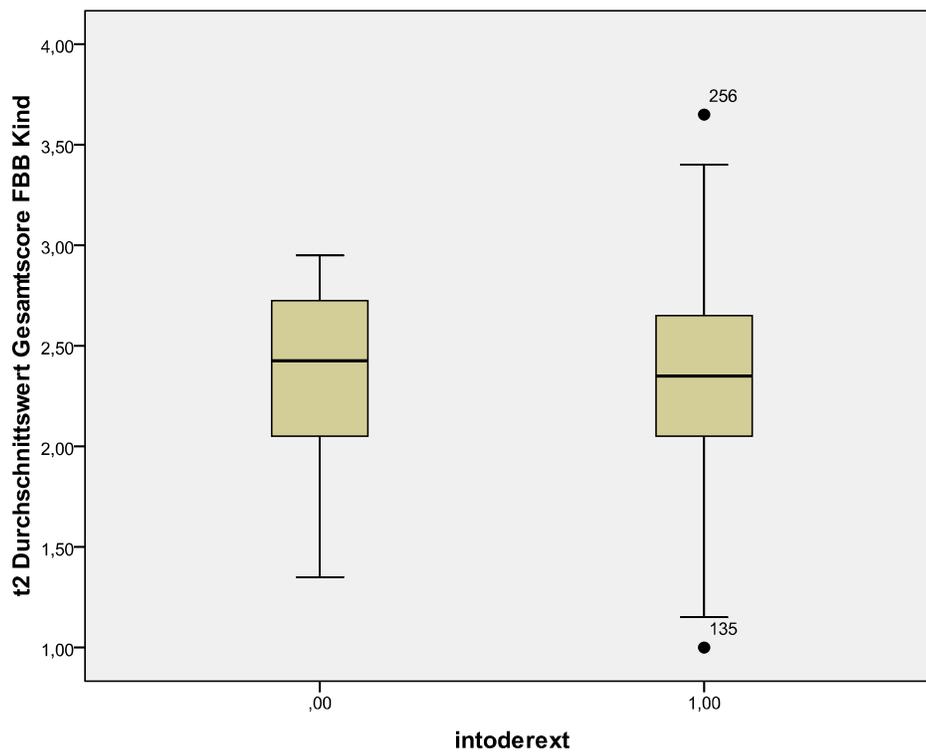


Abbildung 31: Darstellung von deltaYSR für teilstationär INT

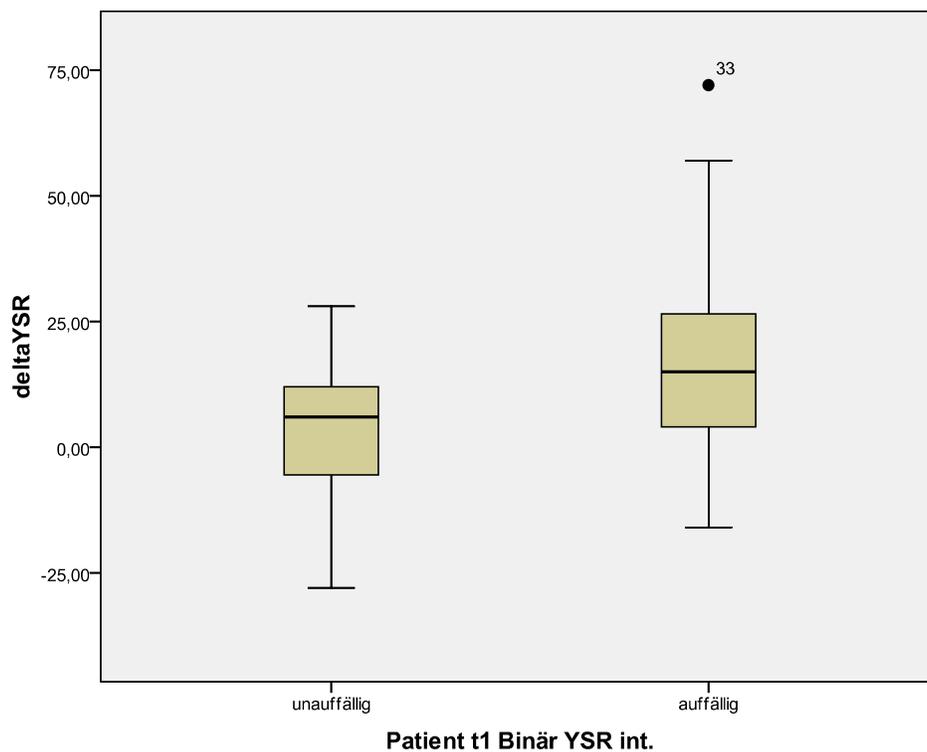


Abbildung 32: Darstellung von deltaKINDL für teilstationär INT

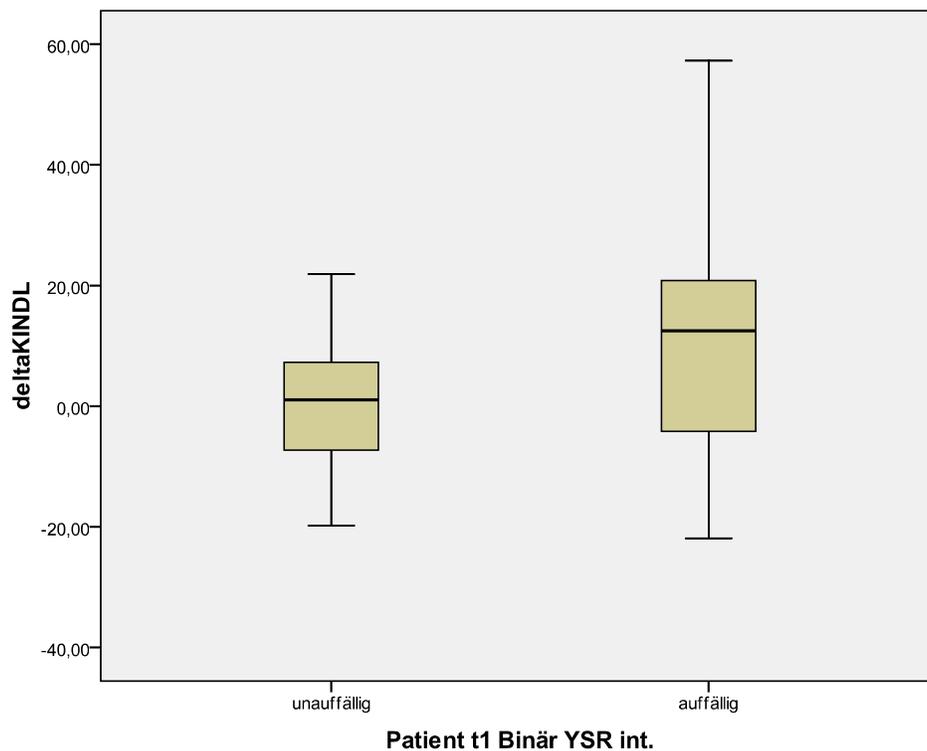


Abbildung 33: Darstellung von FBB zu T2 für teilstationär INT

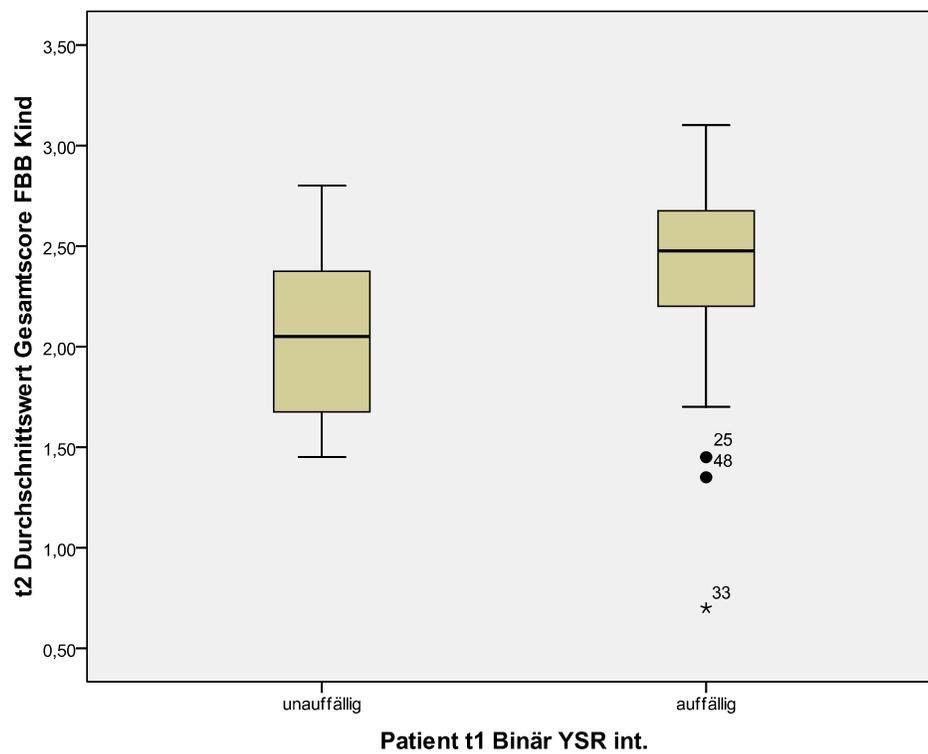


Abbildung 34: Darstellung von deltaYSR für teilstationär EXT

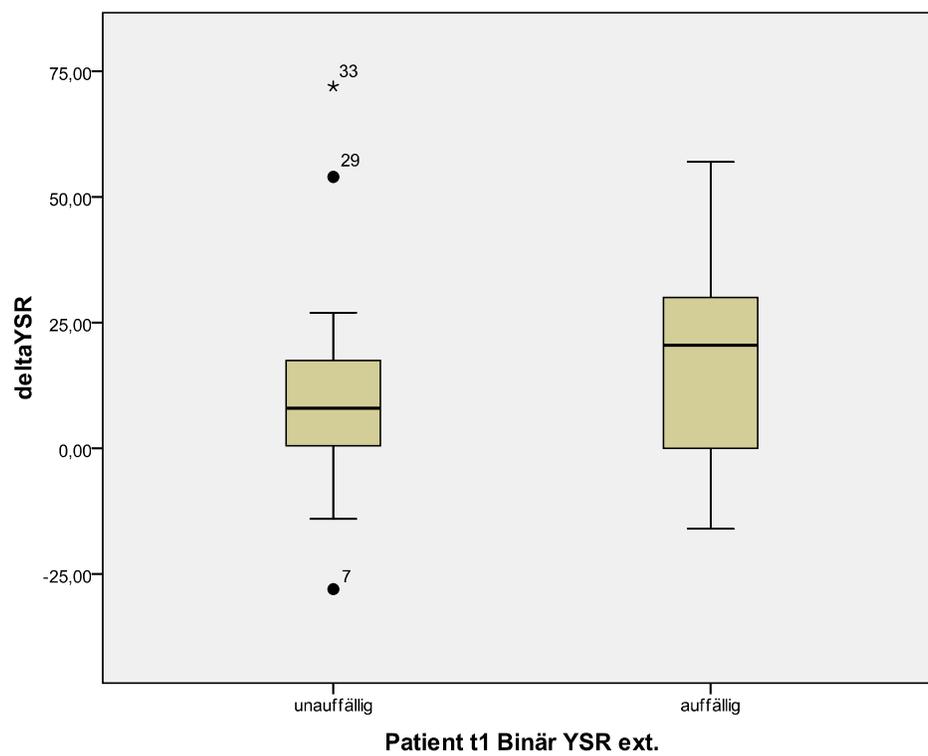


