

**Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie Tübingen  
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter mit Poliklinik  
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. T. Renner**

**Tagesklinische Behandlung an der Kinder- und  
Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Tübingen**

**Eine Katamnese-Studie über Lebensqualität,  
Symptombelastung, Behandlungszufriedenheit  
und Lebensumstände**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Thorsten Hecke**

**aus**

**Balingen**

**2013**

Dekan:

Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter:

Professor Dr. G. Klosinski

2. Berichterstatter:

Professor Dr. S. Klingberg

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>6</b>
1.1 Problemstellung und Ziele der Studie .....	6
1.2 Tageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	8
1.2.1 Die Tagesklinik als Behandlungssetting .....	8
1.2.2 Der Stand der Forschung zur Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie mit Schwerpunkt Tagesklinik .....	11
1.2.3 Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik in Tübingen ....	20
1.3 Gliederung der Arbeit .....	22
<b>2 Methodik und Patientengruppe.....</b>	<b>23</b>
2.1 Studienpopulation.....	23
2.1.1 Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer .....	23
2.1.2 Diagnosen .....	25
2.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien .....	26
2.2 Studiendesign und -ablauf.....	26
2.2.1 Studiendesign.....	26
2.2.2 Studienablauf: Rekrutierung, Setting und Durchführung.....	29
2.3 Erhebungsinstrumente .....	31
2.3.1 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) .....	32
2.3.2 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB).....	34
2.3.3 Child Behavior Checklist (CBCL / 4-18).....	35
2.3.4 Der K-FB-Tü .....	37
2.4 Statistische Analyse .....	42
<b>3 Ergebnisse.....</b>	<b>46</b>
3.1 Lebensumstände und deren Bewertung.....	46
3.1.1 Familiäre Verhältnisse .....	46
3.1.2 Schulische Verhältnisse.....	52
3.1.3 Verhalten des Kindes und Familienbefinden .....	53
3.1.4 Maßnahmen seit Beendigung der Behandlung.....	54
3.1.5 Belastende Lebensereignisse.....	56
3.1.6 Familienalltag.....	57

3.1.7	Zufriedenheit mit der Tagesklinik im Speziellen.....	58
3.1.8	Zusammenfassung der Ergebnisse des K-FB-Tü.....	62
3.2	Lebensqualität.....	64
3.2.1	Der Problemscore.....	64
3.2.2	Der Lebensqualitätsscore.....	70
3.2.3	Die einzelnen Lebensbereiche.....	76
3.2.4	Zusammenfassung der Ergebnisse des ILK.....	78
3.3	Beurteilung der Behandlung.....	80
3.3.1	Die Gesamtbeurteilung.....	80
3.3.2	Beurteilung des Behandlungserfolgs.....	85
3.3.3	Beziehung zum Therapeuten, Rahmenbedingungen und Verlauf der Behandlung.....	88
3.3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse des FBB.....	93
3.4	Aktuelles Verhalten und Symptombelastung.....	96
3.4.1	Syndromskalen.....	97
3.4.2	Kompetenzskalen.....	104
3.4.3	Vergleich des Verhaltens zu Therapiebeginn mit dem Verhalten zum Katamnese-Zeitpunkt.....	107
3.4.4	Zusammenfassung der Ergebnisse der CBCL.....	108
<b>4</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>110</b>
4.1	Diskussion der Methode.....	110
4.2	Lebensqualität.....	112
4.3	Beurteilung der Behandlung.....	118
4.4	Verhalten und Symptombelastung.....	124
4.5	Lebensumstände und deren Bewertung durch die Eltern.....	130
4.6	Schlussfolgerung aus der Arbeit.....	132
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>138</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>140</b>
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>147</b>
7.1	Der K-FB-Tü.....	147
7.2	Antworten zu Punkt 11.6. des K-FB-Tü.....	159
	<b>Danksagung.....</b>	<b>162</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
CBCL	Child Behavior Checklist
df	Freiheitsgrade (degrees of freedom)
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
K-FB-Tü	Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
K/J	Kinder/Jugendliche
MW	Mittelwert
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
Tab.	Tabelle

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Ziele der Studie

Tageskliniken im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Deutschland eine relativ neue Erweiterung des therapeutischen Spektrums. Nach Gründung der ersten deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in München 1929 brachten erst die letzten drei Jahrzehnte wieder Neugründungen in größerem Umfang, so dass inzwischen über 150 kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken existieren (Huss, Jenetzky, Lehmkuhl 2001: 31-33; Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007: 64-65; Herzka in Thieme 2008: 4). Dieser Trend zeigt die steigende Bedeutung der teilstationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland an. Gleichzeitig wirft er aber auch die Frage nach der Legitimation bzw. therapeutischen Sinnhaftigkeit dieser Entwicklung auf: Stellen Tageskliniken tatsächlich in dieser zunehmenden Häufigkeit ein angemessenes Behandlungssetting in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar? Anders formuliert: Wie erfolgreich und nützlich sind die Tageskliniken für die Patienten<sup>1</sup>?

Bisher gibt es zu dieser Frage nur wenige Studien. Insbesondere an sogenannten Effectiveness-Studien, die Therapien – im Gegensatz zu den hochstandardisierten Efficacy-Studien – unter alltäglichen klinischen Bedingungen mit nicht-selektiertem Patientengut untersuchen, herrscht ein Mangel (Weisz & Jensen 2001: 12; Mattejat et al. 2006: 1; Graf Schimmelmann, Schulte-Markwort & Richter 2001: 186).

Die vorliegende Katamnese-Studie untersucht im Sinne einer solchen Effectiveness-Studie die Frage nach dem Erfolg und Nutzen einer tagesklinischen Therapie anhand einer Patientenstichprobe der im Jahr 2003 eröffneten kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik des

---

<sup>1</sup> Nach Art. 3 Abs. 2 GG sind Frauen und Männer gleichberechtigt. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Dissertation gelten daher für beide Geschlechter in gleicher Weise.

Universitätsklinikums Tübingen. Für die Beantwortung dieser Frage werden folgende Bereiche analysiert:

- die aktuelle Lebensqualität der ehemaligen Patienten,
- das aktuelle Verhalten und die Symptombelastung der ehemaligen Patienten,
- die aktuellen Lebensumstände und deren Verlauf seit Entlassung aus der Tagesklinik,
- die Beurteilung der Behandlung.

Diese Analyse soll eine Verortung der ehemaligen Patienten der Tübinger Tagesklinik in den genannten Bereichen ermöglichen. Soweit entsprechende Daten verfügbar sind, erfolgen hierzu Vergleiche mit der Allgemeinbevölkerung und mit klinischen Referenzstichproben. Ferner soll die aktuelle Symptombelastung mit der Symptombelastung zu Beginn der Tagesklinik-Therapie verglichen werden, um eine mögliche Abnahme der Symptomlast nachweisen und quantifizieren zu können. Die Studie hat also eine qualitätssichernde und evaluative Funktion.

Explizit werden folgende Hypothesen überprüft:

**Hypothese 1:** Die Tagesklinik-Stichprobe erreicht nach der Therapie hinsichtlich Lebensqualität und Symptombelastung ein besseres Niveau als akut klinisch-auffällige Kinder und Jugendliche, nicht jedoch das Niveau der Normalbevölkerung.

**Hypothese 2:** Die Symptombelastung zum Katamnese-Zeitpunkt ist geringer als zu Therapiebeginn.

**Hypothese 3:** Die ehemaligen Patienten und deren Eltern sind mit der Behandlung und mit ihren Lebensumständen zufrieden und erreichen vergleichbare Ergebnisse wie andere klinische Stichproben.

## 1.2 Tageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

### 1.2.1 Die Tagesklinik als Behandlungssetting

Prinzipiell kann die kinder- und jugendpsychiatrische Therapie in vier verschiedenen Behandlungssettings erfolgen. Die klassischen Behandlungsformen sind die *ambulante* Therapie durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und die *(voll-)stationäre* Therapie. Als Alternativen hierzu haben sich vor allem in jüngerer Zeit die *teilstationäre*, also tagesklinische Behandlung und ferner das *Home-Treatment* erwiesen (vgl. Remschmidt 2008: 358; Kähler 2004: 88-89). Unter *Home-Treatment* versteht man eine Behandlung im häuslichen Milieu, die noch stärker als die tagesklinische Behandlung den Schwerpunkt bei der Familie und sozialen Umgebung des Patienten setzt (Schmidt & Remschmidt 1988: 3). Das tagesklinische Behandlungssetting zeichnet sich dadurch aus, dass die Patienten an Werktagen tagsüber in der Klinik sind, abends und am Wochenende aber in ihrer gewohnten familiären Umgebung.

Die Geschichte der kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken in Deutschland ist wie bereits erwähnt noch eher kurz und reicht mit Ausnahme der frühen Gründung der Münchner Tagesklinik 1929 in die 1960er-Jahre zurück. Aber auch in anderen Ländern (USA, Großbritannien, Frankreich und Dänemark), wo es in den 40er-, 50er- und 60er-Jahren erste Neugründungen gab, haben Tageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine lange Tradition. Allerdings wuchs dort die Anzahl der Tageskliniken zum Teil erheblich rascher als in Deutschland: Während in den 60er- und 70er-Jahren hierzulande nur vereinzelte Neugründungen erfolgten, explodierte die Tagesklinik-Anzahl in den USA im gleichen Zeitraum geradezu von 10 auf 353 (Zimet & Farley 1985: 732; Reinhard 1987: 509; Huss, Jenetzky & Lehmkuhl 2001: 32-33; Kähler 2004: 89; Herzka in Thieme 2008: 4).

Mittlerweile sind aber auch in Deutschland über 150 Tageskliniken vorhanden, wovon ein Großteil in den letzten drei Jahrzehnten gegründet wurde. Der immer höher werdende Stellenwert dieser Institution liegt zum einen an steigendem



Kostendruck: Zunehmend wurden kostengünstigere Tagesklinik-Plätze zu Lasten vollstationärer Plätze geschaffen (Graf Schimmelmann, Schulte-Markwort & Richter 2001: 179; Huss, Jenetzky & Lehmkuhl 2001: 32; Kähler 2004: 89).<sup>2</sup> Tageskliniken zeichnen sich aber bei weitem nicht nur durch geringere Kosten, sondern auch durch eine Fülle weiterer Vorteile und Besonderheiten aus, wodurch sie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslandschaft zu längst etablierten Institutionen hoher Akzeptanz geworden sind. Diese Spezifika und Vorteile werden im Folgenden diskutiert.

Zunächst ist festzuhalten, dass prinzipiell alle Krankheitsbilder in kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken behandelt werden können, wobei Verhaltensstörungen und hyperkinetische Störungen insgesamt die häufigsten Diagnosen darzustellen scheinen (Graf Schimmelmann, Schulte-Markwort & Richter 2001: 179; Doan & Petti 1989: 67-68; Block et al. 1991; Kiser et al. 1986: 250). Dennoch gibt es Situationen, in denen eine tagesklinische Behandlung nicht sinnvoll und eine vollstationäre Behandlung vonnöten ist. Dies ist dann der Fall, wenn eine Trennung von Eltern und Kind indiziert ist, wenn Eigen- oder Fremdgefährdung seitens des Patienten besteht, wenn das Wohl des Kindes akut gefährdet ist, wenn Patienten mangelnde Selbstkontrolle zeigen wie beispielsweise bei Drogen- oder Alkoholabhängigkeit oder wenn Familien nicht willens oder in der Lage sind, abends und am Wochenende ihr Kind zu versorgen und bei der Therapie mitzuarbeiten (Schepker 2008: 24; Kiser et al. 1986: 256).

Wie in anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssettings kommen auch in Tageskliniken unterschiedliche therapeutische Konzepte zum Tragen. Bestimmte Grundausrichtungen wie beispielsweise Psychoanalyse, Verhaltenstherapie oder Milieuthérapie kommen allerdings selten in Reinform vor, sondern werden meist miteinander kombiniert und in Gesamtbehandlungskonzepten integriert, so dass das therapeutische Setting insgesamt meist als multimodal bezeichnet werden kann. Häufig findet sich ein

---

<sup>2</sup> In letzter Zeit findet sich jedoch sowohl eine Zunahme der Bettenzahl im stationären Bereich als auch eine – allerdings noch viel deutlichere – Zunahme der tagesklinischen Plätze (Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007: 64).

familientherapeutischer Schwerpunkt (Kähler 2004: 85; Eisert & Eisert 1988: 15; Reinhard 1987: 511).

Die Mitarbeiter in Tageskliniken bilden ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, (Sozial-)Pädagogen, Lehrern, Erziehern, Krankenschwestern und –pflegern, Ergotherapeuten, Logopäden u.a. In einem solchen Team haben alle Mitglieder therapeutische Funktionen, und nicht nur die einzelnen Mitglieder, sondern auch das Team als Ganzes stellen verlässliche Konstanten für die Patienten dar. So wird der gesamte Stationsalltag therapeutischer Raum (Schlüter-Müller & Arbeitlang 1995: 85-87; Kähler 2004: 84; Reinhard 1987: 509-511). Häufig wird die Betreuung der Kinder und Jugendlichen in einem Bezugspersonensystem organisiert, wo ein Betreuer sich in besonderem Maße um „seine“ festen Bezugskinder kümmert. Dies hat sich insofern bewährt als hierdurch verlässliche Bindungen und Ressourcen des Patienten und seiner Familie gefördert werden (Schlüter-Müller & Arbeitlang 1995: 86; Gehrman et al. 2008: 56-58).