Abbildung 35: Darstellung von deltaKINDL für teilstationär EXT

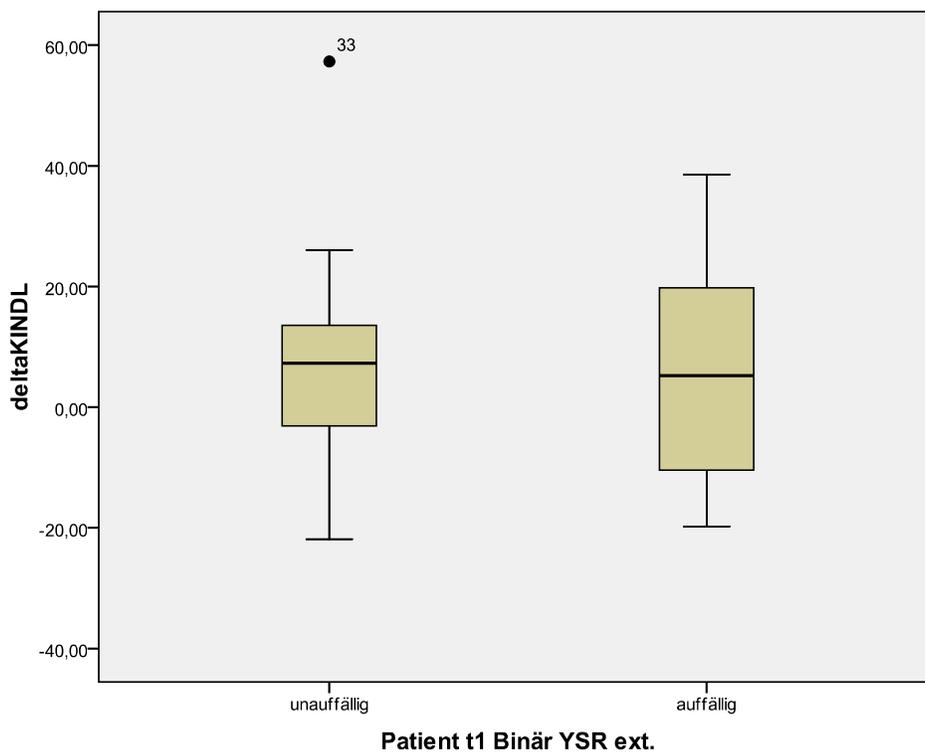


Abbildung 36: Darstellung von FBB zu T2 für teilstationär EXT

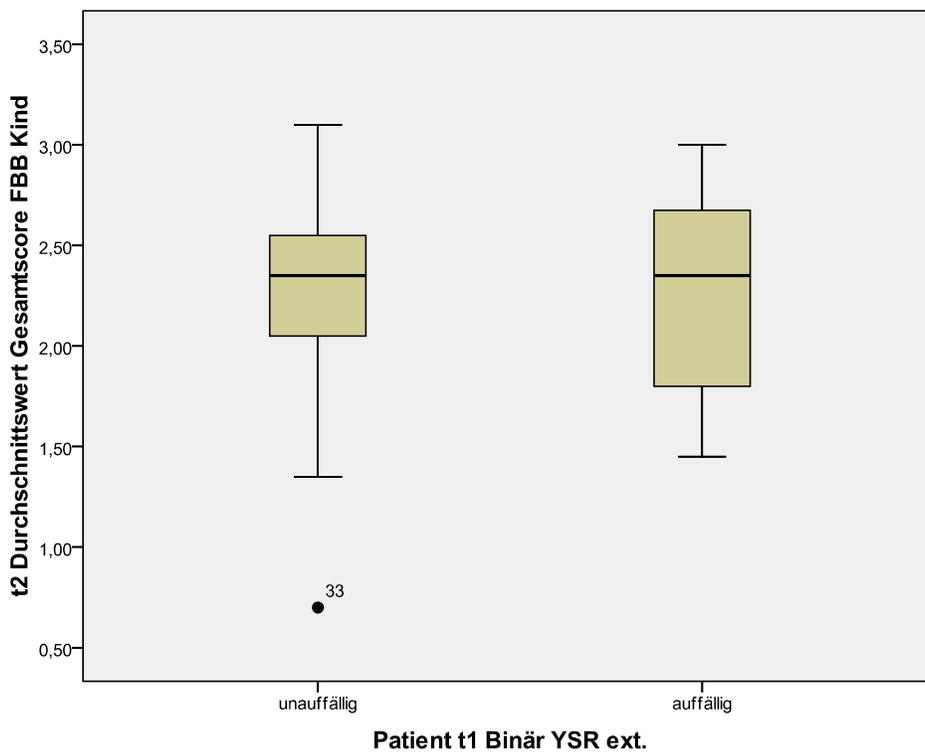


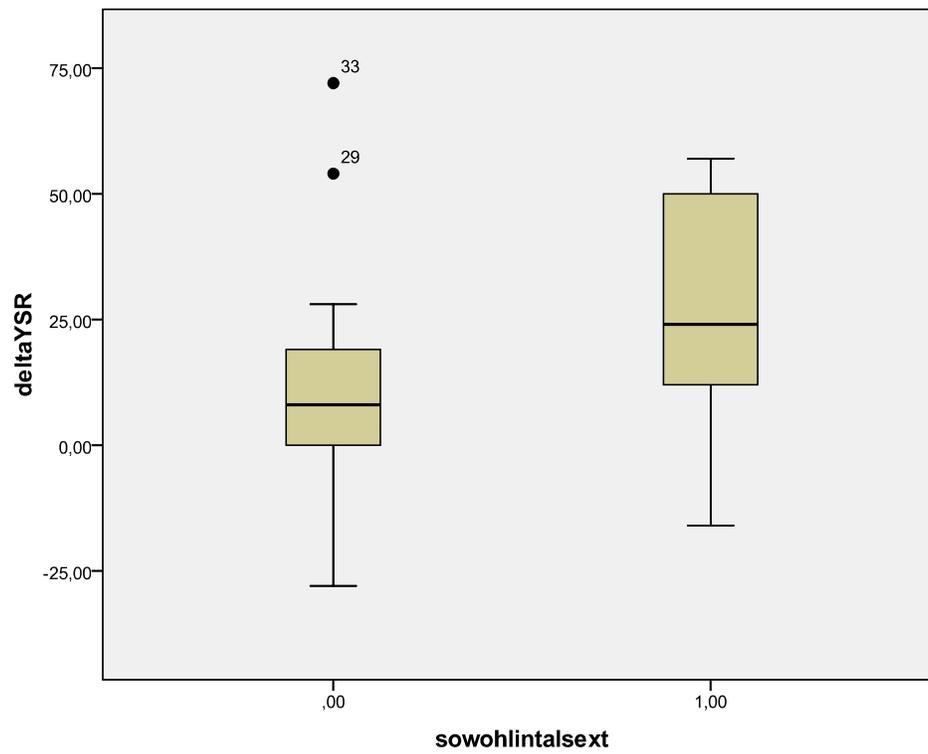
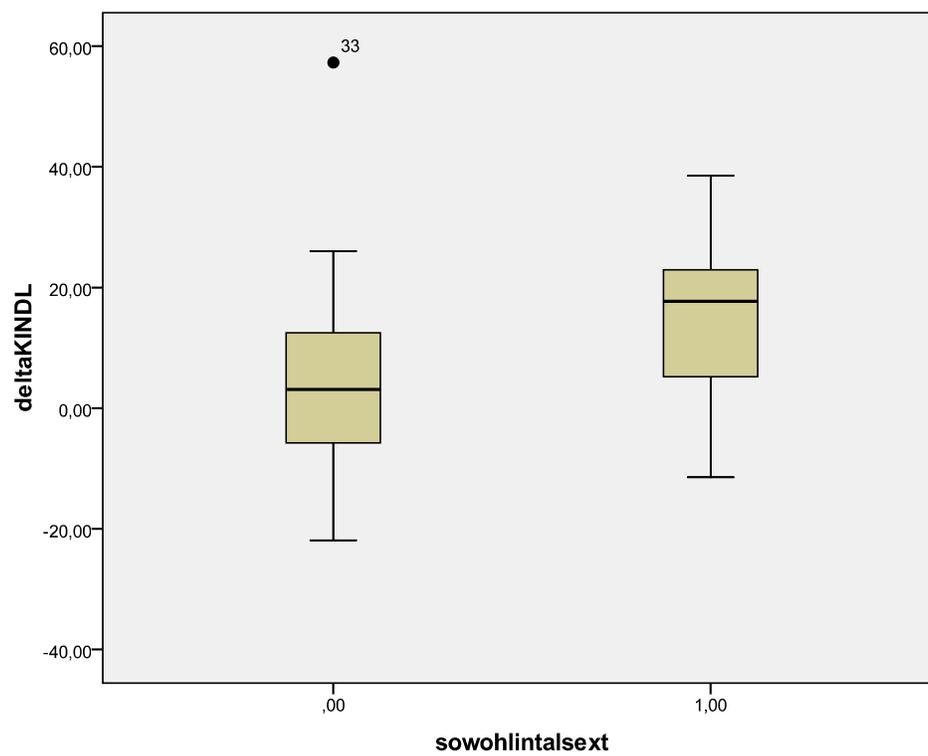
Abbildung 37: Darstellung von deltaYSR für teilstationär KOMBI**Abbildung 38: Darstellung von deltaKINDL für teilstationär KOMBI**