Die zahlreichen positiven Auswirkungen und Vorteile einer tagesklinischen Behandlung können folgendermaßen zusammengefasst werden (vgl. Gehrman et al. 2008: 57; Braun-Scharm et al. 2001: 11; Kähler 2004: 90-91; Thieme 2008: 9; Schlüter-Müller 1995: 86; Reinhard 1987: 509):

- Die Kinder und Jugendlichen können das in der Klinik Gelernte in ihrer natürlichen Lebenswelt täglich intensiv erproben (Transfereffekt).
- Die familiären und sozialen Beziehungen der Patienten bleiben bestehen, und es erfolgt keine längere schmerzliche Trennung von den Eltern.
- Die Reintegration in das soziale Umfeld ist erleichtert.
- Die Gefahr einer iatrogenen Dependenz ist geringer als im vollstationären Bereich, da Patienten und Angehörige selbst mehr Verantwortung für den Therapieerfolg tragen.
- Durch gleiche Arbeitszeiten für alle Mitarbeiter kann eine verlässliche Bindung an konstante Bezugspersonen erfolgen.

- Die Familie ist eng in den therapeutischen Prozess einbezogen.
- Die stigmatisierende Wirkung von Tageskliniken ist geringer.
- Die Vernetzung mit externen Institutionen wie Jugendamt, Schule und Beratungsstellen ist stärker.
- Ferner können Tageskliniken vielfältige weitere Funktionen wahrnehmen, so zum Beispiel als Übergangseinrichtungen für den vollstationären Bereich, zur probatorischen Behandlung bei Zweifeln, ob eine stationäre Therapie angezeigt ist, zur medikamentösen Ein- und Umstellung etc.

Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass diese Effekte bisher nur zum Teil evaluiert sind (Gehrmann et al. 2008: 57). Schepker (2008: 23-24) stellt fest, dass sich eine tagesklinische Behandlung nicht in erster Linie durch besondere Charakteristika gegenüber anderen Therapiesettings auszeichnet, sondern vor allem einen Paradigmenwechsel bedeutet. Durch die tagesklinische Behandlung soll demnach vor allem die Teilhabefähigkeit verbessert werden, um das Familiensystem ganzheitlich zu entwickeln.

Dieser Punkt zeigt aber auch die Grenzen der tagesklinischen Behandlung auf: Die enge Einbeziehung der Familie in die Therapie bedeutet eine hohe Anforderung an die Kooperationsfähigkeit der Familie. Eine solche Behandlung ist deshalb nur möglich, wenn ausreichend Ressourcen in der Familie vorhanden sind, wenn sie Funktionalität und Compliance aufweist, Eltern verlässlich abends verfügbar sind und zudem eine gewisse räumliche Nähe der Tagesklinik zum Wohnort besteht (Schepker 2008: 24; Braun-Scharm et al. 2001: 18; Reinhard 1987: 509).

### **1.2.2 Der Stand der Forschung zur Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie mit Schwerpunkt Tagesklinik**

In diesem Kapitel wird ein Überblick über den Stand der Forschung zur Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung gegeben. Dabei liegt der Schwerpunkt auf Evaluations- und Qualitätssicherungsstudien über

kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken. Es werden aber auch für die vorliegende Arbeit relevante Studien aus dem ambulanten und dem stationären Bereich angeführt, die zum Teil mit den gleichen oder ähnlichen Instrumenten die gleichen oder ähnliche Bewertungsdimensionen untersuchen.

### **Der teilstationäre Bereich**

Die recht kurze Geschichte der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken mag zum Teil erklären, dass die Datenlage in diesem Bereich noch vergleichsweise dünn ist. Graf Schimmelmann, Schulte-Markwort und Richter nahmen 2001 die gesamte bis dahin verfügbare englisch- und deutschsprachige Literatur zum Thema tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kritisch unter die Lupe. Sie stellten fest, dass in Deutschland kaum Literatur zum Thema zu finden war und die wenigen Beiträge meist aus den 80er Jahren stammten (so z.B. Remschmidt et al. 1988; Döpfner, Berner, Schmidt 1989), während in den USA und Kanada durchaus mehr entsprechende Literatur, auch etwas neueren Datums, veröffentlicht worden war (so z.B. die Follow-up-Studien von Kiser et al. 1996, Grizenko 1997 und Milin et al. 2000). Die Analyse von Graf Schimmelmann, Schulte-Markwort und Richter ergab, dass die vorhandenen Outcome-Studien (prospektive kontrollierte sowie Follow-up-Studien) zwar häufig positive, aber insgesamt heterogene Ergebnisse bezüglich des Outcomes lieferten und je nach Studienpopulation und Art der Studie unterschiedlichste prognostische Faktoren genannt wurden. Sie kamen zu dem Schluss, dass nicht nur weitere prospektive und kontrollierte Efficacy-Studien nötig seien, sondern auch Effectiveness-Studien. Hierzu soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Follow-up-Studien aus dem nordamerikanischen Raum ergaben zu großen Teilen positive Ergebnisse tagesklinischer Therapie. Kiser et al. (1996) erfassten bei Kindern mit heterogenen Diagnosen Verhalten, familiäre Funktionsfähigkeit, Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen und Therapiezufriedenheit und verglichen dort, wo es sinnvoll war, die entsprechenden Ausprägungen zum Zeitpunkt der Aufnahme mit den

Ausprägungen ein Jahr nach Entlassung. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen im Verhalten, in der familiären Funktionsfähigkeit und eine hohe Therapiezufriedenheit. Auch die Inanspruchnahme von Hilfsmaßnahmen entwickelte sich in die erwartete Richtung, nämlich weg von intensiveren und teureren hin zu weniger intensiven Maßnahmen.

Grizenko (1997) untersuchte in einer Follow-up-Studie das Outcome einer multimodalen tagesklinischen Therapie bei Kindern mit schweren Verhaltensstörungen fünf Jahre nach Entlassung. Sie ermittelte, dass der Therapieerfolg in allen Bereichen (u.a. Verhalten und Schulleistung) auch nach fünf Jahren noch stabil war. Als wichtigsten prädiktiven Faktor ermittelte die Autorin die elterliche Kooperation.

Ähnliche Ergebnisse lieferten auch Milin et al. (2000). Sie untersuchten bei Kindern mit heterogenen Diagnosen, die an einem tagesklinisch orientierten Schulprogramm teilnahmen, Veränderungen in den Bereichen Verhalten, Emotionen, familiäre Funktionsfähigkeit und Schulleistungen. Bei Entlassung zeigten sich signifikante Verbesserungen in den untersuchten Bereichen, die ein Jahr später stabil oder sogar noch weiter verbessert waren.

Welche Ergebnisse lieferten Studien aus dem deutschsprachigen Raum? Döpfner, Berner und Schmidt (1989) untersuchten in einer Verlaufsstudie an 55 vier- bis siebenjährigen Vorschulkindern, die teilstationär behandelt wurden, Veränderungen im Entwicklungsstand und bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Sie fanden in beiden Bereichen bedeutsame Veränderungen zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende. Ferner wurden Veränderungen während der Therapie mit Veränderungen während einer maximal einjährigen Wartezeit derselben Kinder verglichen (Eigenkontrollgruppen-Vergleiche). Hierbei konnten bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten Veränderungen zumindest als Tendenz bestätigt werden, nicht jedoch bezüglich des Entwicklungsstands der Kinder.

Die einzige *randomisierte* kontrollierte prospektive Studie, die sich mit dem Thema Tagesklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auseinandersetzte, wurde in Deutschland durchgeführt und verglich stationäre Behandlung,

tagesklinische Behandlung und Home Treatment miteinander (Remschmidt et al. 1988; Remschmidt & Schmidt 1988). Insgesamt wurden 109 Kinder und Jugendliche aus zehn verschiedenen Diagnosegruppen randomisiert einer der drei Behandlungsmodalitäten zugeteilt. Die Patienten selbst, Eltern, Therapeuten und Lehrer nahmen an der Therapieevaluation teil. Es fanden sich weder im Hinblick auf die Behandlungsdauer noch auf den Therapieerfolg signifikante Unterschiede zwischen den drei verglichenen Behandlungsmodalitäten.

Die Autoren kamen also zum Ergebnis, dass tagesklinische Behandlung und Home Treatment Alternativen zur stationären Behandlung seien. Dies gelte allerdings nur für sorgfältig ausgewählte Patienten, denn durch die strengen Einschlusskriterien wurden nur 10 bis 15% der gesamten Inanspruchnahmepopulation der teilnehmenden Kliniken in die Studie aufgenommen. Dies zeigt das Dilemma bei der Auswahl des Studiendesigns. Bei Efficacy-Studien ist die Übertragung der Erkenntnisse auf den therapeutischen Alltag meist nicht eins zu eins möglich.

Eine tagesklinische Studie jüngeren Datums legte Pollitt (2007) vor. Mit dem Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS) wurde die Tagesklinik Neuwied evaluiert. Das Instrumentenset MARSYS ist ein modulares System, das ein Set von Instrumenten für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereit stellt (Mattejat & Remschmidt 2006 a). Es erfasst die Hauptbereiche Psychopathologie, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit. Hierfür verwendet es eine Reihe unterschiedlicher Instrumente, die zum großen Teil von den Autoren in diversen Vorläuferstudien (mit-)entwickelt wurden: MSS (Marburger Symptom Skalen), LISTE (Liste individueller Symptomfragen zur Therapie-Evaluation), ILK (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) und FBB (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung), ferner ein standardisiertes Telefoninterview und die Basisdokumentation (BADO). Ergänzt wird das MARSYS durch standardisierte Instrumente anderer Autoren: CBCL (Child Behavior Checklist), YSR (Youth Self Report) und SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Insgesamt hat sich das MARSYS nach Aussage der

Autoren als sehr gut für die Ermittlung der Ergebnisqualität von Therapien geeignetes System erwiesen, das in der alltäglichen Routineversorgung eingesetzt werden kann und auch in einigen nachfolgend zitierten Studien eingesetzt wurde.

Bei Pollitt (2007) wurden die MARSYS-Instrumente also eingesetzt, um unter anderem die Lebensqualität, die Beurteilung der Behandlung und die Symptomausprägung zu ermitteln. Zu drei verschiedenen Messzeitpunkten wurde die Sicht der Patienten, der Eltern und der Therapeuten erfragt. Insgesamt zeigten sich neben einer hohen Therapiezufriedenheit in allen Bereichen deutlich positive Veränderungen im Verlauf der Therapie.

Bormann-Kischkel et al. (2008) evaluierten die Behandlung in der kinderpsychiatrischen Tagesklinik Regensburg anhand des Vergleichs der Symptomausprägung zu Beginn und zum Ende der Therapie und anhand der Behandlungszufriedenheit. Die Symptomausprägung wurde von den Eltern mit dem SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) beurteilt, während die Behandlungszufriedenheit von den Kindern, Eltern und Therapeuten mit dem FBB eingeschätzt wurde. In allen Bereichen zeigte sich eine Symptomreduktion im Sinne einer Verhaltensnormalisierung. Die Behandlungszufriedenheit lag aus Eltern- und Patientensicht insgesamt in einem guten Bereich; aus Therapeutensicht war sie zwar ebenfalls gerade noch als gut zu bezeichnen, lag aber deutlich schlechter – eine häufig beobachtete Konstellation.

Bormann-Kischkel et al. (2009) untersuchten mit ähnlichen Fragestellungen und Methoden neben der Tagesklinik Regensburg auch mehrere andere bayerische Tageskliniken in einer Multi-Center-Studie. Auch hier ergab sich eine gute bis hohe Zufriedenheit bei Eltern und Patienten, während die Therapeuten zwar auch positiv, aber etwas kritischer urteilten. Bei der Beurteilung der Effektivität der Behandlung durch den SDQ zeigte sich eine signifikante Abnahme der pathologischen Symptome bei Patienten und Eltern.

Hoffmann (2006) evaluierte die Behandlungszufriedenheit an der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, wofür sie ebenfalls den FBB einsetzte. Hier wurden sowohl stationär als auch

teilstationär behandelte Kinder und Jugendliche erfasst. Hoffmann ermittelte in der klinisch-naturalistischen Studie mit 254 Fällen eine aus Sicht von Patienten, Therapeuten und Bezugspersonen der Patienten teilweise positive, aus Sicht der Eltern eine überwiegend positive Gesamtbewertung der Behandlung.

### **Der ambulante Bereich**

Die im ambulanten Bereich betriebene Forschung zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung ist insofern für die vorliegende Arbeit interessant als hier häufig dieselben Ergebnisdimensionen analysiert und Erhebungsinstrumente eingesetzt werden.

Mattejat et al. (2006) untersuchten ausführlich die Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen und legten das Augenmerk ähnlich wie in der vorliegenden Arbeit unter anderem auf Lebensqualität, psychopathologische Symptomatik und Beurteilung der Behandlung. Ferner wurde beispielsweise die Lebenszufriedenheit der Eltern ermittelt, und neben den Patienten und Eltern selbst wurden auch ärztliche Angaben erhoben und ausgewertet. Dabei wurden Daten an drei Messzeitpunkten erhoben: zu Beginn der Behandlung, drei Monate nach Erstvorstellung und ein Jahr nach Erstvorstellung. Bei dieser groß angelegten Studie zeigten sich insgesamt im Verlauf eines Jahres eine Symptomverbesserung, die aber eher gering war, eine bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität und ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Betreuung in der Praxis (75-85% der Eltern waren sehr zufrieden oder eher zufrieden). Ferner hatte sich nach Meinung der Autoren das verwendete „kjp-Qualitätssystem“ als zuverlässige Methode zur Erfassung der Ergebnisqualität bewährt.

Anhand derselben Stichprobe untersuchten Bachmann et al. (2010) die Wirksamkeit ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie mithilfe eines Vergleichs zwischen Patienten, die regelmäßig behandelt wurden und Patienten, die nur an diagnostischen Maßnahmen und kurzen Interventionen teilnahmen. In der Stichprobe mit 306 Patienten ließ sich in diesem naturalistischen Design kein signifikanter Effekt der intensiveren Therapie



nachweisen. In den Subgruppenanalysen zeigten sich allerdings bei den Diagnosegruppen hyperkinetische Störung und Angststörung leichte bis moderate Effekte der Therapie, während bei Verhaltensstörungen und depressiven Störungen keine Therapieeffekte nachgewiesen werden konnten.