Abbildung 39: Darstellung von FBB zu T2 für teilstationär KOMBI

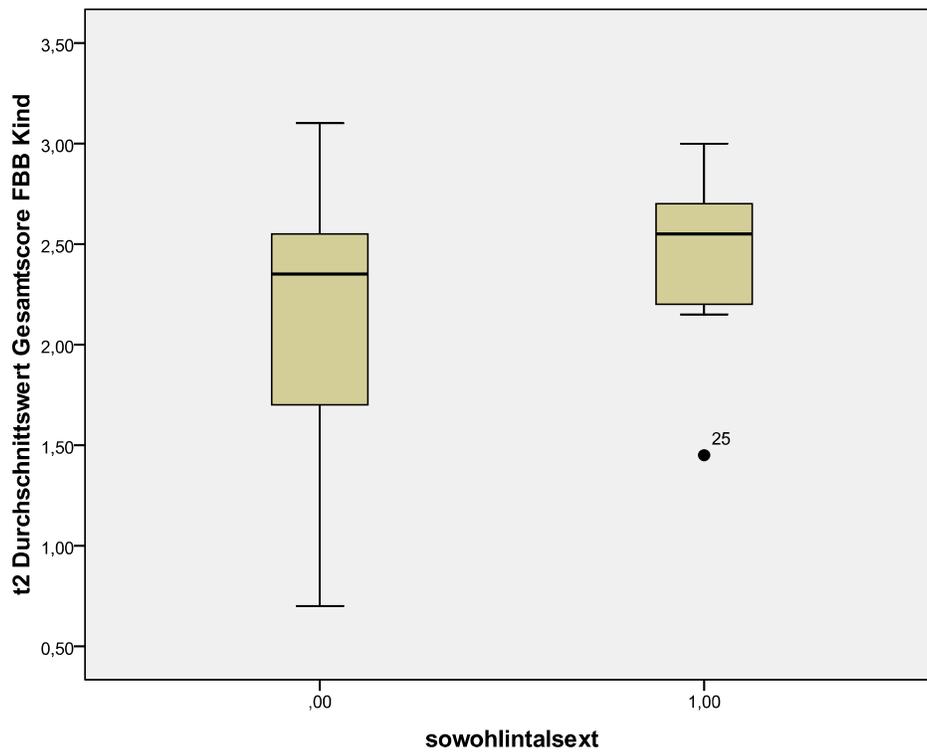


Abbildung 40: Darstellung von deltaYSR für teilstationär TOTAL

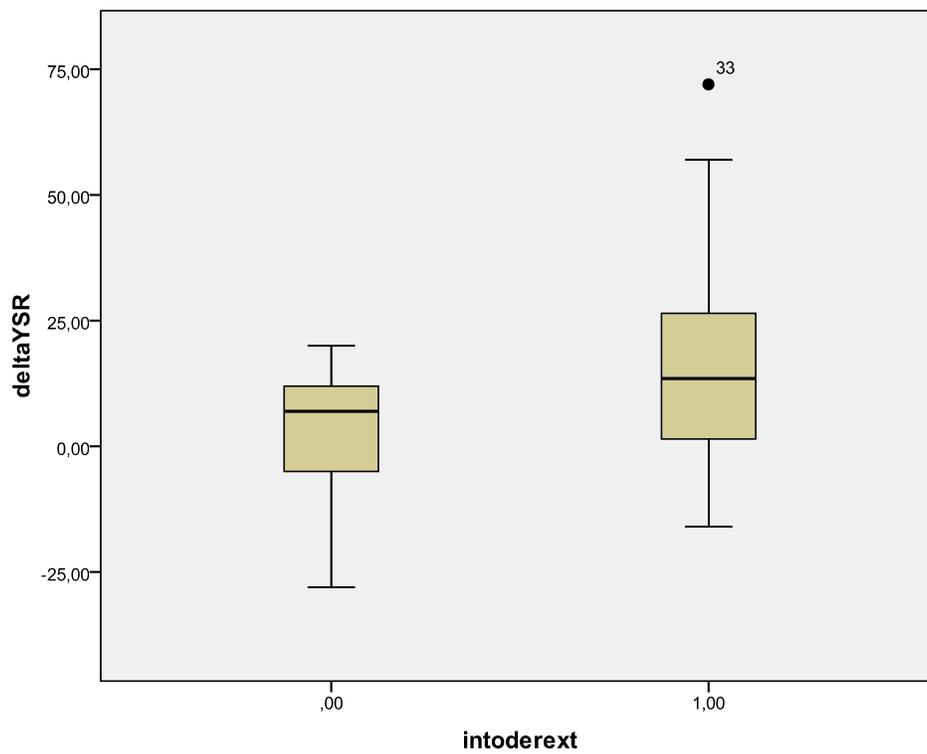


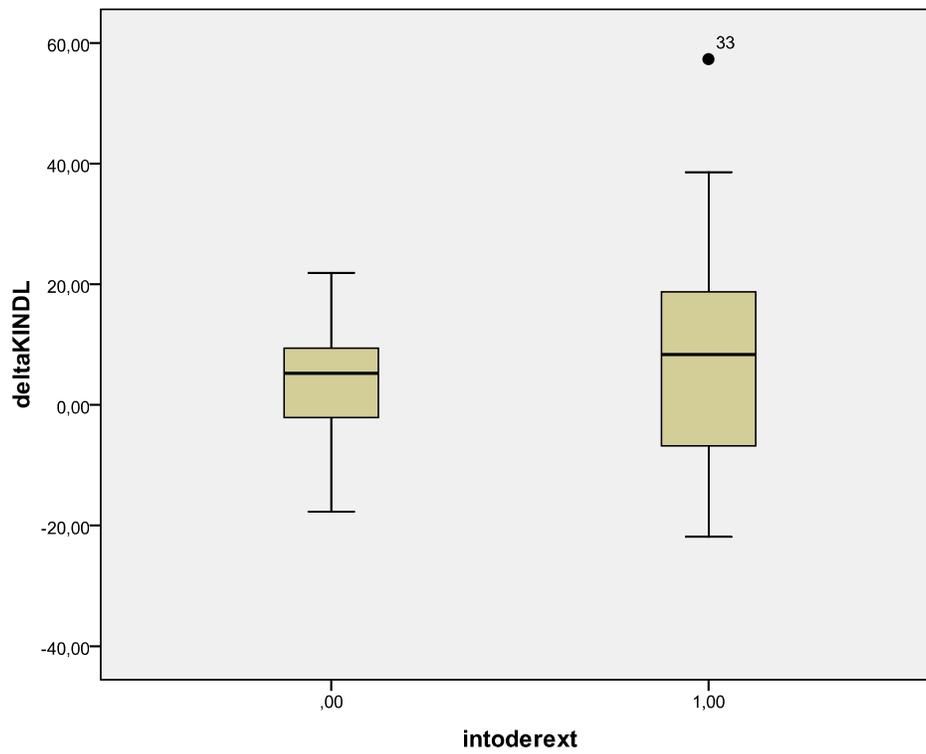
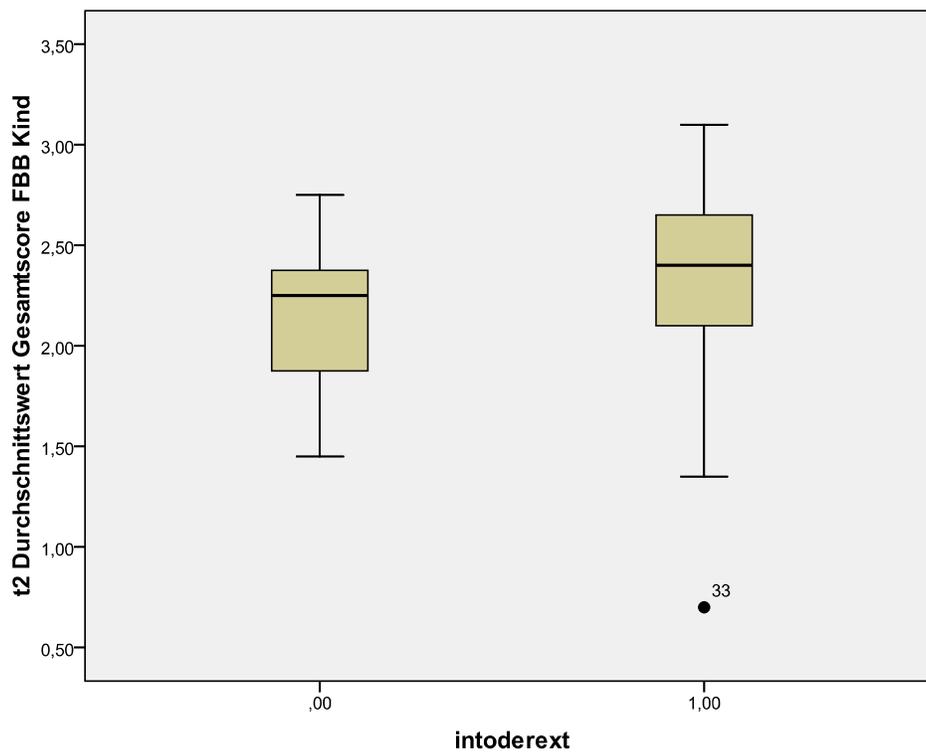
Abbildung 41: Darstellung von deltaKINDL für teilstationär TOTAL**Abbildung 42: Darstellung von FBB zu T2 für teilstationär TOTAL**

Tabelle 35: Unterschied der Störungsgruppen im Zusammenhang zum Behandlungserfolg unter stationärer Behandlung*(Vergleich jeweils pro Gruppe zwischen unauffällig und auffällig)*

stationäre Behandlung										
Variabel	Störungs- gruppe	unauffällig			auffällig			t	df	p
		M	SD	n	M	SD	n			
Delta YSR	INT	6,17	12,11	30	16,72	23,54	177	3,73	73,10	<.000
	EXT	8,86	20,43	111	22,42	23,10	101	4,54	210	<.000
	KOMBI	9,46	20,33	116	22,51	23,20	91	4,31	205	<.000
	TOTAL	3,58	8,30	24	16,72	23,37	183	5,43	84,15	<.000
Delta KINDL	INT	1,07	11,92	28	12,83	14,86	169	3,98	195	<.000
	EXT	10,53	15,53	108	11,81	14,69	98	0,61	204	.541
	KOMBI	9,90	15,35	109	12,72	14,63	87	1,30	194	.195
	TOTAL	0,38	10,78	22	12,51	15,00	174	4,73	32,30	<.000
FBB	INT	2,28	0,45	30	2,34	0,46	179	0,68	207	.500
	EXT	2,31	0,42	115	2,35	0,49	102	0,72	215	.473
	KOMBI	2,28	0,42	116	2,40	0,49	92	1,84	206	.067
	TOTAL	2,36	0,42	24	2,33	0,46	184	-0,32	206	.749

Tabelle 36: Unterschied der Störungsgruppen im Zusammenhang zum Behandlungserfolg unter teilstationärer Behandlung

(Vergleich jeweils pro Gruppe zwischen unauffällig und auffällig)

teilstationäre Behandlung										
Variabel	Störungs- gruppe	unauffällig			auffällig			t	df	p
		M	SD	n	M	SD	n			
Delta YSR	INT	3,37	13,67	19	18,81	22,45	27	2,667	44	.011
	EXT	9,84	18,94	32	18,36	23,70	14	1,30	44	.201
	KOMBI	9,27	18,60	37	25,44	24,45	9	2,20	44	.033
	TOTAL	2,57	12,64	14	16,75	22,06	32	2,75	40,54	.009
Delta KINDL	INT	0,40	11,68	17	10,42	18,49	24	1,97	39	.056
	EXT	6,10	15,66	28	6,61	19,19	13	0,09	39	.929
	KOMBI	3,96	15,91	32	14,47	17,40	9	1,72	39	.094
	TOTAL	3,93	10,43	13	7,35	18,89	28	0,74	37,61	.462
FBB	INT	2,09	0,43	20	2,36	0,53	28	1,93	46	.060
	EXT	2,24	0,51	33	2,26	0,52	15	0,09	46	.929
	KOMBI	2,20	0,52	38	2,44	0,43	10	1,34	46	.188
	TOTAL	2,15	0,40	15	2,29	0,54	33	0,93	46	.359