Auch Pollitt (2009) untersuchte die Wirksamkeit eines ambulanten Behandlungssettings in einem naturalistischen Design; es handelt sich hier um eine kontrollierte Therapiestudie mit Eigenkontrollgruppe. Untersucht wurden der Verlauf der Symptombelastung (ermittelt durch das Marburger Symptomrating [MSR] und die CBCL) und der Lebensqualität aus Patienten- und aus Elternsicht (ermittelt durch das ILK) bei 46 Patienten zu vier Zeitpunkten, wobei der letzte Messzeitpunkt ein Jahr nach Behandlungsbeginn war. Bei der Symptombelastung und der Lebensqualität aus Elternsicht zeigten sich hier bedeutsame Verbesserungen im Beobachtungszeitraum. Die Wirksamkeit der Therapie konnte nur partiell bestätigt werden: Was das Kriterium der Lebensqualität betraf, konnte die Behandlung im Vergleich zur Kontrollgruppe als wirksam angesehen werden; dies galt jedoch nicht für die psychopathologische Symptomatik. Die Zufriedenheit mit der Behandlung lag aus Sicht der Patienten, deren Eltern und der Therapeuten überwiegend im guten bis sehr guten Bereich.

Schließlich legten Finsterer et al. (2009) eine Evaluation der Behandlungszufriedenheit im ambulanten Bereich vor. An der Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums München wurde die Zufriedenheit von Jugendlichen, Eltern und erstmals auch von Kooperationspartnern, nämlich externen Ärzten und Jugendhilfe-Mitarbeitern, evaluiert und verglichen. Hierzu wurde drei Jahre nach Therapieende der FBB eingesetzt. Insgesamt ergab sich für alle Beurteilergruppen eine gute Gesamtzufriedenheit, die bei den Eltern am höchsten und bei den Jugendlichen am geringsten ausgeprägt war. Die Beziehung Patient-Therapeut als Unterskala der Gesamtzufriedenheit wurde von allen Beurteilern am besten beurteilt.

## **Der stationäre Bereich**

Auch über den Nutzen einer stationären Therapie existieren mehrere Studien, deren Fragestellungen und Methoden denen der vorliegenden Arbeit ähneln und deshalb hier kurz skizziert werden.

Green et al. (2001) legten eine Studie zur Verbesserung der Gesundheit und zu Prädiktoren des Behandlungserfolgs einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung in England vor. Die Therapie erfolgte vorwiegend in einem stationären Setting, es wurden jedoch auch tagesklinische Patienten einbezogen. Erhoben wurden die Urteile von den Patienten selbst, Eltern, Lehrern, Mitarbeitern der Klinik und unabhängiger Experten zu vier Messzeitpunkten: Überweisung, Beginn und Ende der Therapie und ein halbes Jahr nach Therapieende. Dabei wurden eine Reihe standardisierter Instrumente eingesetzt, darunter die CBCL und die TRF (Teacher's Report Form). Als Ergebnis zeigte sich eine signifikante Verbesserung der meisten erhobenen Bereiche, die auch zum Follow-up-Zeitpunkt noch vorhanden war. Die wichtigsten Prädiktoren für den Behandlungserfolg stellten die therapeutische Beziehung und das familiäre Funktionsniveau dar.

Bredel et al. (2004) untersuchten – ebenfalls im stationären Setting – den Behandlungserfolg, das Behandlungserleben und die Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten. Mithilfe von eigens konstruierten Instrumenten wurde bei allen Beurteilergruppen eine übereinstimmend positive Einschätzung der Behandlung ermittelt. Auch das therapeutische Klima und die therapeutische Beziehung wurden von Patienten und Eltern positiv beurteilt, und insgesamt fand sich eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung in allen Gruppen. Als Prädiktoren für die Behandlungszufriedenheit ergaben sich bei den Patienten eher Erlebensaspekte, bei den Eltern eher Erfolgsaspekte.

Van Bokhoven et al. (2006) analysierten das Outcome von Kindern, die teilweise stationär, teilweise auch tagesklinisch behandelt wurden. Der Fokus dieser Studie lag auf Störungen des Sozialverhaltens und deren Outcome im Jugendlichenalter. Befragt wurden die Jugendlichen selbst und deren Eltern

nach einem durchschnittlichen Follow-up-Zeitraum von fünf Jahren. Eine Reihe standardisierter Instrumente wurde eingesetzt, um die Beurteilungsdimensionen Delinquenz, Lebensstatus, Schulbesuch, Rauchen und das Vorliegen der Diagnose Störung des Sozialverhaltens zu messen. Die Ergebnisse waren sehr heterogen und zeigten große individuelle Unterschiede: 38% zeigten ein gutes, 34% ein schlechtes Outcome.

Auch Remschmidt und Mattejat (2006) lieferten einen wertvollen und umfänglichen Beitrag zur Evaluation stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Untersucht wurden im „Marburger Evaluationsprojekt“ vor allem der Therapieerfolg und die Behandlungszufriedenheit von 1321 Patienten. Es handelte sich um ein Einstichprobendesign mit den drei Messzeitpunkten Beginn und Ende der Therapie und Follow-up nach eineinhalb Jahren. Aus standardisierten Telefoninterviews mit den Eltern ergaben sich statistisch hochsignifikante Ergebnisse, die mehrheitlich durchgreifende Verbesserungen der psychopathologischen Symptomatik zeigten, die auch zum Katamnese-Zeitpunkt nach eineinhalb Jahren noch weitgehend stabil waren. Zum Katamnese-Zeitpunkt unterschieden sich die verschiedenen Diagnosegruppen bezüglich des Outcomes; beispielsweise wiesen Schizophrenien und emotionales Störungen eher günstige, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen eher ungünstige Erfolgswerte auf.

In einer katamnestischen Studie von 2008 führten Fleischhaker et al. eine Nachbefragung nach 20 Jahren durch. Beim Vergleich ehemaliger stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten mit der Allgemeinbevölkerung fanden die Autoren bei den befragten ehemaligen Patienten sowohl eine signifikant schlechtere Lebenszufriedenheit als auch eine schlechtere psychische Gesundheit. Auch die Behandlungszufriedenheit lag in der sehr langen Rückschau signifikant schlechter als bei einer Referenzpopulation der KJP Marburg.

Abschließend soll eine von Winkler (2009) durchgeführte Literaturübersicht zum Thema Evaluierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt werden.

Winkler analysierte in einer Auswertung von 14 Studien Bewertungsdimensionen, Indikatoren und Instrumente, anhand derer stationäre, teilstationäre und ambulante Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie evaluiert wurden. Als wesentliche Dimensionen ermittelte er den Behandlungserfolg, die Behandlungszufriedenheit und die Lebensqualität der Patienten und deren Bezugspersonen. Ferner identifizierte er als wichtigsten Indikator für den Behandlungserfolg die klinische Symptomatik. Tatsächlich gemessen wurden die Indikatoren hauptsächlich mit standardisierten, zum Teil auch mit selbst entworfenen Instrumenten, wobei Winkler als besonders umfangreiches Instrumentenset das MARSYS (Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation) identifizierte.

Die von Winkler identifizierten und auch im MARSYS verwendeten Bewertungsdimensionen Behandlungserfolg, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität werden auch in der vorliegenden Katamnese-Studie mithilfe von standardisierten Instrumenten untersucht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass vor allem in den letzten Jahren wieder etwas mehr Wirksamkeits- und Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wurden, auch speziell in Tageskliniken, wenn auch nach wie vor in begrenzter Zahl. Mehrheitlich förderten diese Studien positive Ergebnisse der Therapie zu Tage. Insgesamt ist ein Trend zu den angemahnten „Effectiveness-Studien“ festzustellen, die im therapeutischen Alltag ansetzen. Da die Ergebnisse der Studien aufgrund regionaler Gegebenheiten, unterschiedlicher therapeutischer und personeller Ausrichtung und verschiedener Patientenkollektive aber nicht beliebig auf andere (Tages-) Kliniken übertragbar sind, erscheint eine Katamnese-Studie zum Outcome der ehemaligen Patienten der Tübinger Tagesklinik angezeigt.

### **1.2.3 Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik in Tübingen**

Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik des Universitätsklinikums Tübingen wurde im September 2003 eröffnet. Sie ist Teil der Abteilung

Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums, die auch eine vollstationäre und ambulante Therapie anbietet. Räumlich ist die Tagesklinik aus baulichen Gründen ausgelagert, wenn auch in unmittelbarer Nähe des Hauptgebäudes der Abteilung (vgl. im Folgenden Homepage der Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen 2011).

In der Tagesklinik werden zehn bis zwölf Kinder behandelt, die sich morgens um 8 Uhr dort einfinden und nachmittags um 16 Uhr die Klinik verlassen, freitags bereits um 15 Uhr. Auch am Wochenende und an Feiertagen sind die Patienten zu Hause. In den Schulferien ist die Tagesklinik geöffnet, es findet aber kein Schulunterricht statt.

Die behandelten Kinder und Jugendlichen der Tübinger Tagesklinik sind schwerpunktmäßig zwischen 7 und 12 Jahre alt, es werden aber in begründeten Fällen auch ältere und jüngere Kinder aufgenommen. Bisher war das jüngste Kind bei Aufnahme 6 Jahre alt, das älteste 15. Prinzipiell können die meisten Krankheitsbilder in der Tagesklinik behandelt werden, der Schwerpunkt liegt jedoch bei Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetischen Störungen (s. Kap. 2.1.2).

Auch in der Tübinger Tagesklinik arbeitet ein multiprofessionelles Team. Dazu gehören im einzelnen Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Kinderkrankenpflegekräfte, Erzieher, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Lehrer und Praktikanten.

Das therapeutische Konzept der Tagesklinik umfasst verschiedene Therapierichtungen, hat aber einen verhaltens- und systemisch-familientherapeutischen Schwerpunkt. Zu den Therapieangeboten gehören Einzeltherapie, Gruppentherapie, Gestaltungstherapie, Körper- und Bewegungstherapie sowie Elterngespräche und Elterntraining. Ferner kann bei entsprechender Indikation eine medikamentöse Therapie erfolgen. In der Klinikschule, die eng mit dem Behandlungsteam vernetzt arbeitet, wird in Kleingruppenunterricht, zeitweise auch in Einzelförderung unterrichtet.

### **1.3 Gliederung der Arbeit**

Die Beantwortung der Frage, wo die ehemaligen Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Tübingen heute stehen, ist folgendermaßen strukturiert. Nachdem bereits ein Überblick über die Tagesklinik als Behandlungssetting und den Stand der Forschung zur Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer und speziell tagesklinischer Behandlungen gegeben wurde, werden in Kapitel 2 die verwendete Methode und die Patientengruppe ausführlich vorgestellt. Hierzu gehören eine genaue Beschreibung der Studienpopulation (2.1), die Erläuterung des Studiendesigns und –ablaufs (2.2), die Vorstellung der Erhebungsinstrumente (2.3) und Ausführungen zur Auswertung der erhobenen Daten (2.4).

Die Ergebnispräsentation erfolgt in Kapitel 3. Zunächst werden die Lebensumstände der ehemaligen Patienten und deren Bewertung durch die Eltern dargestellt (3.1), anschließend die Lebensqualität (3.2), die Beurteilung der Behandlung (3.3) und schließlich das Verhalten und die Symptombelastung (3.4).

Kapitel 4 beinhaltet die Diskussion der Methode (4.1) und der Ergebnisse bezüglich der Lebensqualität (4.2), der Beurteilung der Behandlung (4.3), des Verhaltens und der Symptombelastung (4.4) und der Lebensumstände (4.5). Am Ende des vierten Kapitels findet sich die Schlussfolgerung aus der Arbeit (4.6). Abschließend bildet die Zusammenfassung der Arbeit das fünfte und letzte Kapitel.

## 2 Methodik und Patientengruppe

### 2.1 Studienpopulation

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Tübingen wurden seit deren Eröffnung im September 2003 bis zum Ende des Jahres 2008 99 Kinder und Jugendliche als Patienten aufgenommen, behandelt und entlassen, davon 98 über die für die Studie geforderte Behandlungsdauer von 4 Wochen. Von diesen 98 ehemaligen Patienten waren im Erhebungszeitraum vier bereits 19 Jahre oder älter und erfüllten damit nicht die Einschlusskriterien der Studie (s. Kapitel 2.1.3). Im Rahmen der Katamnese-Studie wurde im Sinne einer Vollerhebung versucht, alle verbleibenden 94 Kinder und Jugendlichen und deren Eltern bzw. Elternteile zu erreichen, um an der Studie teilzunehmen. Letztlich nahmen 35 Patienten mit ihren Eltern oder Elternteilen an der Studie teil, was einer Teilnehmerquote von 37,2% entspricht.

Zur Studienpopulation zählten also nicht nur die ehemaligen Patienten selbst, sondern auch deren Eltern. Es wurde angestrebt, zumindest einen Elternteil in die Studie einzubeziehen, im Idealfall beide. In 21 Fällen nahm nur die leibliche Mutter an der Studie teil, in fünf Fällen nur der Vater (drei Mal der leibliche, einmal der Stiefvater, einmal der Pflegevater), neun Mal beide leiblichen Elternteile. In einem Fall nahm zusätzlich die Tante als eine der Hauptbezugspersonen des ehemaligen Patienten teil, bei der dieser unter der Woche lebt.

#### 2.1.1 Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer

Bei den 35 befragten ehemaligen Patienten handelte es sich um Kinder und Jugendliche, die zum Zeitpunkt der Befragung im Alter von 10 bis 17 Jahren waren, im Mittel 13,5 Jahre (SD = 1,9 Jahre). Die genaue Altersverteilung zeigt **Abb. 1**.

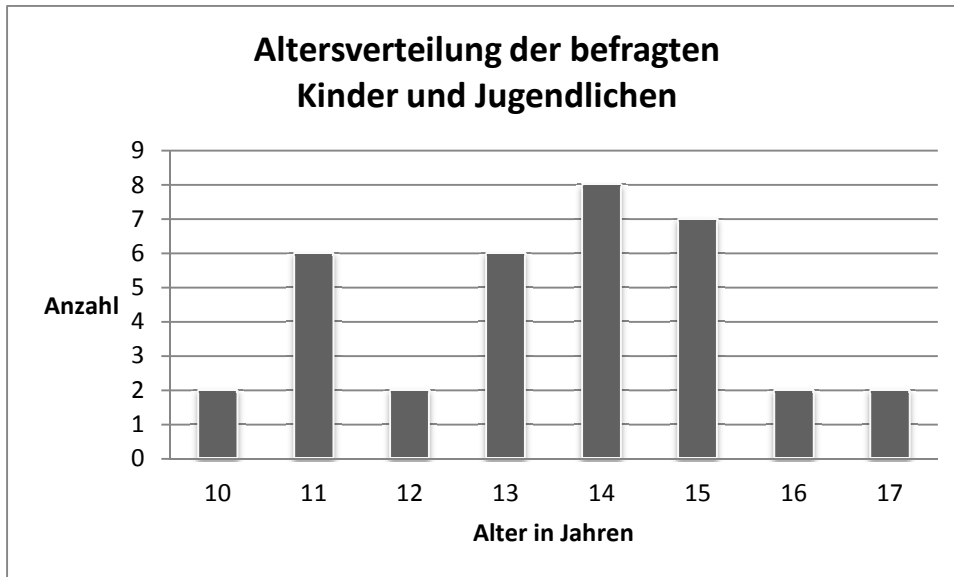


Abb. 1: Altersverteilung der befragten Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung

Zu Beginn der Tagesklinik-Behandlung waren die Befragten zwischen 7 und 12, im Mittel 9,7 Jahre alt gewesen, so dass durchschnittlich 3,8 Jahre zwischen Behandlungsbeginn und Befragung lagen. Zwischen Behandlungsende und Befragung lagen im Mittel 3,3 Jahre (SD = 1,6 Jahre; Minimum: 1,1 Jahre; Maximum: 6,0 Jahre).

Das mittlere Alter zu Behandlungsbeginn *aller* Patienten der Tagesklinik im Untersuchungszeitraum betrug 9,9 Jahre (Minimum: 6 Jahre; Maximum: 15 Jahre) und liegt damit sehr nahe am mittleren Alter bei Behandlungsbeginn der Patienten, die dann an der Studie teilnahmen.

Unter den 35 befragten ehemaligen Patienten waren 30 Jungen (85,7%) und 5 Mädchen (14,3%). In der Gesamtpopulation aller Tagesklinik-Patienten der Jahre 2003 bis 2008 war die Geschlechtsverteilung mit 83 Jungen (83,8%) und 16 Mädchen (16,2%) sehr ähnlich.

Bei den Befragten betrug die Dauer zwischen Aufnahme und Entlassung im Mittel 199,6 Kalendertage (SD = 82,2 Tage), also etwa sechseinhalb Monate. Der niedrigste Wert lag bei 49 Tagen (danach wurde die Behandlung von Elternseite aus abgebrochen), der höchste bei 415 Tagen.



### 2.1.2 Diagnosen

Die Diagnosen der 35 befragten Patienten zur Zeit der Behandlung sind in **Tab. 1** aufgeführt. Es handelt sich um Achse-I-Diagnosen nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (vgl. Remschmidt, Schmidt, Poustka (Hrsg.) 2008). Da viele der 35 Patienten mehr als eine Achse-I-Diagnose aufwiesen, ergibt die Summe der Diagnosen 65. Es wird deutlich, dass hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens einen großen Teil der Diagnosen ausmachen. Hyperkinetische Störungen (F90.x) kamen in 16 Fällen vor, Störungen des Sozialverhaltens traten sogar 25 Mal als Diagnose auf – sieben Mal isoliert (F91.x), zehn Mal gemeinsam mit einer hyperkinetischen Störung (F90.1) und acht Mal gemeinsam mit einer emotionalen Störung (F92.x). Weiterhin häufig waren emotionale Störungen des Kindesalters (F93.x; elf Mal) sowie nichtorganische Enuresis (F98.0) und Enkopresis (F98.1) (zusammen sieben Mal).

*Tab. 1: Diagnosen der 35 befragten ehemaligen Patienten, nach Häufigkeit sortiert*

<b>F90.x</b>	<b>Hyperkinetische Störungen</b> (davon 10 Mal hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens [F90.1])	<b>16</b>
<b>F93.x</b>	<b>Emotionale Störungen des Kindesalters</b>	<b>11</b>
<b>F92.x</b>	<b>Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen</b>	<b>8</b>
<b>F91.x</b>	<b>Störungen des Sozialverhaltens</b>	<b>7</b>
<b>F98.x</b>	<b>andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b> (davon 5 Mal nichtorganische Enuresis [F98.0], 2 Mal nichtorganische Enkopresis [F98.1])	<b>7</b>
<b>F95.x</b>	<b>Ticstörungen</b>	<b>3</b>
<b>F43.x</b>	<b>Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>	<b>3</b>
<b>F94.x</b>	<b>Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit</b>	<b>2</b>
<b>F41.x</b>	<b>Andere Angststörungen</b>	<b>2</b>
<b>F42.x</b>	<b>Zwangsstörungen</b>	<b>2</b>
<b>F32.x</b>	<b>Depressive Episode</b>	<b>1</b>
<b>F40.x</b>	<b>Phobische Störungen</b>	<b>1</b>
<b>F50.x</b>	<b>Essstörungen</b>	<b>1</b>
<b>F84.x</b>	<b>Tiefgreifende Entwicklungsstörungen</b>	<b>1</b>

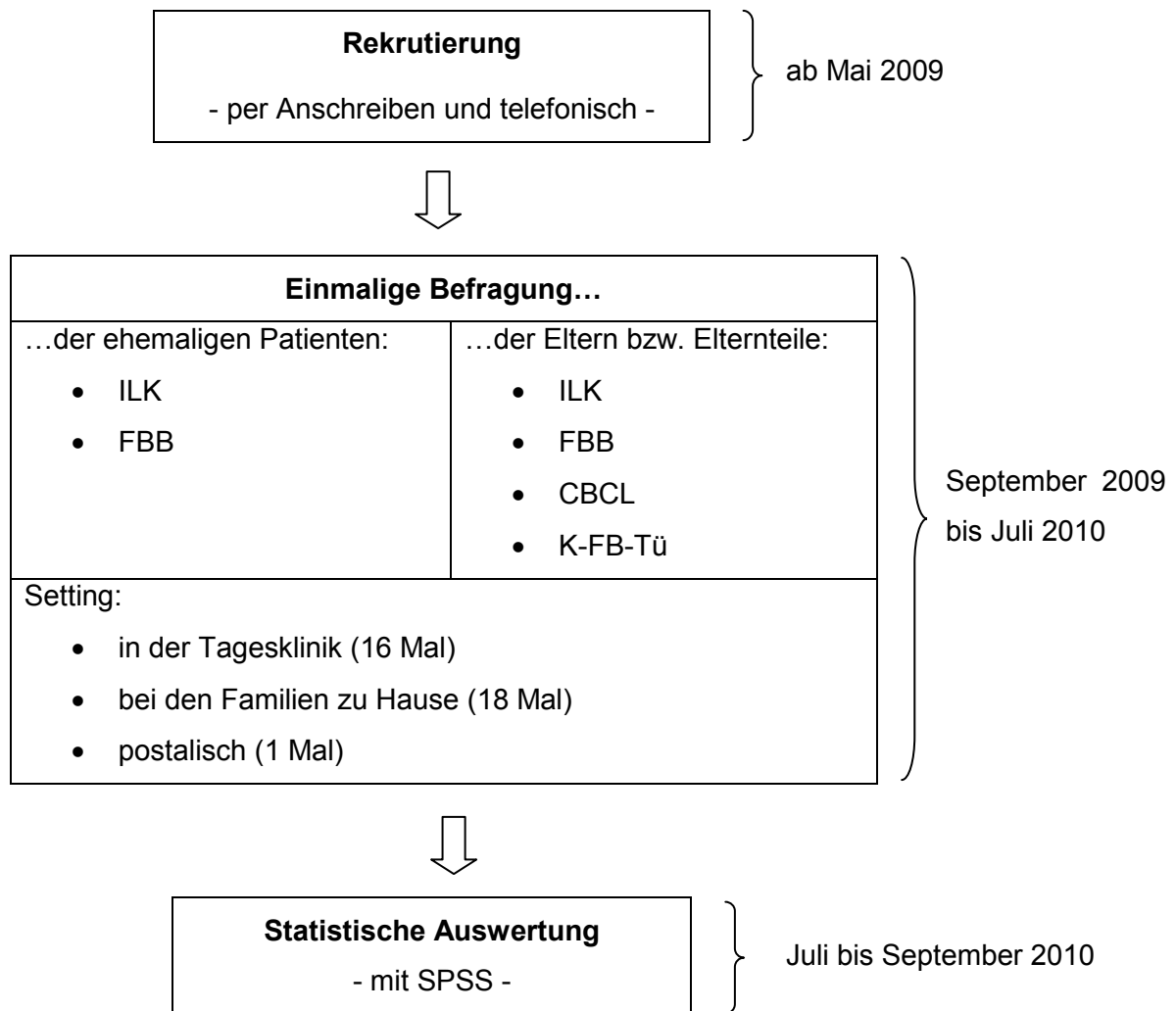
### **2.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

An der Katamnese-Studie sollten alle ehemaligen Patienten und deren Eltern teilnehmen, die seit der Tagesklinik-Eröffnung im September 2003 bis zum 31.12.2008 (letzter Entlasstermin) in der Tagesklinik behandelt wurden. Die Mindestbehandlungsdauer sollte vier Wochen betragen, damit die Befragten überhaupt in der Lage waren, fundierte Aussagen über die Zeit in der Tagesklinik zu tätigen. Von den 99 Patienten in diesem Zeitraum unterschritt nur ein einziger diese Behandlungsdauer von vier Wochen. Ferner sollten die Befragten zum Befragungszeitpunkt nicht älter als 18 Jahre alt sein, da beispielsweise die CBCL nur bis 18 Jahre anwendbar ist. Da vier Patienten bereits 19 Jahre oder älter waren, kamen insgesamt 94 ehemalige Patienten als Studienteilnehmer in Frage. Schließlich sollte bei den Befragten keine schwerwiegende aktuelle medizinische, neurologische oder psychiatrische Erkrankung vorliegen, die gegen eine Befragung spräche. Ausdrücklich in die Studie einbezogen werden sollten auch Behandlungsabbrecher, um nicht von vornherein einen Bias in Richtung der mit der Behandlung Zufriedenen zu erzeugen.

## **2.2 Studiendesign und -ablauf**

### **2.2.1 Studiendesign**

Die Katamnese-Studie war so angelegt, dass im Erhebungszeitraum September 2009 bis Juli 2010 versucht wurde, alle ehemaligen Patienten der Tagesklinik zu befragen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Insofern handelte es sich um ein querschnittliches Design, in dem die Patienten und deren Eltern bzw. Elternteile einmalig zum Zeitpunkt T1 befragt wurden. Einen Überblick über das Studiendesign, das in den folgenden Abschnitten näher erläutert wird, gibt das folgende Schema:



Es sollten durch die Studie folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

- Wie schätzen die ehemaligen Patienten ihre *aktuelle* Lebensqualität ein und wie beurteilen sie die Behandlung in der Tagesklinik *aus heutiger Sicht*?
- Wie schätzen die Eltern bzw. Elternteile der ehemaligen Patienten *aktuell* die Lebensqualität ihrer Kinder ein, wie beurteilen sie die Behandlung in der Tagesklinik *aus heutiger Sicht* und wie beurteilen sie *aktuell* das Verhalten und die emotionale Befindlichkeit ihrer Kinder?
- Wie entwickelten sich die Lebensumstände der Familie *seit Entlassung aus der Tagesklinik* und wie werden diese Lebensumstände von den Eltern bewertet?

- Wie stellt sich bei den ehemaligen Patienten, bei denen entsprechende Daten vorliegen, die Symptombelastung aus Elternsicht zum Befragungszeitpunkt im Vergleich zur Symptombelastung zu Beginn der Tagesklinik-Behandlung dar?
- Wie sind die Einschätzungen der Lebensqualität, der Behandlungszufriedenheit und der aktuellen Symptombelastung im Vergleich mit Referenzpopulationen zu bewerten?

Das querschnittliche Design erhält also durch die rückschauende Beurteilung der Behandlung in der Tagesklinik und die Schilderung der Lebensumstände seit Entlassung aus der Tagesklinik eine retrospektive Komponente.

Die **ehemaligen Patienten** füllten im Rahmen dieser Untersuchung einmalig zwei Fragebögen aus:

- das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) in der Kinder- oder Jugendlichenversion;
- den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) in der Patientenversion.

Die teilnehmenden **Elternteile** füllten einmalig drei Fragebögen aus:

- das ILK in der Elternversion;
- den FBB in der Elternversion;
- die Child Behavior Checklist (CBCL / 4-18).

Zusätzlich beantworteten die Elternteile im strukturierten Interview bzw. in einer Ausnahme postalisch die Fragen des K-FB-Tü (Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen), der unter anderem die Lebensumstände seit Entlassung aus der Tagesklinik erfragt. Die genauen Inhalte des K-FB-Tü werden in Kapitel 2.3.4 dargestellt.