Tabelle 37: abh. T-Test zwischen T1 und T2 vom internal. und external. Summenscore unter stationär Behandlung (Teil 1)

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomskala Teil 1			
Summenscore	MW T1	MW T2	MW Differenz	n
internalisierend	24,84	18,15	6,69	203
externalisierend	16,66	13,82	2,83	219

Tabelle 38: abh. T-Test zwischen T1 und T2 vom internal. und external. Summenscore unter stationär Behandlung (Teil 2)

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomskala Teil 2				
Summenscore	SD	Stdf.	T	Sig. (2-seitig)	Effektstärke
internalisierend	<i>T1: 10,82</i> <i>T2: 11,04</i>	<i>T1: 0,76</i> <i>T2: 0,77</i>	<i>9,987</i>	<i><.000</i>	<i>0,61</i>
externalisierend	<i>T1: 9,15</i> <i>T2: 8,09</i>	<i>T1: 0,62</i> <i>T2: 0,55</i>	<i>5,798</i>	<i><.000</i>	<i>0,33</i>

Tabelle 39: abh. T-Test zwischen T1 und T2 vom internal. und external. Summenscore unter teilstationär Behandlung (Teil 1)

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomskala Teil 1			
Summenscore	MW T1	MW T2	MW Differenz	n
internalisierend	<i>17,15</i>	<i>11,19</i>	<i>5,96</i>	<i>47</i>
externalisierend	<i>14,02</i>	<i>11,94</i>	<i>2,09</i>	<i>47</i>

Tabelle 40: abh. T-Test zwischen T1 und T2 vom internal. und external. Summenscore unter teilstationär Behandlung (Teil 2)

	Abh. T-Test zwischen Werte für T1 und T2 zur Symptomskala Teil 2				
Summenscore	SD	Stdf.	T	Sig. (2-seitig)	Effektstärke
internalisierend	<i>T1: 11,69</i> <i>T2: 6,96</i>	<i>T1: 1,70</i> <i>T2: 1,01</i>	<i>3,874</i>	<i><.000</i>	<i>0,59</i>
externalisierend	<i>T1: 8,87</i> <i>T2: 9,13</i>	<i>T1: 1,29</i> <i>T2: 1,33</i>	<i>2,177</i>	<i><.000</i>	<i>0,23</i>

Tabelle 41: Korrelation der störungsspezifischen Symptomskala mit dem Behandlungserfolg

Stationäre Behandlung	Behandlungserfolg								
	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
Symptomstärke	r	p	n	r	p	n	r	p	n
internalisierender Summenscore (N=224)	.326	.000	207	.327	.000	197	.054	.435	209
externalisierender Summenscore (N=234)	.351	.000	212	.113	.104	206	.088	.199	217
Teilstationäre Behandlung	Behandlungserfolg								
	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
Symptomstärke	r	p	n	r	p	n	r	p	n
internalisierender Summenscore (N=50)	.664	.000	46	.580	.000	41	.166	.259	48
externalisierender Summenscore (N=50)	.267	.073	46	.081	.613	41	.012	.938	48

Für die Abbildungen 42 bis 53 besteht eine klinische Auffälligkeit ab einem cut-off-Wert von 16 für Jungen bzw. 20 für Mädchen für eine internalisierende Auffälligkeit, sowie von 22 für Jungen bzw. 20 für Mädchen für eine externalisierende Auffälligkeit

Abbildung 43: Stationäre Population Korrelation internal. Summenscore zu deltaYSR

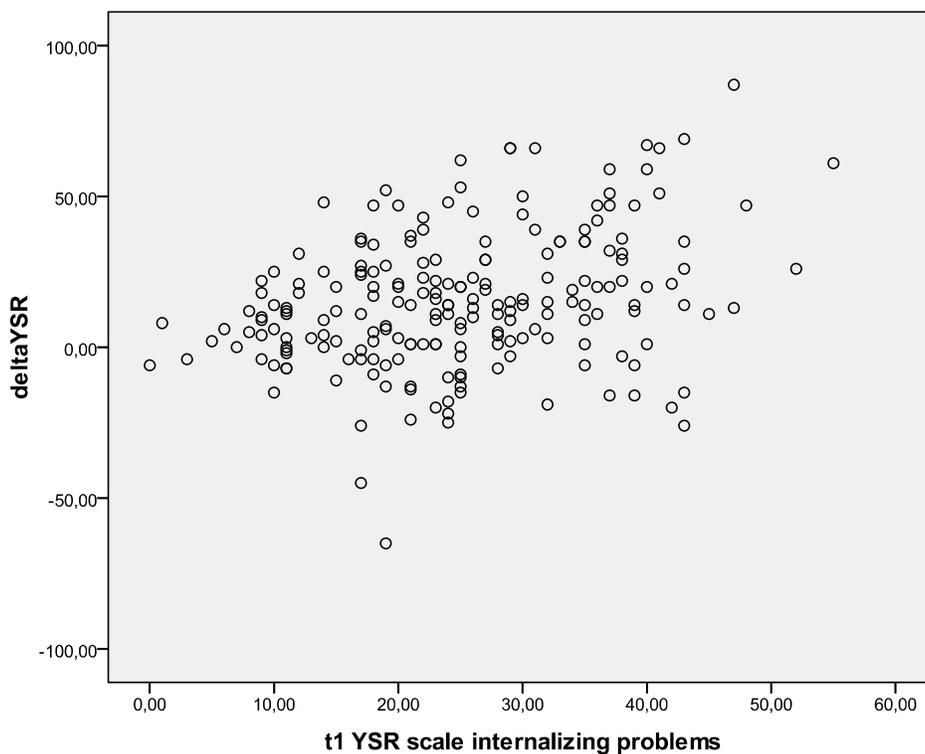


Abbildung 44: Stat. Pop. Korrelation internal. Summenscore zu deltaKINDL

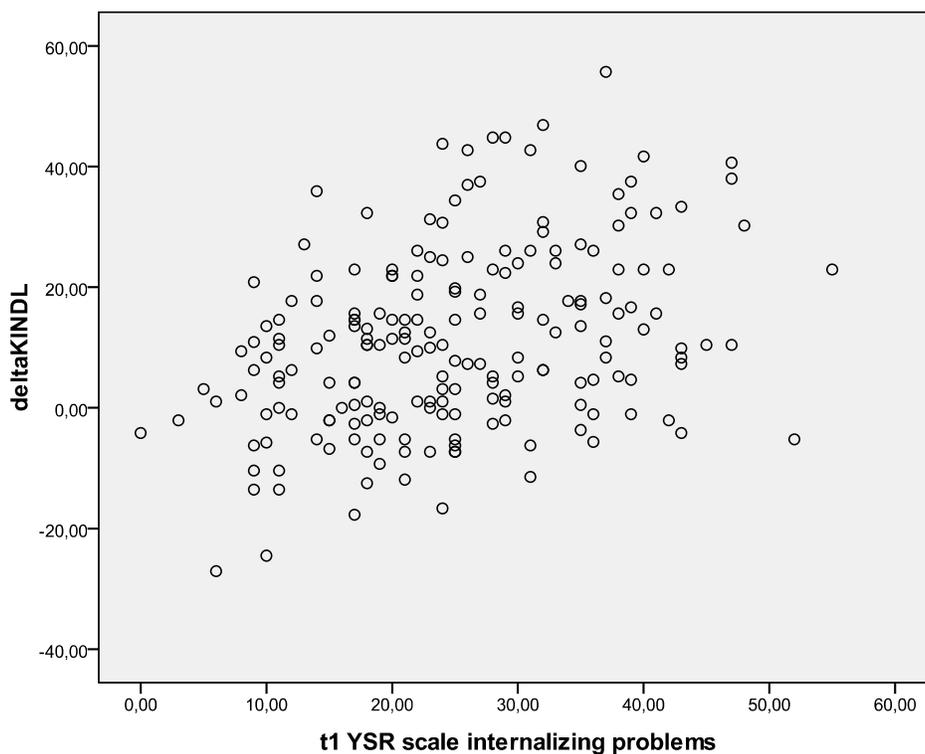


Abbildung 45: Stat. Pop. Korrelation internal. Summenscore zu FBB

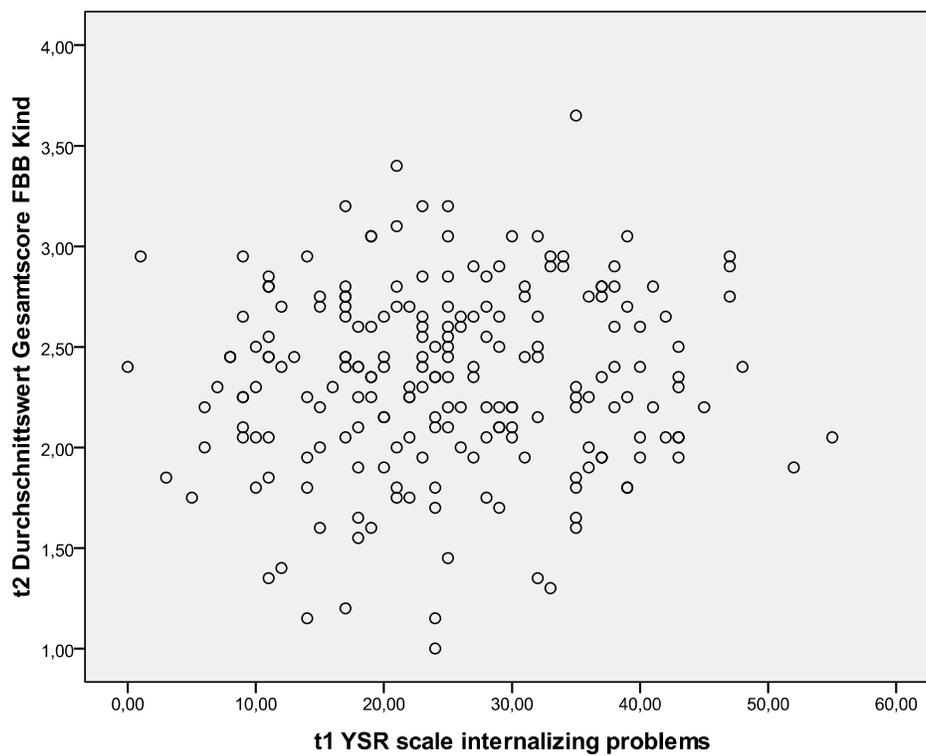


Abbildung 46: Stat. Pop. Korrelation external. Summenscore zu deltaYSR

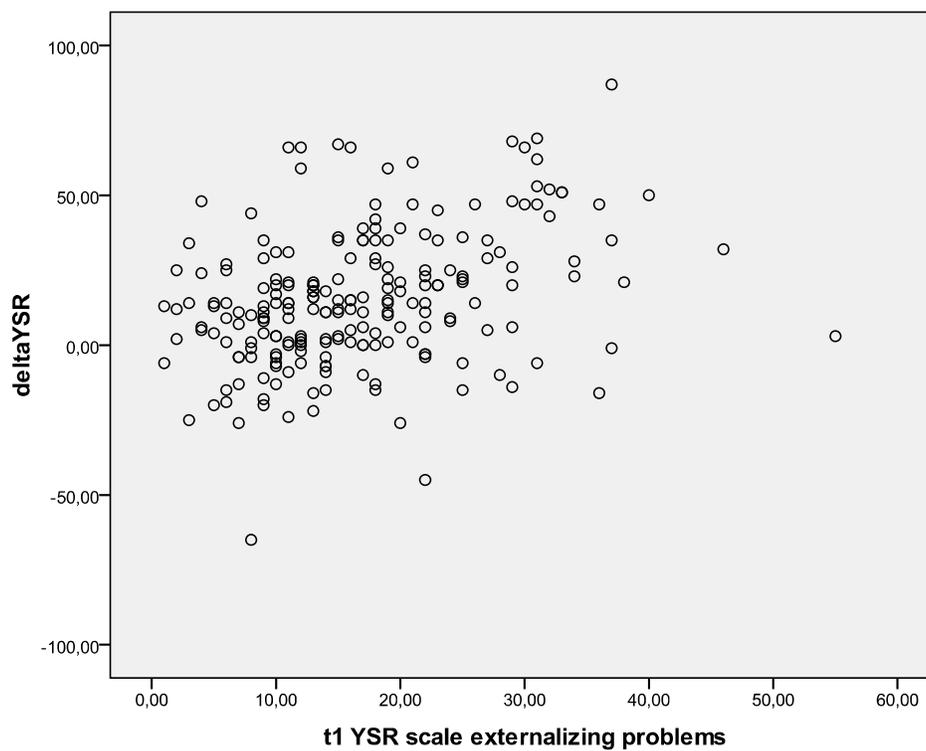


Abbildung 47: Stat. Pop.Korrelation external. Summenscore zu deltaKINDL

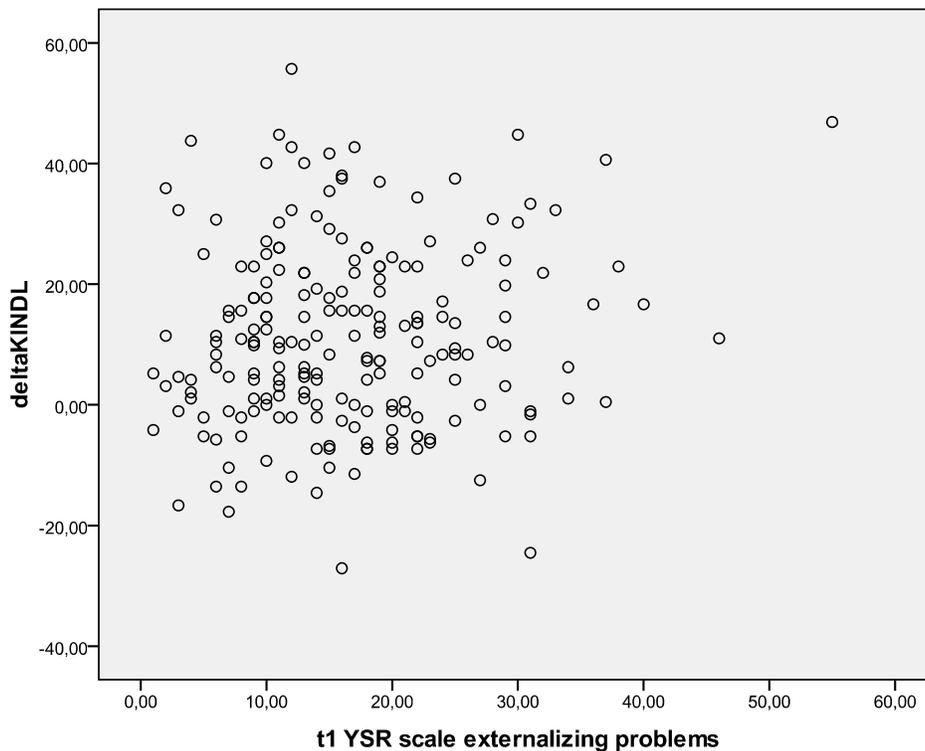


Abbildung 48: Stat. Pop. Korrelation external. Summenscore zu FBB

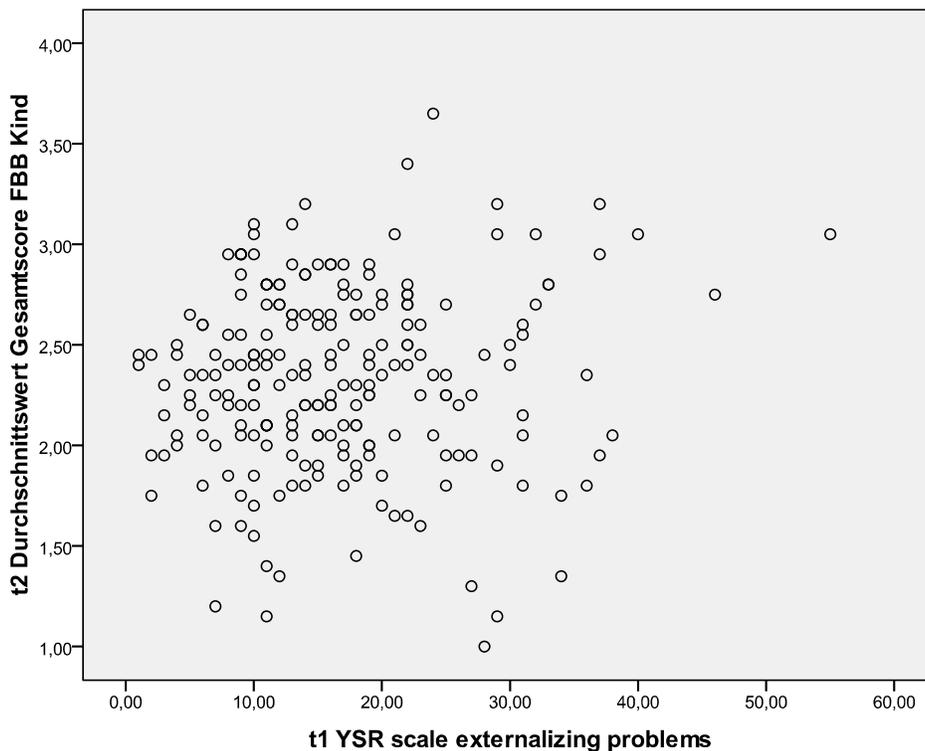


Abbildung 49: Teilstat. Population Korrelation internal. Summenscore zu deltaYSR

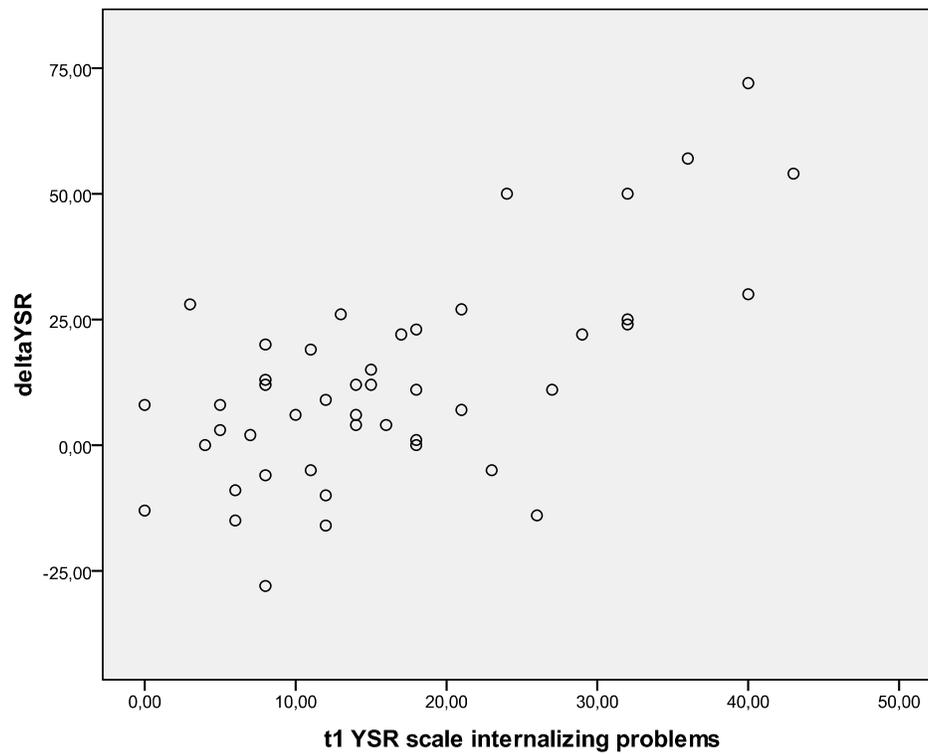


Abbildung 50: Teilstationäre Population Korrelation internal. Summenscore zu deltaKINDL