## 2.2.2 Studienablauf: Rekrutierung, Setting und Durchführung

### Rekrutierung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte in mehreren Schritten. Zunächst wurden alle 94 in Frage kommenden Patienten bzw. deren Eltern angeschrieben, über den Sinn und Zweck der Studie informiert und zu einem Nachtreffen eingeladen, bei dem die Eltern und ihre Kinder die Tagesklinik wieder einmal besuchen und sich auch gegenseitig austauschen konnten. Bei diesem Nachtreffen im Mai 2009, zu dem 19 Familien erschienen, wurden die Eltern und ehemaligen Patienten gezielt für die Studie rekrutiert, worüber sie durch das Anschreiben bereits informiert worden waren. Letztlich konnten bei 17 dieser 19 Familien Befragungen durchgeführt werden.

Im zweiten Schritt der Rekrutierungsphase wurde versucht, die verbleibenden Familien, die ja – sofern die Adresse noch gültig war – bereits das Informationsschreiben erhalten hatten, telefonisch zu erreichen. Jede Familie wurde zu verschiedenen Zeitpunkten an verschiedenen Tageszeiten angerufen. Insgesamt konnten auf diese Weise nochmals 18 Familien für die Teilnahme an der Katamnese-Studie gewonnen werden.

Die Gründe für die Nicht-Teilnahme von 59 Familien an der Studie verteilten sich wie folgt: In 16 Fällen war die Familie aufgrund mittlerweile geänderter Telefonnummern trotz Recherche nicht erreichbar (27,1%), in weiteren 15 Fällen wollten die Eltern oder ehemaligen Patienten ausdrücklich nicht an der Befragung teilnehmen (25,4%). Sechs Mal kam es vor, dass die Eltern sich zwar zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten, dann jedoch ihre Unterlagen nicht zurück sendeten bzw. mehrfach nicht zu den vereinbarten Terminen erschienen (10,2%). In den verbliebenen 22 Fällen konnten die Familien nach mehrmaligen Anrufversuchen nicht erreicht werden (37,3%).

## Setting und Durchführung

Die mündliche Befragung fand von September 2009 bis April 2010 statt. Im Juli 2010 wurde noch ein Fragebogenset postalisch zurückgesandt, das ebenfalls in die Auswertung einfluss. Die mündliche Befragung fand entweder in der Tagesklinik oder bei den ehemaligen Patienten zu Hause statt.

Grundsätzlich wären eine mündliche, eine schriftliche oder eine telefonische Befragung in Betracht gekommen. Um die Interviewbedingungen zu vereinheitlichen und damit die Umgebungsfaktoren der Befragung so weit wie möglich zu kontrollieren, wurde in jedem Fall zunächst eine mündliche Befragung in der Tagesklinik angestrebt. War dies nicht möglich, wurden den Befragten Alternativen angeboten, um eine möglichst hohe Teilnehmerquote zu erreichen, die der Repräsentativität wegen als wichtiger erachtet wurde als streng konstante Umgebungsbedingungen. Als erste Alternative kam eine mündliche Befragung bei den Interviewpartnern zu Hause in Betracht, als zweite Alternative eine postalische Befragung. Im Ergebnis fanden 16 Befragungen in der Tagesklinik statt, 18 bei den Befragten zu Hause, und in einem Fall erfolgte die Befragung postalisch.

Auch wenn der Ort der Befragung sich also zum Teil unterschied, sollten die Befragungsbedingungen dennoch möglichst konstant gehalten werden. Dies wurde insofern gewährleistet, als die Befragungssituation immer nach einem vorher festgelegten Schema ablief: Begrüßung, nochmalige Erklärung des Sinn und Zwecks der Studie, des Ablaufs und der Dauer der Befragung und schließlich Beantwortung der Fragebögen in der Reihenfolge K-FB-Tü, ILK, FBB und schließlich CBCL. Der Interviewer war in allen Gesprächen der Autor dieser Arbeit.

Dass die Befragung mündlich sein sollte, lag unter anderem darin begründet, dass so am ehesten eine ausreichend hohe Rücklaufquote würde erreicht werden können. Diese wäre bei einer rein postalischen Befragung vermutlich eher gering gewesen, da die Bearbeitung aller Instrumente etwa eineinhalb bis zwei Stunden in Anspruch nahm – bei dieser hohen Bearbeitungszeit erschien

die physische Anwesenheit der Befragten entscheidend, um alle Bögen bearbeitet zurück zu erhalten (vgl. Atteslander 2008: 147). Dies erwies sich im Nachhinein als vermutlich richtige Einschätzung: Insgesamt stimmten die Eltern bzw. Elternteile von sechs ehemaligen Patienten der postalischen Befragung zu und erhielten entsprechend die Fragebögen, zurückgesandt wurden die Bögen jedoch in lediglich einem Fall, und dies erst nach Monaten. Bei den mündlichen Befragungen hingegen fanden 34 von 35 vereinbarten Terminen auch tatsächlich statt, wenn auch zum Teil nach Terminverschiebungen.

Die Entscheidung für eine mündliche Durchführung der Befragung birgt zwar einerseits das Problem, dass der Interviewer einen Verzerrungsfaktor darstellt; andererseits kann der Interviewer jedoch auch Regel- und Kontrollfunktionen übernehmen, also beispielsweise feststellen, wer die Fragen beantwortet, oder auch das richtige Verständnis komplizierterer Fragen sicherstellen (Atteslander 2008: 125-126). Zusätzlich besteht bei einer rein schriftlichen Befragung ein höheres Risiko, dass „einzelne Fragen unsorgfältig und unvollständig, ja überhaupt nicht ausgefüllt werden“ (Atteslander 2008: 147).

Eine telefonische Befragung erschien bei der angegebenen Bearbeitungszeit von bis zu zwei Stunden ebenfalls nicht sinnvoll. Von der Methodenforschung wird eine Dauer telefonischer Interviews von einer oder sogar bis zu eineinhalb Stunden gerade noch als „im Bereich des Möglichen“ liegend betrachtet (Diekmann 2007: 503-504); eine *durchschnittliche* Bearbeitungsdauer von eineinhalb bis zwei Stunden kann also nicht mehr als für ein Telefoninterview geeignet erscheinen.

### **2.3 Erhebungsinstrumente**

Die Erhebungsinstrumente, die in der Studie eingesetzt wurden, waren das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK), der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB), die Child Behavior

Checklist (CBCL / 4-18) und der Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen (K-FB-Tü).

### **2.3.1 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)**

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Mattejat & Remschmidt 2006 b) erfasst als standardisiertes und etabliertes Befragungsinstrument in sieben Dimensionen die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen:

- Schule
- Familie
- Freunde (Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen)
- Alleine (Interessen und Freizeitgestaltung)
- Körperliche Gesundheit
- Nerven/Laune (Psychische Gesundheit)
- Alles zusammen (Gesamtbeurteilung der Lebensqualität)

Das ILK liegt in einer Kinder- (6-11 Jahre), einer Jugendlichen- (ab 12 Jahre) und einer Elternversion vor. In der vorliegenden Studie wurden alle drei Versionen eingesetzt: Die Kinder und Jugendlichen sollten eine Selbsteinschätzung ihrer Lebensqualität vornehmen, die Eltern eine Fremdeinschätzung der Lebensqualität ihrer Kinder.

Jeder Bereich wird von genau einer Frage erfasst, so dass die Bearbeitungszeit der Bögen kaum fünf Minuten in Anspruch nimmt. Zusätzlich existieren in der Kinder- und Jugendlichenversion zwei, in der Elternversion vier Zusatzfragen zur Belastung durch eine mögliche aktuelle Erkrankung oder durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die aber im Rahmen dieser Studie nicht berücksichtigt wurden.



Die sieben Fragen des ILK können durch Ankreuzen von fünf Antwortmöglichkeiten beantwortet werden: *sehr gut, eher gut, teils teils, eher schlecht, sehr schlecht*. Wird eine Frage mit *teils teils, eher schlecht* oder *sehr schlecht* beantwortet, gilt dies als Hinweis auf ein mögliches Problem im entsprechenden Bereich und die entsprechende Antwort wird als *auffällig* gewertet. Die Anzahl der auffälligen Antworten ergibt so einen Problemscore, der Werte von 0 (kein Problem) bis 7 (Probleme in allen Bereichen) annehmen kann.

Eine weitere Möglichkeit der Auswertung besteht in der Berechnung eines Lebensqualitätsscores. Dieser kann Werte von 0 (niedrigste Lebensqualität) bis 28 (höchste Lebensqualität) annehmen und erlaubt Aussagen darüber, wie die Lebensqualität über alle erfragten Bereiche hinweg einzuschätzen ist.

Die Ergebnisse des ILK können in allen drei Versionen mit der Allgemeinbevölkerung und mit klinischen Stichproben verglichen werden. So kann eine aussagekräftige Verortung der untersuchten Stichprobe erfolgen. Für die Normierung in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung liegen eine repräsentative Schulstichprobe, eine schulbasierte Elternstichprobe und – ebenfalls für die Elternwerte – eine repräsentative Telefonstichprobe vor. Als klinische Vergleichsgruppe dient eine kinder- und jugendpsychiatrische Patientenstichprobe. Hierfür wurden in einer Multicenterstudie sowohl Angaben der Kinder und Jugendlichen als auch der Eltern gewonnen.

Die Gütekriterien des ILK stellen sich nach Mattejat und Remschmidt (2006 b) wie folgt dar: Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt mit Werten zwischen .659 und .763 (Elternangaben) bzw. .547 und .629 (Angaben von Kindern und Jugendlichen) in einem mäßigen Bereich, was vor allem der geringen Anzahl von lediglich sieben Items und der Vielschichtigkeit des Konstrukts Lebensqualität geschuldet ist.

Bei der Retest-Reliabilität liegen günstigere Werte vor. Der Reliabilitätskoeffizient des ILK-Gesamtscores bei 293 Schülerangaben von  $r_{tt} = .72$  kann „für ein Merkmal mit mittlerer Stabilität [...] als zufriedenstellend

betrachtet werden“ (Mattejat & Remschmidt 2006 b). Bei den Elternangaben liegen die Korrelationskoeffizienten in einem ähnlich guten Bereich wie bei den Angaben der Kinder und Jugendlichen ( $r = .80$  bzw.  $r = .68$ ).

Auch bezüglich der Validität des ILK liegen gründliche Untersuchungen vor. Die *Kriteriumsvalidität* wurde durch Korrelationsanalysen mit anderen etablierten Instrumenten (KINDL und DIKJ) untersucht und lag mit  $r = .65$  (KINDL) bzw.  $r = .64$  (DIKJ) erwartungsgemäß im mittleren Bereich. Schließlich wurde die *klinische Validität* des ILK überprüft, indem sowohl für Elternangaben als auch für Angaben der Kinder und Jugendlichen die Mittelwerte von Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung einerseits und aus klinischen Populationen andererseits verglichen wurden. Für jede Skala und den Gesamt-Lebensqualitätsscore zeigten sich bei den Kindern und Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung signifikant günstigere Werte als bei denen der klinischen Stichprobe. Das ILK kann solche Unterschiede also erfassen, was als Beleg für dessen klinische Validität gelten kann.

### **2.3.2 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)**

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmidt 1998) wird als standardisierter und etablierter Fragebogen in der vorliegenden Studie in der Patienten- und Elternversion verwendet. Er erfasst in mehreren Skalen verschiedene Aspekte der Beurteilung einer Behandlung. In der Patientenversion, die 20 Fragen umfasst, sind dies der Erfolg der Behandlung, die Beziehung zum Therapeuten, die Rahmenbedingungen und schließlich die Gesamtbeurteilung der Behandlung. Die 21 Fragen umfassende Elternversion erfasst den Erfolg, den Verlauf und ebenfalls die Gesamtbeurteilung der Behandlung. Sowohl in der Patienten- als auch in der Elternversion kann die Skala „Erfolg der Behandlung“ in Unterskalen aufgeschlüsselt werden (z.B. Erfolg in Bezug auf sich selbst oder in Bezug auf die Familienbeziehungen). Für die Bearbeitung des FBB benötigt man etwa fünf bis zehn Minuten.

Die Fragen des FBB werden durch Ankreuzen einer von 0 bis 4 reichenden fünfstufigen Antwortskala beantwortet (0 = „überhaupt nicht/niemals“, 4 = „ganz genau/immer“). Die einzelnen Skalen werden durch Aufaddieren der entsprechenden Antworten (ggf. nach Umpolung) und Division durch die Anzahl der Fragen gebildet, so dass auch die Gesamtskalen Werte zwischen 0 (am ungünstigsten) und 4 (am günstigsten) annehmen können.

Für die Interpretation der Ergebnisse stehen auch beim FBB verschiedene Referenzstichproben zur Verfügung. Dies sind selbstverständlich sämtlich *klinische* Stichproben, da ja eine *Therapie* beurteilt werden soll. Hierdurch wird eine Einordnung der vorliegenden Stichprobe in Prozenstränge ermöglicht, die wiederum eine Verortung der Stichprobe erlaubt.

Zum Gütekriterium der Reliabilität ist zu sagen, dass die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) für die verschiedenen Fragebogenversionen im Mittel bei über .80 liegt. Die Retest-Reliabilität lag bei einem Testwiederholungszeitraum von 17 Monaten für die Gesamtskala in den verschiedenen Versionen zwischen .68 und .77. Die Validität des FBB wurde durch ausführliche Untersuchungen zur faktoriellen Struktur der Items und zu Zusammenhängen mit anderen Maßen der Behandlungsbeurteilung belegt.

Der FBB ist formell für Kinder und Jugendliche ab zwölf Jahren konzipiert. Er wurde in der vorliegenden Studie jedoch auch bei sechs elfjährigen und zwei zehnjährigen Kindern angewandt, was angesichts der guten Verständlichkeit des Fragebogens vertretbar schien.