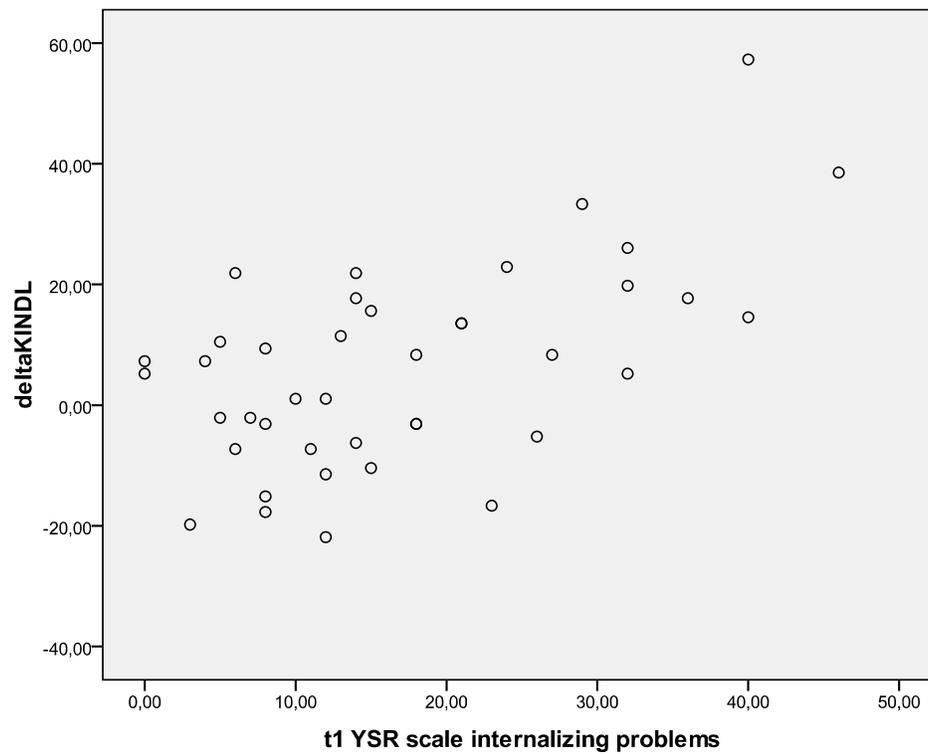


Abbildung 51: Teilstationäre Population Korrelation internal. Summenscore zu FBB

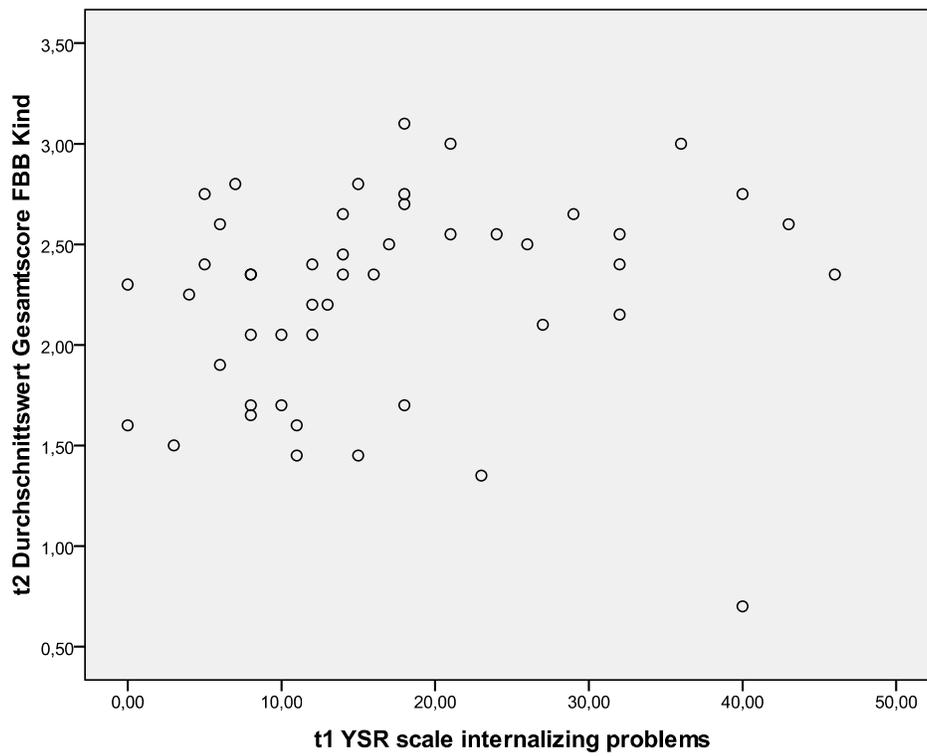


Abbildung 52: Teilstat. Pop. Korrelation external. Summenscore zu deltaYSR

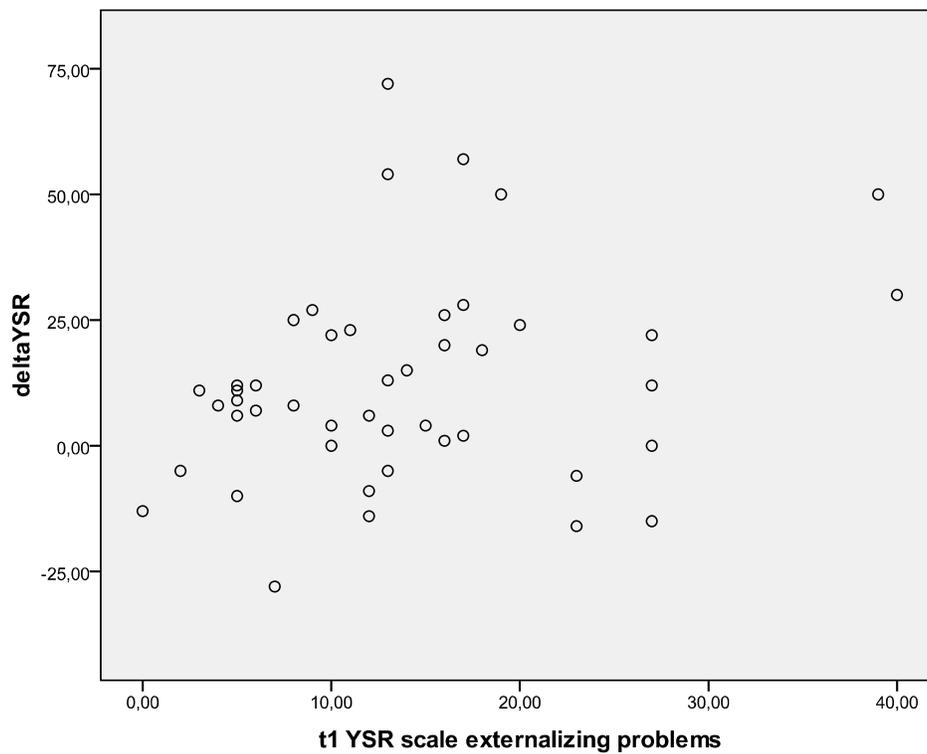


Abbildung 53: Teilstat. Pop. Korrelation external. Summenscore zu deltaKINDL

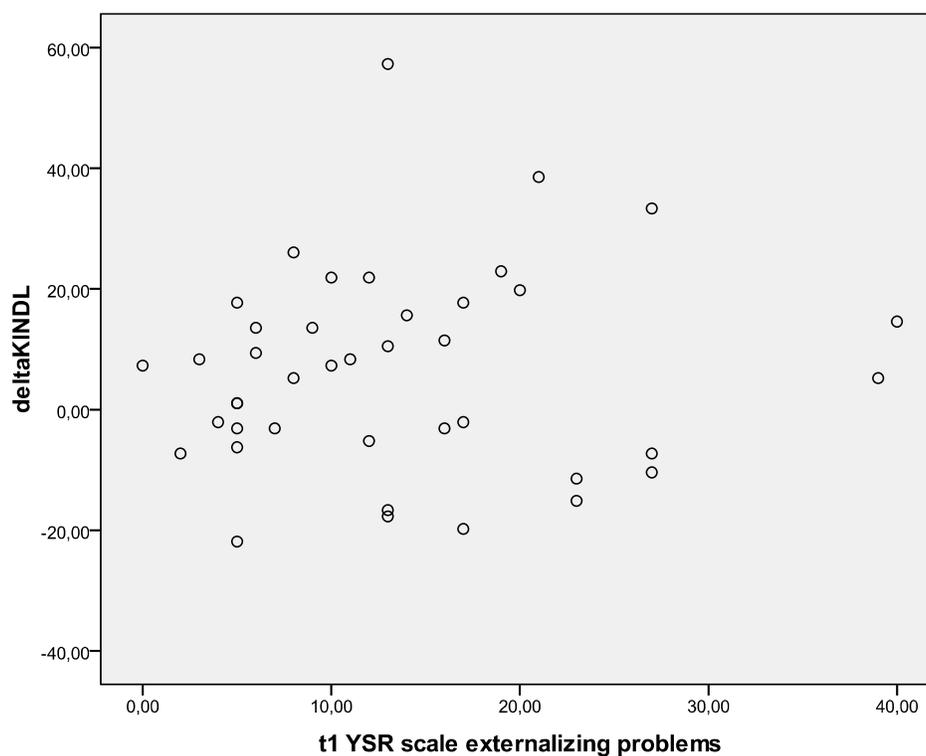


Abbildung 54: Teilstat. Pop. Korrelation external. Summenscore zu FBB

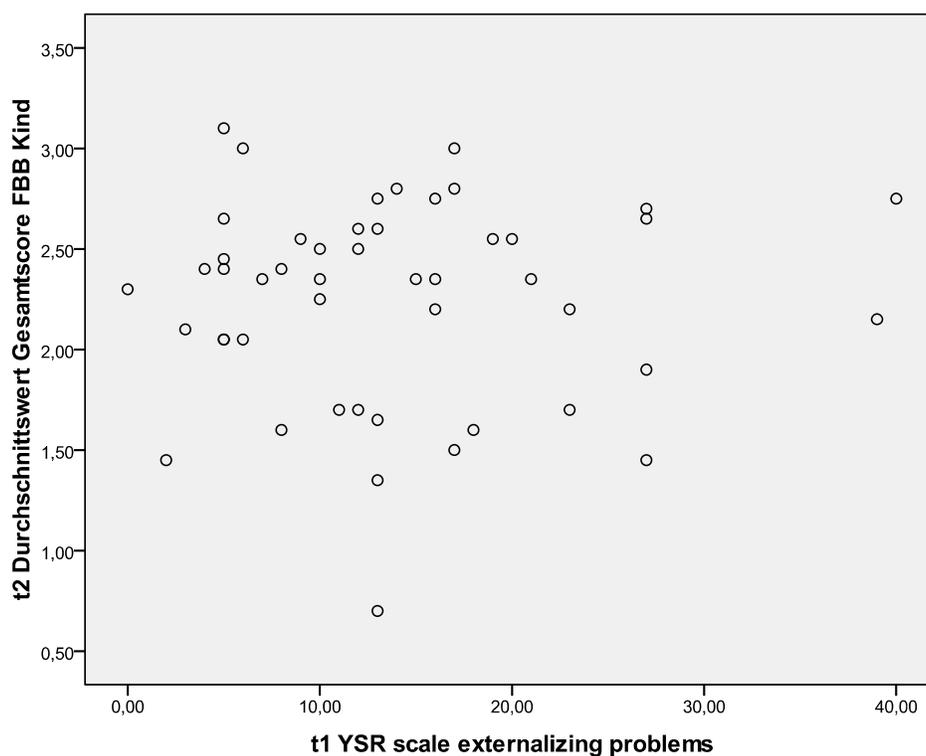


Tabelle 42: Korrelation von deltaYSR mit FBB, deltaKINDL mit deltaYSR, delta-KINDL mit FBB der stationären Population

stationäre Popula- tion	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n
Delta YSR (N=258)				.453	.000	196	.101	.148	207
Delta KINDL (N=249)	.453	.000	196				.186	.008	204
FBB (N=284)	.101	.148	207	.186	.008	204			

Tabelle 43: Die Effektstärken der Korrelation der Variablen des Behandlungserfolges der stationären Population

stationäre Population	Delta YSR	Delta KINDL	FBB
	Effektstärke	Effektstärke	Effektstärke
Delta YSR		1.02 (**)	0.2
Delta KINDL	1.02 (**)		0.38 (*)
FBB	0.2	0.38 (*)	