### **2.3.3 Child Behavior Checklist (CBCL / 4-18)**

Die Child Behavior Checklist, ein Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 18 Jahren, ist das dritte standardisierte und etablierte Befragungsinstrument, das in dieser Studie verwendet wird (Achenbach 1991; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998). Es besteht aus zwei großen Teilen: Im ersten werden in 20

Items Kompetenzen des Kindes bzw. Jugendlichen wie sportliche Aktivitäten, andere Hobbys, Vereinszugehörigkeit, schulische Leistungen u.a. erfragt. Sie werden nach der dafür aufgewendeten Zeit und der Fähigkeit jeweils im Vergleich mit Gleichaltrigen bewertet. Im zweiten Teil geht es in 120 „Problem-Items“ um Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden, deren Vorhandensein und Ausprägung erfragt wird (von 0 = nicht zutreffend bis 2 = genau oder häufig zutreffend). Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 15 bis 20 Minuten.

Der erste Teil der CBCL, in dem es um Kompetenzen geht, ist in die drei Unterskalen „Aktivitäten“, „Soziale Kompetenz“ und „Schule“ untergliedert. Die ermittelten Rohwerte werden zunächst in T-Werte überführt und dann im Verhältnis zu einer Eichstichprobe als unauffällig, im Grenzbereich liegend oder auffällig interpretiert. Ebenso wird mit dem Gesamtergebnis für Kompetenzen verfahren. Die Kompetenzskalen sollten allerdings zurückhaltend interpretiert werden, da sie sich „in deutschsprachigen Analysen nicht als hinreichend konsistent erwiesen“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998: 14).

Die 120 Problem-Items des zweiten Teils der CBCL können wie in **Tab. 2** dargestellt in acht Syndromskalen, zwei übergeordnete Skalen und eine Gesamtskala zusammengefasst werden.

Auch hier werden die ermittelten Rohwerte in T-Werte überführt und im Verhältnis zu einer Eichstichprobe als unauffällig, im Grenzbereich liegend oder auffällig interpretiert. Im Gegensatz zu den Kompetenzskalen hat sich laut der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) die Mehrzahl der Syndromskalen im deutschen Sprachraum als hinreichend konsistent erwiesen ( $r_{tt} \geq .70$ ). Eine Ausnahme bildet lediglich die Skala „schizoid/zwanghaft“, die deshalb zurückhaltend interpretiert werden sollte. Ferner ist zu den Gütekriterien der CBCL zu sagen, dass die Skalenbildung der Syndromskalen durch Faktorenanalysen eindrucksvoll bestätigt wird (Döpfner et al. 1994).

Tab 2.: Syndromskalen, übergeordnete Skalen und Gesamtskala der CBCL

Syndromskalen	Übergeordnete Skalen	Gesamtskala
I Sozialer Rückzug	<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>	<b>Gesamtwert</b>
II Körperliche Beschwerden		
III Ängstlich/depressiv		
IV Soziale Probleme	Keiner Skala zuzuordnen	
V Schizoid/zwanghaft		
VI Aufmerksamkeitsprobleme		
VII Dissoziales Verhalten	<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>	
VIII Aggressives Verhalten		
Andere Probleme		

#### 2.3.4 Der K-FB-Tü

Der Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen (K-FB-Tü) wurde eigens für diese Katamnese-Studie entwickelt, um dem spezifischen Erkenntnisinteresse der Studie und den Besonderheiten der Tübinger Tagesklinik Rechnung zu tragen. Erfragt werden durch den K-FB-Tü einerseits die Lebensumstände der ehemaligen Patienten und deren Bewertung seit der Behandlung in der Tagesklinik und andererseits die konkrete Beurteilung der Tagesklinik und ihrer Besonderheiten durch die Interviewpartner, also die Eltern der ehemaligen Patienten.

#### **2.3.4.1 Inhalte des K-FB-Tü**

Der K-FB-Tü gliedert sich in zwei Teile: Im ersten werden die Lebensumstände der ehemaligen Patienten seit Entlassung aus der Tagesklinik erfragt, im zweiten erfolgt in Ergänzung zum FBB die konkrete Beurteilung der Tagesklinik.

Der erste Teil umfasst im Einzelnen Fragen zur Familienzusammensetzung, zum Verhalten des Kindes und möglichen Problembereichen, zu Maßnahmen seit Beendigung der Behandlung in der Tagesklinik und zum Übergang zu diesen Maßnahmen, zu Schule bzw. Ausbildung, zu belastenden Lebensereignissen, zu Freizeitverhalten und Familienalltag, zur Lebens- und Wohnsituation und zu körperlichen und psychischen Problemen in der Familie.

Im zweiten Teil sollen die Eltern die einzelnen Aspekte der Tagesklinik konkret bewerten: die Einbeziehung in die Therapie, die Anzahl der Hausbesuche, Elterngespräche und Telefonate, die einzelnen Therapieangebote in der Tagesklinik (Ergotherapie, Körper- und Bewegungstherapie, soziales Kompetenztraining, Einzelstunden des Kindes, Elterngespräche, Elterntaining) Schließlich sollen weitere Tagesklinik-spezifische Fragen zur Zufriedenheit mit der Therapie beantwortet werden.

#### **2.3.4.2 Durchführung des K-FB-Tü**

Beim K-FB-Tü handelt es sich um einen standardisierten, strukturierten Fragebogen, der zur mündlichen und zur schriftlichen Befragung geeignet ist. Es wurde stets angestrebt, eine mündliche Befragung, also ein standardisiertes Interview, durchzuführen, was auch in 34 Fällen erfolgte. Lediglich in einem Fall wurde der K-FB-Tü postalisch zugesandt und schriftlich ausgefüllt.

Die Zielgruppe bzw. die Befragten des K-FB-Tü waren die Eltern bzw. mindestens ein Elternteil der ehemaligen Patienten. Im Durchschnitt dauerte eine Befragung etwa 45 Minuten.

### 2.3.4.3 Entwicklung des K-FB-Tü

Die Entwicklung eines eigenen Fragebogens erschien für diese Studie zweckmäßig und notwendig. Zum einen gibt es keinen Katamnese-Fragebogen, der genau auf die Tübinger Tagesklinik zugeschnitten ist. Zum andern sollten mit dem K-FB-Tü mehrere Bereiche in einem Instrument abgedeckt werden: Soziodemographische Angaben zu Kindern und Eltern, Beschreibung und Bewertung der Lebenssituation seit Beendigung der Tagesklinik-Behandlung und Bewertung der Tagesklinik.

Die erste Frage, die es bei der Entwicklung des Fragebogens zu klären galt, war die nach der Art der Befragung. Aus den in Kapitel 2.2.2 genannten Gründen fiel die Entscheidung auf eine mündliche Befragung, wobei auch die Möglichkeit der schriftlichen Bearbeitung bestehen sollte, damit der Bogen auch postalisch verwendbar war.

Eine weitere zu klärende Frage war die nach der Befragungs- bzw. Kommunikationsform. Sie kann nach Atteslander in „wenig strukturiert“, „teilstrukturiert“ oder „stark strukturiert“ eingeteilt werden (2008: 121-125). Da auf eine quantitative Auswertbarkeit Wert gelegt wurde, fiel die Entscheidung auf eine starke Strukturierung der Befragung. Der K-FB-Tü lässt sich also als „standardisierter Fragebogen“ bezeichnen, da „für alle Befragten die gleichen Fragen in gleicher Formulierung und Reihenfolge“ gestellt werden (Schnell, Hill & Esser 2008: 322-323). Dies hat neben der quantitativen Auswertbarkeit den Vorteil, eine Gleichheit und Konstanthaltung der Interviewsituation herzustellen. So können erhobene Unterschiede auf tatsächlich vorhandene Unterschiede zurückgeführt werden und nicht nur auf Unterschiede der Messmethode, in diesem Fall also auf variierende Fragestellungen (Schnell, Hill & Esser 2008: 323).

Der K-FB-Tü wurde nicht von Grund auf neu entwickelt, sondern orientiert sich teilweise am in der Tagesklinik eingesetzten „Fragebogen zur ambulanten Vorstellung“. Die Orientierung an diesem Fragebogen erschien sinnvoll, da er sich bereits bewährt hatte und viele für die Studie relevanten Lebensbereiche

umfasst. Dennoch wurde der Fragebogen abgeändert, indem für die Studie Unwesentliches gestrichen und neue Bereiche eingefügt wurden. Ferner wurde die Reihenfolge geändert, vieles neu formuliert und die Gestaltung von Grund auf geändert. Im Hinblick auf eine bessere quantitative Auswertbarkeit erfolgten zudem häufig Änderungen des Fragetyps.

Weiterhin galt es bei der Neugestaltung des Fragebogens, wesentliche Prinzipien der Fragebogenkonstruktion und der Gestaltung der Fragen zu beachten, um valide Aussagen treffen zu können.

Bezüglich der Einleitungsfragen wurde darauf geachtet, die befragten Eltern zu Beginn nicht mit „schwierigen“ Fragen zu überfordern, sondern das Interview „erst einmal in Gang kommen zu lassen“ (Kromrey 2009: 359). Ferner wurde Wert darauf gelegt, den Fragebogen thematisch zu gliedern, zu einem Themenbereich also mehrere Fragen hintereinander zu stellen und nicht ständig zwischen den Themen hin und her zu springen, um den Befragten das Erkennen eines roten Fadens zu ermöglichen und wohlüberlegte Angaben zu erhalten (Schnell, Hill & Esser 2008: 343; Kromrey 2009: 359-361). Dabei wurde versucht, das „Allgemeine vor dem Besonderen“ und „das Einfache vor dem Komplizierten“ zu erfragen (Atteslander in Mayer 2002: 94) und so einen konsistenten Aufbau des Fragebogens zu gewährleisten.

Bei Fragen, die nur von einem Teil der Befragten zu beantworten waren (z.B. nur von den Elternteilen, deren Kinder Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil hatten), wurden Filterfragen eingesetzt, so dass diejenigen, die die Fragen nicht zu beantworten brauchten, gleich zum nächsten Fragenkomplex weiter gehen konnten. So wurde ein unnötiges Verlängern der Befragung vermieden (Mayer 2002: 95; Schnell, Hill & Esser 2008: 344-345).

Die Struktur der einzelnen Fragen und Antwortvorgaben in Fragebögen lässt sich grob in die zwei Typen „offene Fragen“ und „geschlossene Fragen“ einteilen (vgl. Kromrey 2009: 352-356; Schnell, Hill & Esser 2008: 330-334). Während die Befragten auf offene Fragen in ihren eigenen Worten frei von Vorgaben antworten können, sind bei geschlossenen Fragen



Antwortalternativen vorgegeben. Beide Fragetypen haben verschiedene Vor- und Nachteile, doch „die Nachteile offener Fragen erscheinen [...] schwerwiegender als ihre Vorteile“ (Schnell, Hill & Esser 2008: 332). Dies hat mehrere Gründe: die unterschiedliche Artikulationsfähigkeit der Befragten, die erhöhte Wahrscheinlichkeit für Interviewereffekte durch „Editieren“ von Antworten und nicht zuletzt die deutlich erschwerte quantitative Auswertbarkeit.

So wurden im K-FB-Tü, wann immer dies möglich war, geschlossene Fragen den offenen vorgezogen. Bei den geschlossenen Fragen kamen wiederum verschiedene Subtypen zum Einsatz (vgl. Schnell, Hill & Esser 2008: 330-334): Ja/Nein-Fragen (z.B. „Gab es Schulwechsel bzw. einen Wechsel oder Abbruch der Ausbildung?“), Fragen mit Ratingskalen als Antwortvorgaben (z.B. Fragen mit einer vierstufigen Antwortskala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft genau zu“) oder auch „Hybridfragen“ mit ungeordneter Mehrfachvorgabe und der Möglichkeit, bei Bedarf eine frei formulierte Antwort zu ergänzen. Hier sei als Beispiel eine Frage zur Umgangsregelung angeführt:

Die Umgangsregelung ist entstanden durch...

- ...die Eltern untereinander / einvernehmlich
- ...Vermittlung durch eine Beratungsstelle
- ...Vermittlung durch das Jugendamt
- ...das Familiengericht
- ...Sonstiges (bitte erläutern): .....

Auch bei der Formulierung der Fragen und Antworten mussten die Ergebnisse der Methodenforschung berücksichtigt werden, um Verständnisproblemen und Mehrdeutigkeiten vorzubeugen. So wurden folgende Grundsätze beachtet (vgl. Kromrey 2009: 350-352; Diekmann 2007: 479-483; Schnell, Hill & Esser 2008: 334-340): Verwendung einfacher Wörter, einfache und kurze Formulierungen, keine unklaren, sondern eindeutige Begriffe, konkrete Fragen, keine doppelten Verneinungen, keine Suggestivfragen, neutrale Formulierungen, Bezug der Fragen auf nur einen Sachverhalt und Vermeidung einer Überforderung der Befragten.

Schließlich galt es, mit einem übersichtlichen und klar strukturierten Fragebogen-Layout den Fragebogen sowohl für den Interviewer (im Falle der mündlichen Befragung) als auch für den Befragten (im Falle der schriftlichen Befragung) leicht nachvollziehbar zu gestalten. Dieser Forderung sollte durch folgende Maßnahmen Rechnung getragen werden: eine klare Kennzeichnung neuer Themenkomplexe durch deutlich abgesetzte Überschriften, eine fortlaufende Nummerierung der Fragen, eine einheitliche Kennzeichnung von Filterfragen durch Kursivdruck und die sinnvolle Verwendung von Tabellen.