Tabelle 44: Korrelation von deltaYSR mit FBB, deltaKINDL mit deltaYSR, delta-KINDL mit FBB der teilstationären Population

teilstationäre Po- pulation	Delta YSR			Delta KINDL			FBB		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n
Delta YSR (N=46)				.594	.000	39	-.058	.700	46
Delta KINDL (N=41)	.594	.000	39				.156	.330	41
FBB (N=51)	-.058	.700	46	.156	.330	41			

Tabelle 45: Die Effektstärken der Korrelation der Variablen des Behandlungserfolges der teilstationären Population

teilstationäre Population	Delta YSR	Delta KINDL	FBB
	Effektstärke	Effektstärke	Effektstärke
Delta YSR		1.48 (**)	-0.12
Delta KINDL	1.48 (**)		0.32
FBB	-0.12	0.32	

Streudiagramme:

Abbildung 55: Zusammenhang zwischen deltaYSR und deltaKINDL stationär

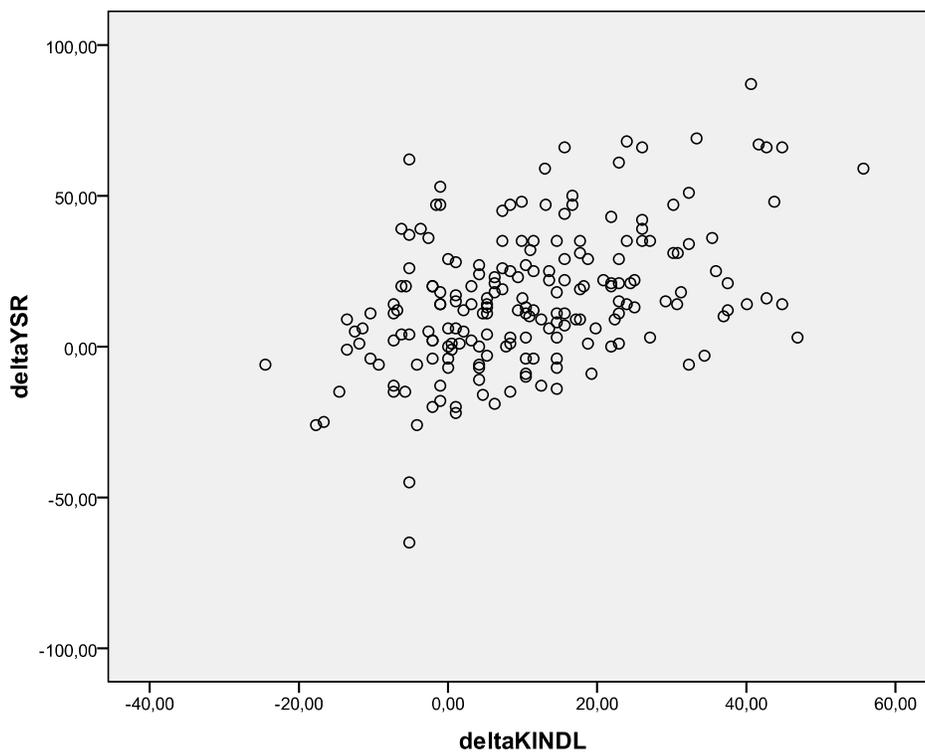


Abbildung 56: Zusammenhang zwischen deltaKINDL und FBB stationär

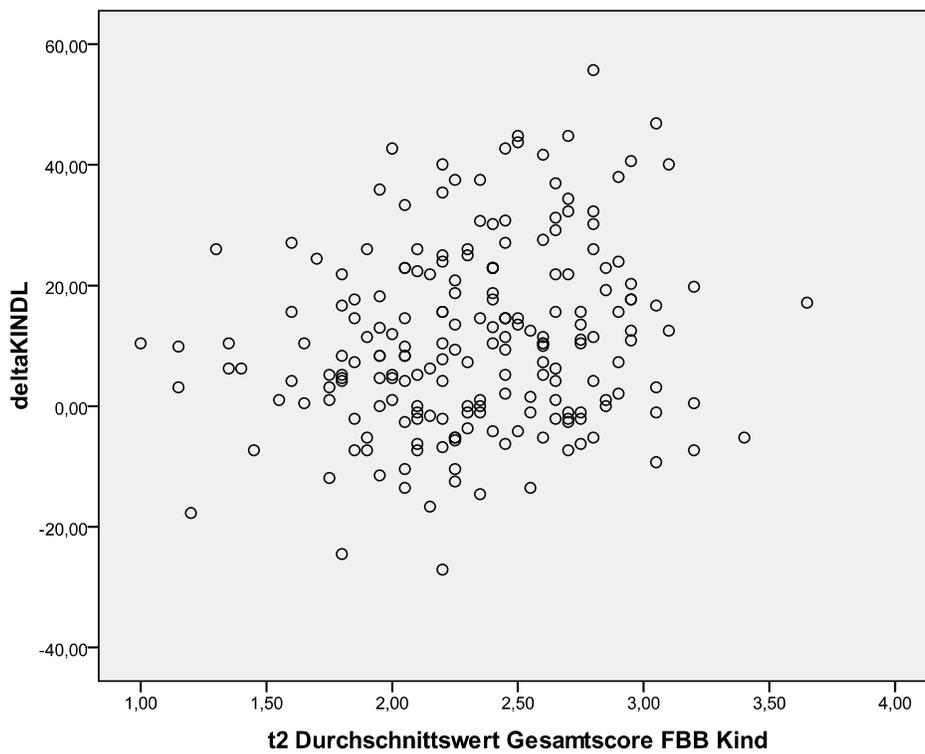


Abbildung 57: Zusammenhang zwischen deltaYSR und FBB stationär

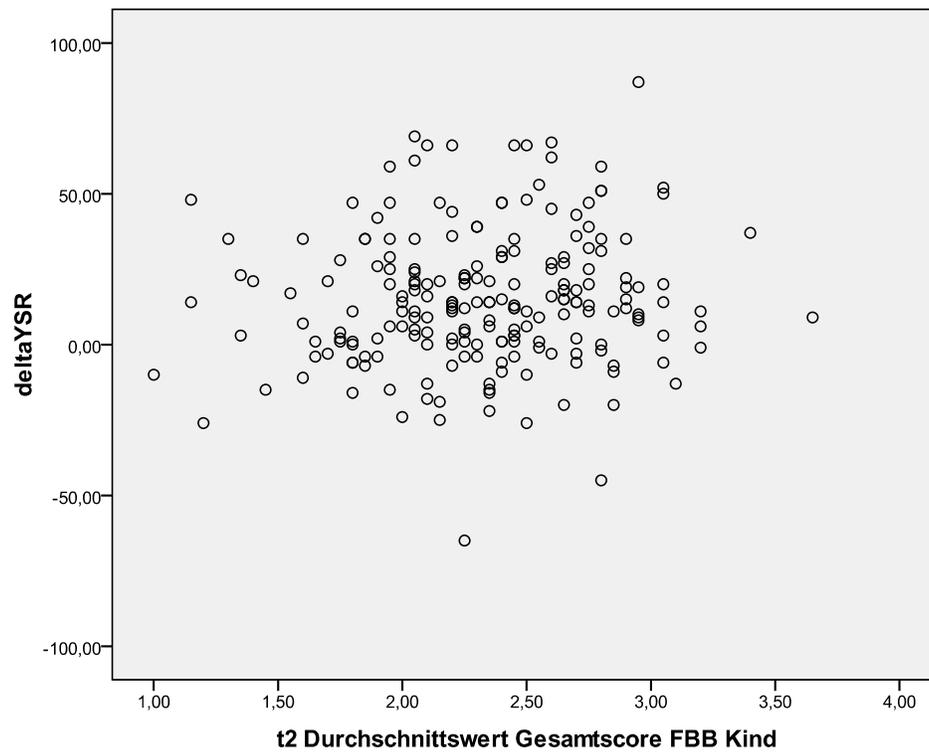


Abbildung 58: Zusammenhang zwischen deltaYSR und deltaKINDL teilstationär

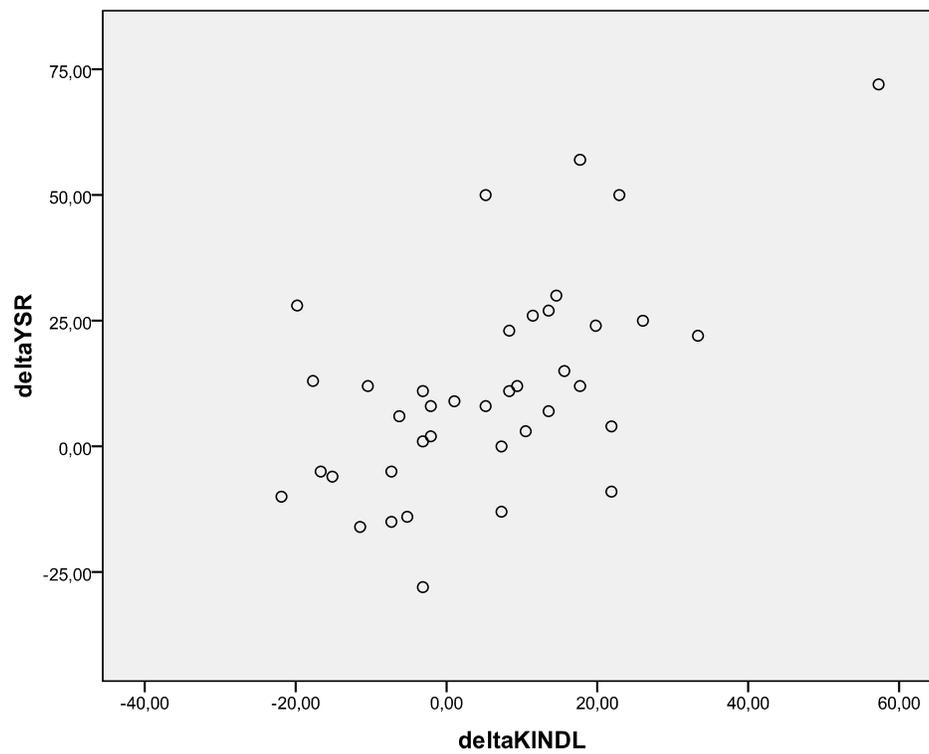


Abbildung 59: Zusammenhang zwischen deltaKINDL und FBB teilstationär

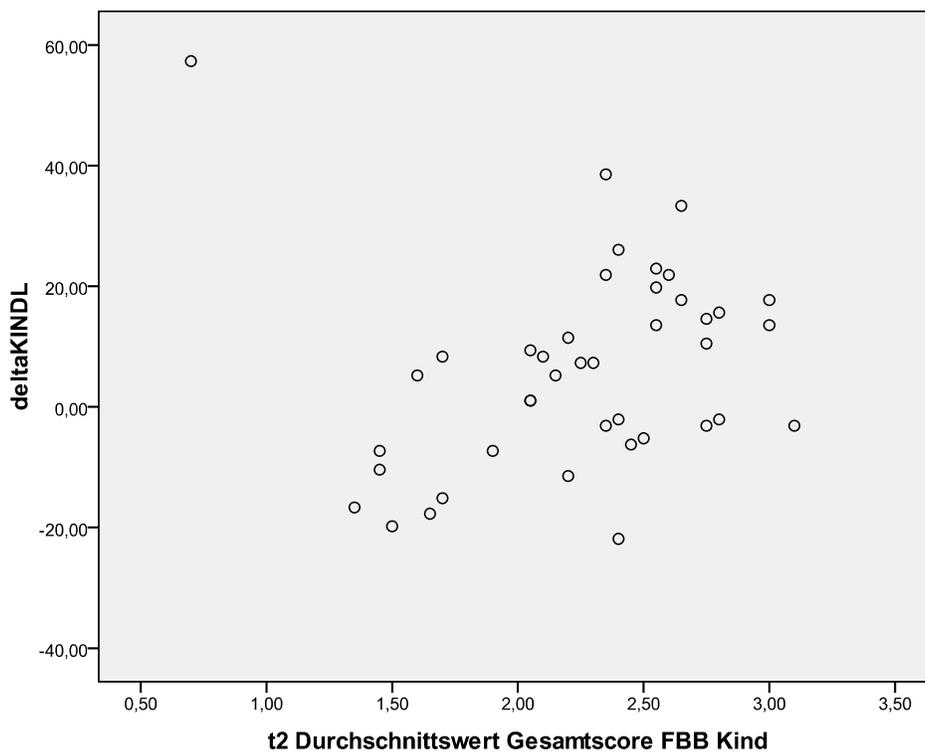


Abbildung 60: Zusammenhang zwischen deltaYSR und FBB teilstationär

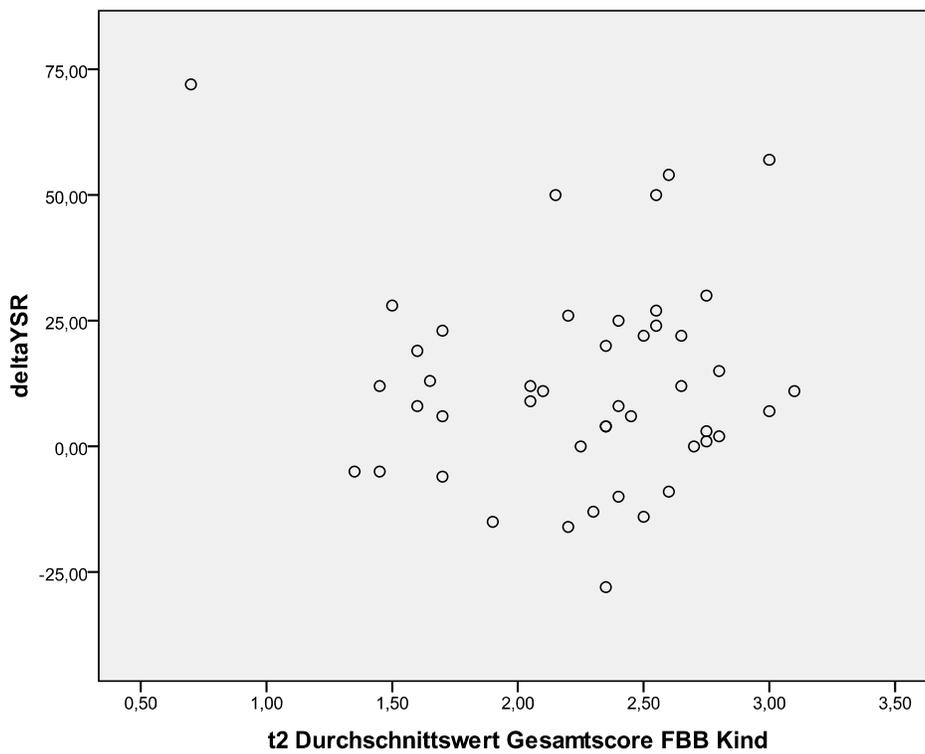


Tabelle 46: Der Einfluss der Subskalen der Familienfunktion auf die Symptomdifferenz (deltaYSR)

Modell		Koeffizienten ^a				
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	-,455	10,562		-,043	,966
	Patient t1 FB-A Summenscore Aufgabenerfüllung	-1,786	1,001	-,239	-1,784	,076
	Patient t1 FB-A Summenscore Rollenverhalten	,759	,871	,087	,871	,385
	Patient t1 FB-A Summenscore Kommunikation	,516	1,096	,068	,471	,638
	Patient t1 FB-A Summenscore Emotionalität	-,402	,978	-,050	-,411	,682
	Patient t1 FB-A Summenscore Affektive Beziehungsaufnahme	,587	,941	,086	,623	,534
	Patient t1 FB-A Summenscore Kontrolle	1,853	,846	,225	2,191	,030
	Patient t1 FB-A Summenscore Werte und Normen	,846	,911	,099	,929	,354
	Patient t1 FB-A Summenscore Soziale Erwünschtheit	,206	,641	,040	,322	,748
	Patient t1 FB-A Summenscore Abwehr	,661	,740	,108	,894	,373

a. Abhängige Variable: deltaYSR

Tabelle 47: Der Einfluss der Subskalen der Familienfunktion auf die Lebensqualitätsdifferenz (deltaKINDL)

		Koeffizienten ^a				
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	7,563	6,801		1,112	,268
	Patient t1 FB-A Summenscore Aufgabenerfüllung	-,444	,632	-,091	-,703	,483
	Patient t1 FB-A Summenscore Rollenverhalten	,134	,561	,024	,238	,812
	Patient t1 FB-A Summenscore Kommunikation	-,286	,706	-,059	-,405	,686
	Patient t1 FB-A Summenscore Emotionalität	1,742	,639	,332	2,725	,007
	Patient t1 FB-A Summenscore Affektive Beziehungsaufnahme	-,773	,577	-,174	-1,339	,182
	Patient t1 FB-A Summenscore Kontrolle	1,094	,537	,203	2,038	,043
	Patient t1 FB-A Summenscore Werte und Normen	-,445	,587	-,080	-,757	,450
	Patient t1 FB-A Summenscore Soziale Erwünschtheit	-,121	,429	-,034	-,282	,778
	Patient t1 FB-A Summenscore Abwehr	-,244	,489	-,059	-,499	,619

a. Abhängige Variable: deltaKINDL

Tabelle 48: Der Einfluss der Subskalen der Familienfunktion auf die Patientenzufriedenheit (FBB)

Modell		Koeffizienten ^a				
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	2,022	,202		9,992	,000
	Patient t1 FB-A Summenscore Aufgabenerfüllung	-,055	,020	-,373	-2,811	,005
	Patient t1 FB-A Summenscore Rollenverhalten	,016	,017	,094	,955	,341
	Patient t1 FB-A Summenscore Kommunikation	,020	,021	,135	,935	,351
	Patient t1 FB-A Summenscore Emotionalität	,019	,019	,123	,997	,320
	Patient t1 FB-A Summenscore Affektive Beziehungsaufnahme	,028	,017	,214	1,625	,106
	Patient t1 FB-A Summenscore Kontrolle	,021	,016	,129	1,306	,193
	Patient t1 FB-A Summenscore Werte und Normen	-,006	,018	-,035	-,328	,743
	Patient t1 FB-A Summenscore Soziale Erwünschtheit	,014	,012	,137	1,135	,258
	Patient t1 FB-A Summenscore Abwehr	,006	,014	,050	,421	,674

a. Abhängige Variable: t2 Durchschnittswert Gesamtscore FBB Kind

7 Danksagung

Diese Arbeit entstand durch die Hilfe und Unterstützung vieler.

Mein besonders herzlicher Dank gilt Herrn Professor Romer, der mir die Möglichkeit bot, das Thema dieser Dissertation zu bearbeiten und der mich mit seinem fachlichen Rat und seinen wertvollen Hinweisen begleitet hat. Auch für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich herzlich bedanken.

Frau Wiegand-Greife und Frau Daniels danke ich für die sehr wertvollen Hinweise bei der statistischen Bearbeitung des umfangreichen Datenmaterials, sowie für die hervorragende Betreuung und die ständige Diskussions- und Hilfsbereitschaft.

Allen beteiligten Mitarbeitern der KJP des UKE danke ich für die Bereitstellung der von mir bearbeiteten Daten.

Bei meinen Eltern und meiner Schwester möchte ich mich ganz besonders herzlich bedanken für die uneingeschränkte, liebevolle und vielseitige Unterstützung während meines Studiums, ohne die diese Arbeit so nicht möglich gewesen wäre.

Im Andenken an meine Mutter.

8 Lebenslauf

Persönliche Daten:

Jens Esser

Geburtsdatum/-ort 25.08.1980 in Leer

Familienstand ledig

Konfession evangelisch

Schullaufbahn:

1987 - 1991 Grundschule in Hesel

1991 - 1993 Orientierungsstufe Westergaste

1993 – 2000 Teletta-Groß-Gymnasium Leer

07/2000 Abitur

08/2000 – 08/2001 Zivildienst im Naturfreundehaus Kalifornien (Schönberg/Holstein)

08/2001 – 12/2001 Krankenpflegepraktikum (Abteilung für Pädiatrie am Kreis-krankenhaus Leer und Abteilung für Chirurgie am Krankenhaus Herdecke)

Studium:

ab 04/2002 Studium der vorklinischen Fächer an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

04/2004 Physikum

04/2004 – 07/2007 Studium der klinischen Fächer an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

10/2006 – 07/2008 Studium der klinischen Fächer am Universitätsklinikum Eppendorf Hamburg (UKE)

Dissertation am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) des UKE

Thema: Behandlungsevaluation – Einfluss des Störungsbildes und der Familienfunktion auf den Behandlungserfolg

Poster-Präsentation auf DKJP-Kongress in Hamburg am 4.-7. März 2009

Famulaturen:

Chirurgie am KKH Leer (2004)

Innere Medizin am KKH Leer (2005)

Anästhesie am Borromäus-Hospital Leer (2006)

interdisziplinäre Notaufnahme der Ammerlandklinik Westerstede (2007)

Zweiwöchige Hospitation auf der Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) (2008)

Praktisches Jahr:

Psychiatrie: Universitätsklinikum Eppendorf (UKE)

Chirurgie: Asklepios-Klinik Barmbek (Hamburg)

Innere Medizin: Asklepios-Klinik St. Georg (Hamburg)

11/2009 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

03/2010 Ärztliche Approbation

Beruflicher Werdegang:

seit 08/2010 Assistenzarzt der Psychosomatik im Asklepios Westklinikum Hamburg

Sonstiges:

Arbeit als studentische Hilfskraft im Allergogenetischen Labor der LMU München (2003-2004)

Mitarbeit im BVMD zur Betreuung ausländischer Medizinstudenten in Hamburg (2007-2009)

Akupunkturausbildung an der SMS (Internationale Gesellschaft für Chinesische Medizin e.V.) 05/2010 – 04/2012

9 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 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Hamburg, den 25.03.2013