Der fertig konstruierte Katamnese-Fragebogen wurde schließlich vor der Befragung einem Pretest unterzogen (vgl. Diekmann 2007: 485-486; Schnell, Hill & Esser 2008: 347-351). Hierzu wurde die Befragung mit mehreren Personen durchgeführt, um die Verständlichkeit der Fragen, die Effekte der Frageanordnung und den „Fluss“ des Interviews zu prüfen, die Befragungsdauer zu ermitteln und gleichzeitig den Interviewer zu schulen. Hierdurch ergaben sich noch einige Modifizierungen.

Es ergab sich beim K-FB-Tü insgesamt eine Befragungsdauer von durchschnittlich etwa 40 bis 45 Minuten. Dieser Wert wird in der Literatur einerseits als Obergrenze angesehen (Kirschhofer-Bozenhardt und Kaplitza in Mayer 2002: 95), andererseits wird jedoch bei einem für den Befragten interessanten Thema auch eine Befragungsdauer von eineinhalb Stunden als nicht problematisch gewertet (Fowler und Scheuch in Schnell, Hill & Esser 2008: 346). Bei einer katamnesticen Befragung, wie sie hier durchgeführt wurde, kann von einem hohen persönlichen Interesse ausgegangen werden, so dass auch die Gesamtdauer der Befragung einschließlich der anderen Fragebögen von eineinhalb bis zwei Stunden als vertretbar erscheint.

## **2.4 Statistische Analyse**

Statistische Verfahren werden „benötigt, um Ordnung in die Daten zu bringen, die nach dem Einsatz empirischer Forschungsinstrumente zunächst in

ungeordneter und unübersichtlicher Form vorliegen“ (Kromrey 2009: 395). Diese Ordnung wird in der vorliegenden Arbeit zum größeren Teil durch eine *deskriptive* statistische Auswertung erreicht, d. h. es werden verschiedene statistische Kenngrößen präsentiert, die die untersuchte Stichprobe beschreiben. Die Beschreibung erfolgt einerseits zahlenmäßig durch Größen wie Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima, andererseits graphisch durch Balken-, Kreis- und Liniendiagramme (vgl. Krentz 2002: 99).

Mit einer solchen deskriptiven Auswertung kann man „ausschließlich [...] über die Objekte [...], die tatsächlich untersucht wurden“, Aussagen treffen (Wirtz/Nachtigall 1998: 29). Es können damit also keine Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Tübingen gezogen werden. Solche Rückschlüsse sind nur dann – mit Einschränkungen – erlaubt, wenn die Daten mithilfe der Inferenzstatistik analysiert werden. Diese induktive, schließende Statistik fasst die untersuchten Personen „als repräsentative Teilmenge einer Gesamtheit (Population)“ auf und ermöglicht es mithilfe von Signifikanztests, „mit einer gewissen Fehlerwahrscheinlichkeit von den Verhältnissen in der Stichprobe auf die Verhältnisse in der Population zu schließen (Wirtz/Nachtigall 1998: 29). In der hier vorliegenden Arbeit werden also dort, wo schließende Statistik angewandt wird, die befragten ehemaligen Patienten und deren Eltern bzw. Elternteile als Teilmenge der Gesamtheit aller Patienten der Tagesklinik und deren Eltern aufgefasst, wobei die eingeschränkte Repräsentativität der Studie, wie in Kap.4 dargelegt, zu berücksichtigen ist.

Die statistische Analyse der erhobenen Daten erfolgte mit der Software SPSS (Version 15.0). Im Einzelnen wurden folgende Tests verwendet:

- Der **Wilcoxon-Test**: Mit diesem parameterfreien Test können zwei abhängige Stichproben hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz miteinander verglichen werden (vgl. Bortz 2005: 153; Krentz 2002: 333-336).

Bei den in dieser Untersuchung erhobenen Daten kann nicht ohne Weiteres von einer Normalverteilung ausgegangen werden, außerdem handelt es sich um eine kleinere Stichprobe (bei Kindern und Jugendlichen:  $n = 35$ ).

Deshalb werden in dieser Arbeit Tests, die eine Normalverteilung zur Voraussetzung haben, bis auf eine begründete Ausnahme vermieden und stattdessen parameterfreie, also verteilungsfreie Tests angewandt. Der Wilcoxon-Test ist ein solcher Test. Er vergleicht abhängige Stichproben miteinander, d.h. Stichproben, bei denen „jedem Wert der einen Stichprobe auf sinnvolle und eindeutige Weise genau ein Wert der anderen Stichprobe zugeordnet werden kann“ (Bühl 2010: 145). Es werden also verschiedene Daten, die denselben Patienten betreffen, paarweise miteinander verglichen. In der vorliegenden Untersuchung ist dies beispielsweise der Fall, wenn Skalenwerte eines Fragebogens aus Sicht der Kinder und Jugendlichen einerseits und aus Sicht der Mütter oder Väter andererseits miteinander auf signifikante Unterschiede hin verglichen werden. Auch beim Prä-Post-Vergleich der Ergebnisse der CBCL wird der Wilcoxon-Test angewandt.

- Der **McNemar-Test**: Mit diesem Test werden im Unterschied zum Wilcoxon-Test nicht quantitative, sondern qualitative Zielgrößen zweier abhängiger Stichproben miteinander verglichen (vgl. Krentz 2002: 273-276 und 334; Bortz/Lienert 1998: 104-109). Der McNemar-Test ist eine Sonderform des Chi-Quadrat-Tests und kann ausschließlich bei dichotomen Variablen eingesetzt werden. In der vorliegenden Arbeit wird er dann verwendet, wenn beispielsweise die Verteilung der Merkmalsausprägungen „auffällig“ und „unauffällig“ bezüglich des ILK-Problemscores aus Sicht der ehemaligen Patienten einerseits und aus Sicht der Eltern andererseits auf Unterschiede überprüft werden soll.
- Der **T-Test bei einer Stichprobe**: Der T-Test bei einer Stichprobe vergleicht einen Stichprobenmittelwert mit einem Populationsparameter (Bortz 2005: 136-139). In der vorliegenden Untersuchung wird er beispielsweise eingesetzt, um die errechneten Mittelwerte der verschiedenen FBB-Skalen mit denen einer Referenzstichprobe zu vergleichen. Der T-Test bei einer Stichprobe setzt bei kleinen Stichproben (ab etwa  $n = 30$ ) Normalverteilung voraus und wird deshalb in der vorliegenden Untersuchung nur angewandt, wenn die Stichprobe groß genug ist. Bei den Väterangaben, wo je nach

Befragungsinstrument nur zwischen elf und dreizehn Fragebögen vorliegen, wird er nicht eingesetzt.

In dieser Arbeit werden verschiedene Hypothesen geprüft und mehrere statistische Signifikanztests vorgenommen. Auf eine Korrektur des  $\alpha$ -Fehlerniveaus, die bei solchen Mehrfachtestungen normalerweise angezeigt ist, wird dennoch verzichtet, da die Studie vor allem explorativen Charakter hat und auch – wie unten dargelegt – keinen Kausalitätsnachweis für sich beansprucht. Somit wird das  $\alpha$ -Fehlerniveau den Konventionen folgend auf 5 % festgelegt.

Bei der Auswertung galt es zu berücksichtigen, dass bei den Elternangaben nicht einheitlich nur die Angaben der Mütter oder Väter vorlagen, sondern wie bereits erwähnt in 21 Fällen nur die Mutterangaben, 5 Mal nur die Angaben der Väter und 9 Mal die Angaben beider Eltern gemeinsam. Deshalb wurden die Angaben einerseits für Mütter und Väter getrennt ausgewertet, um keine Informationen zu verlieren, andererseits wurde auch ein gemeinsamer Elternwert gebildet. Dieser setzt sich vor allem aus den Angaben der Mütter zusammen. Lediglich dort, wo diese Mutterangaben fehlten, wurden die Angaben der Väter verwendet. Dieser gemeinsame Elternwert ähnelt damit recht stark dem „reinen“ Mütterwert, berücksichtigt aber eben *alle* verfügbaren Angaben der Eltern in *einem* Score. Dass dort, wo beide Angaben vorlagen, die Angaben der Mütter und nicht die der Väter verwendet wurden, ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass meistens die Mütter die Hauptbezugspersonen der befragten ehemaligen Patienten waren, und folgt andererseits dem üblichen Vorgehen in der Literatur.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Lebensumstände und deren Bewertung

Die Altersverteilung, das Geschlechterverhältnis, die Diagnosen und die Behandlungsdauer der an der Studie teilnehmenden Kinder und Jugendlichen wurden in Kapitel 2.1 bereits dargestellt. Zur weiteren Charakterisierung der Stichprobe werden im Folgenden die familiären und schulischen Verhältnisse sowie die weiteren mit dem K-FB-Tü erfragten Lebensbereiche einschließlich deren Bewertungen durch die Eltern dargestellt. Auch spezifische Fragen zur Zufriedenheit mit der Tagesklinik werden hier präsentiert. Die Angaben der Eltern im K-FB-Tü beziehen sich in der Regel auf den Zeitpunkt der Befragung. Abweichungen hiervon ergeben sich aus der Fragestellung oder werden ausdrücklich genannt.

#### 3.1.1 Familiäre Verhältnisse

Der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern der Befragten zum Befragungszeitpunkt ist in **Abb. 2** dargestellt. Der Anteil der verheirateten leiblichen Eltern und der der geschiedenen oder getrennt lebenden leiblichen Eltern hielten sich in etwa die Waage.

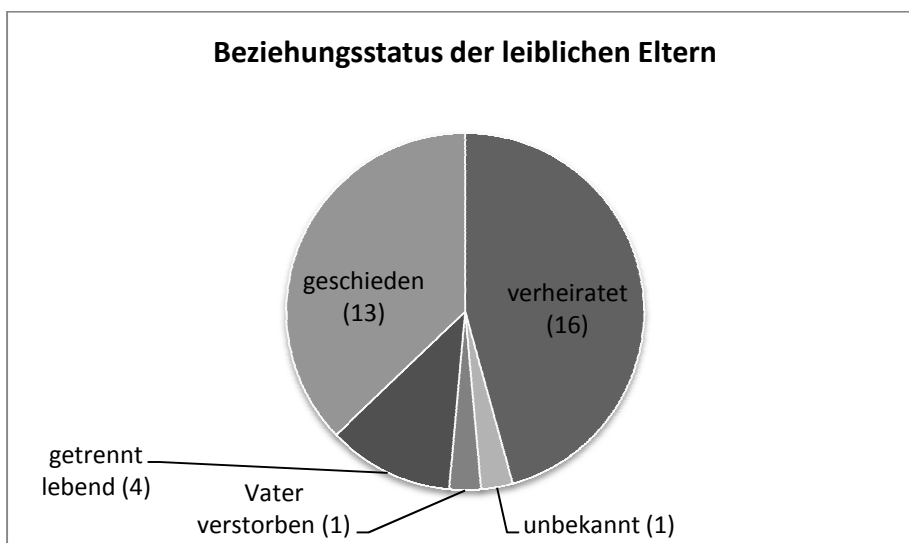
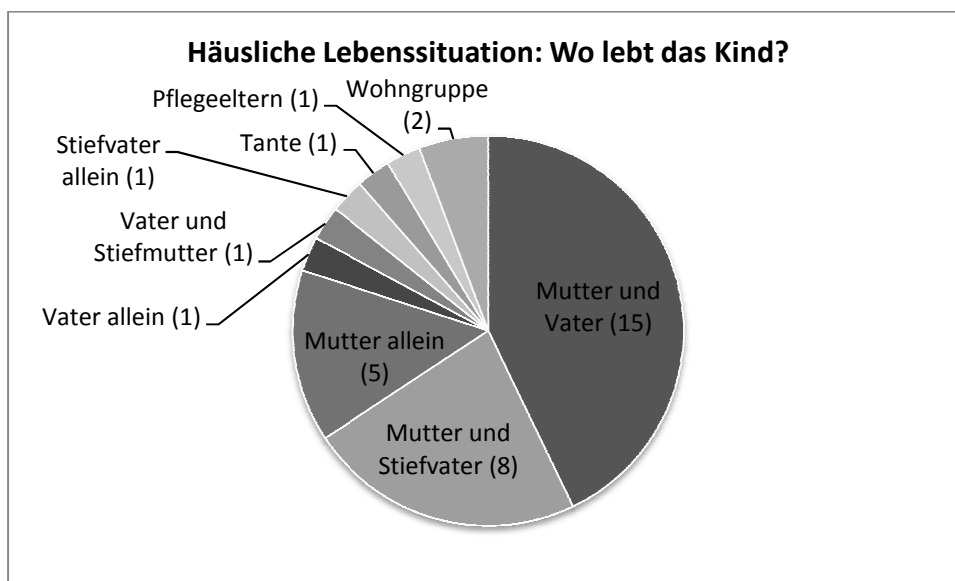


Abb. 2: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern; in Klammern die absolute Anzahl

Die häusliche Lebenssituation der ehemaligen Patienten stellte sich wie in **Abb. 3** gezeigt dar. Weniger als die Hälfte lebte zum Zeitpunkt der Befragung bei beiden leiblichen Eltern (15 von 35; 42,9%), weitere 13 Kinder lebten bei ihrer Mutter und ihrem Stiefvater (8) oder bei der Mutter allein (5). In sieben Fällen (20%) lebten die Kinder nicht bei ihrer leiblichen Mutter. Ferner lebten 25 Kinder mit Geschwistern im gemeinsamen Haushalt, 8 ohne Geschwister und 2 lebten in einer Wohngruppe.



**Abb. 3:** Häusliche Lebenssituation der ehemaligen Patienten; in Klammern die absolute Anzahl

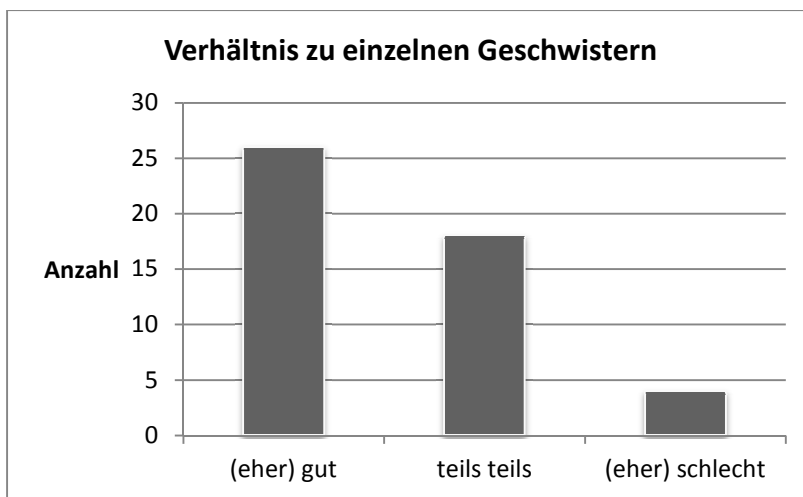
Bezüglich des Sorgerechts war festzustellen, dass alle 35 leiblichen Mütter das Sorgerecht hatten. Von den 34 leiblichen Vätern hatten es 25; 7 hatten kein Sorgerecht, zwei Angaben fehlen.

Was die Geschwister betraf, hatten 25 der 35 ehemaligen Patienten zum Befragungszeitpunkt nur Geschwister von den leiblichen Eltern gemeinsam, davon 17 entweder einen Bruder oder eine Schwester; sechs hatten zwei und zwei hatten drei Geschwister; vier waren Einzelkinder. Weiterhin hatten sechs Kinder (zusätzlich) Halb-, Stief-, Pflege- oder Adoptivgeschwister.

Die Familienzusammensetzung hatte sich seit der Tagesklinikbehandlung in 29 von 35 Fällen nicht verändert. In vier Fällen trennten sich die Eltern bzw. ein Elternteil trennte sich vom Lebenspartner, und es wurden zum Teil neue

Partnerschaften mit neuen Stiefgeschwistern eingegangen; in einem Fall ergab sich eine neue Partnerschaft eines schon zuvor getrennten Elternteils, ebenfalls mit neuen Stiefgeschwistern, und bei einer ehemaligen Patientin kamen zwei Halbgeschwister hinzu.

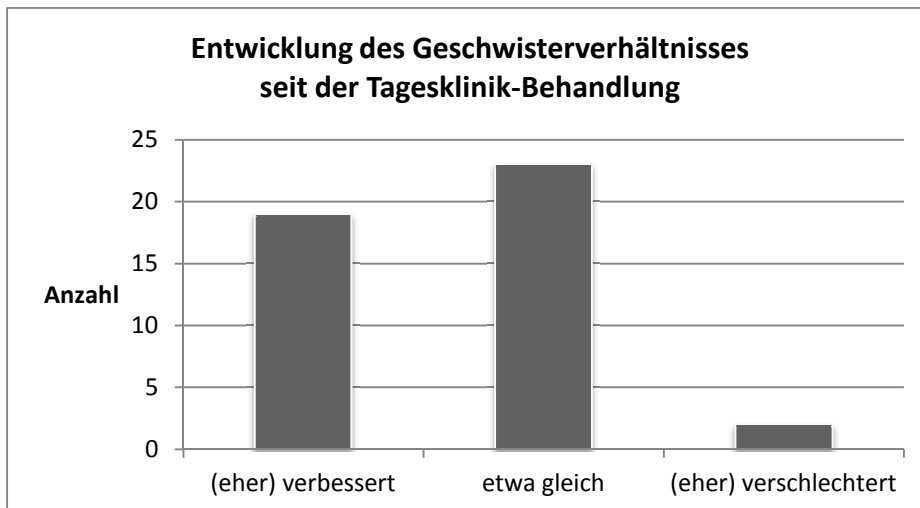
Wie die Befragten das Verhältnis der ehemaligen Patienten zu deren einzelnen Geschwistern einschätzten zeigt **Abb. 4**. Das Verhältnis zu insgesamt 48 Geschwistern konnte in die drei Kategorien „(eher) gut“, „teils teils“ und „(eher) schlecht“ eingeordnet werden. In 26 Fällen (54,2%) wurde es als „(eher) gut“ beurteilt, 18 Mal (37,5%) erfolgte die Einordnung in die Kategorie „teils teils“, 4 Mal (8,3%) in „(eher) schlecht“.



**Abb. 4:** Verhältnis der ehemaligen Patienten zu ihren einzelnen Geschwistern

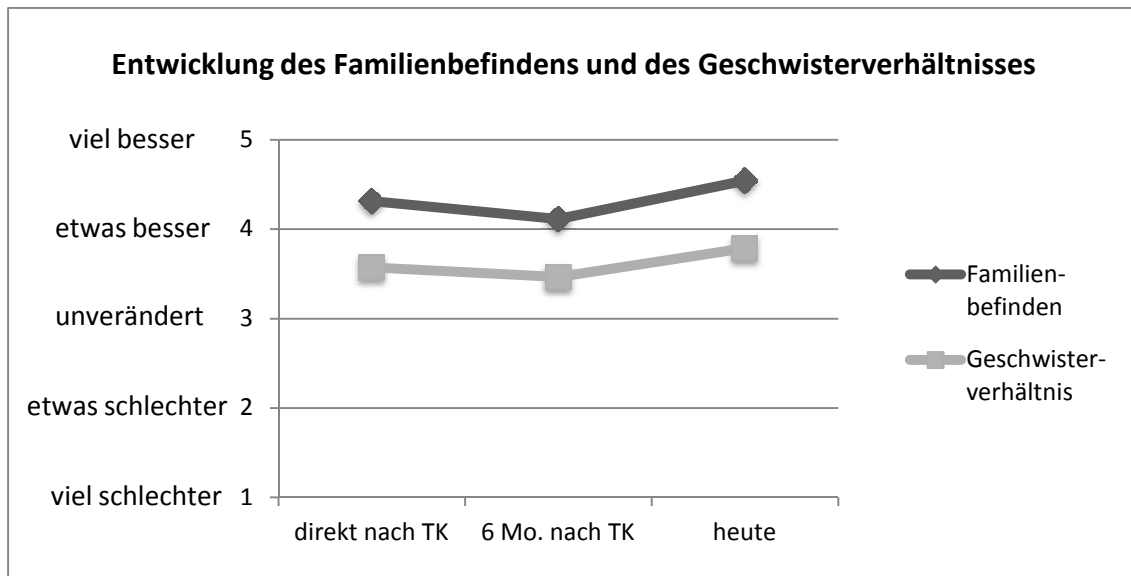
Ferner ist interessant, wie sich das Verhältnis der ehemaligen Patienten zu deren Geschwistern nach der Tagesklinik-Behandlung in der Einschätzung der Befragten entwickelt hat. Die Befragten konnten zwischen den drei Kategorien „(eher) verbessert“, „in etwa gleich geblieben“ und „(eher) verschlechtert“ wählen. Über das Ergebnis gibt **Abb. 5** Auskunft. Sie zeigt, dass sich das Verhältnis in dieser Einschätzung zu etwas mehr als der Hälfte der Geschwister nicht wesentlich verändert hatte (23 von 44, das entspricht 52,3%), zu 19 Geschwistern (43,2%) hatte es sich (eher) verbessert und zu 2 Geschwistern (beide desselben Patienten) hatte es sich (eher) verschlechtert.





**Abb. 5: Entwicklung des Verhältnisses der ehemaligen Patienten zu den einzelnen Geschwistern seit der Behandlung in der Tagesklinik**

Um einen Eindruck vom Verlauf des Familienbefindens allgemein und des Verhältnisses der Geschwister untereinander im Speziellen nach der Tagesklinik-Behandlung zu erhalten, wurden die Interviewpartner nach ihrer Einschätzung dieser Bereiche gefragt. Sie konnten die entsprechenden Fragen („Wie ging es Ihnen als Familie...?“ und „Wie war das Verhältnis der Geschwister untereinander...?“) mit Hilfe der vorgegebenen Antwortkategorien „viel besser“, „etwas besser“, „unverändert“, „etwas schlechter“ und „viel schlechter“ beantworten, und zwar zu den drei vorgegebenen Zeitpunkten „direkt nach der Behandlung“, „ca. 6 Monate nach der Behandlung“ und „heute“. Die mittleren Einschätzungen zeigt **Abb. 6** (Familienbefinden: n = 35; Verhältnis der Geschwister: n = 28).



**Abb. 6: Mittlere Entwicklung des Familienbefindens und des Verhältnisses der Geschwister untereinander aus Sicht der Befragten nach der Behandlung im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung; TK = Tagesklinik; Mo. = Monate**

Durchschnittlich schätzten die Eltern die Entwicklung des Familienbefindens zu jedem Zeitpunkt höher ein als die des Geschwisterverhältnisses (allerdings gab es recht häufig auch den Fall, dass die Geschwister schon vor der Therapie gut miteinander ausgekommen seien). Insgesamt lagen alle Werte im günstigen Bereich: Die Entwicklung des Familienbefindens wurde durchschnittlich als zwischen den Bereichen „etwas besser“ und „viel besser“ liegend eingeschätzt, die des Geschwisterverhältnisses lag zwischen „unverändert“ und „etwas besser“. Beide Entwicklungen wurden nach sechs Monaten etwas ungünstiger, zum Befragungszeitpunkt etwas günstiger als direkt nach der Behandlung eingeschätzt. Es sei betont, dass diese Daten lediglich die retrospektiven Einschätzungen der Eltern zum Zeitpunkt der Befragung darstellen können und die Validität dieser Einschätzungen eingeschränkt ist. Sie spiegeln aber zumindest das Gefühl der Eltern wider, dass es ihnen als Familie nach der Tagesklinik, auch im Langzeitverlauf, besser ging als davor.

Wie oben bereits dargelegt, waren die Eltern von 17 der 35 ehemaligen Tagesklinik-Patienten zum Befragungszeitpunkt geschieden oder getrennt lebend. Wie gestaltete sich der Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil? In sechs Fällen bestand zum getrennt lebenden leiblichen Elternteil überhaupt

kein Kontakt, es handelte sich hierbei jeweils um die Väter. Zwei dieser Kinder und Jugendlichen hatten noch nie Kontakt zum leiblichen Vater, einer seit dem ersten Lebensjahr nicht mehr, die anderen seit einem, drei oder vier Jahren. Zwei ehemalige Patienten hätten eigentlich gerne Kontakt zu ihrem leiblichen Vater, dessen Aufenthaltsort sei aber unbekannt. Drei Kinder und Jugendliche wollten laut der Mütter keinen Kontakt (mehr) zum Vater, einmal wurde keine Angabe gemacht.

Es bestand also in elf Fällen regelmäßiger Kontakt zum getrennt lebenden leiblichen Elternteil, in einem Fall zum getrennt lebenden sozialen Vater. Der Kontakt bestand in acht Fällen alle zwei bis drei Wochen, meist am Wochenende, ansonsten zwischen einmal pro Woche und neunmal pro Jahr, zum Teil auch in den Ferien. Zehnmal wurde die bestehende Umgangsregelung einvernehmlich durch die Eltern beschlossen, einmal durch das Jugendamt und die Wohngruppe und einmal durch das Familiengericht. Ein begleiteter Umgang bestand in keinem Falle.

Die Beziehung des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil konnten die Eltern mit den fünf vorgegebenen Antwortkategorien „sehr gut“, „eher gut“, „teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“ bewerten. In vier der zwölf Fälle, in denen Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil bestand, wurde diese Beziehung als „sehr gut“ bezeichnet, sechsmal als „eher gut“, zweimal wurde sie mit „teils teils“ beschrieben. Die beiden ungünstigsten Kategorien wurden nicht genannt.

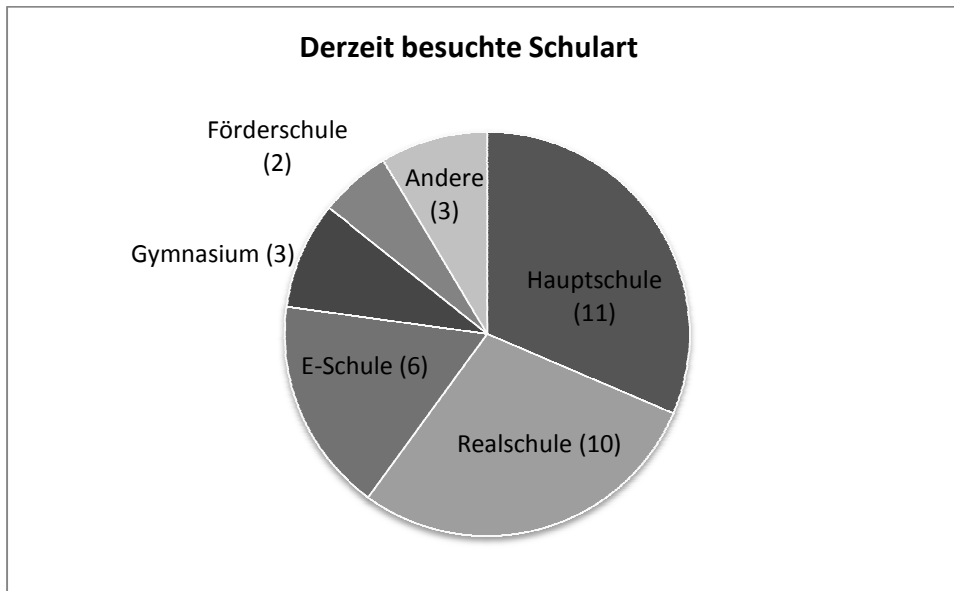
Die Zusammenarbeit der getrennt lebenden Elternteile wurde mit denselben Antwortkategorien erfragt und ebenfalls mehrheitlich positiv eingeschätzt: fünfmal mit „sehr gut“, fünfmal mit „eher gut“, einmal mit „teils teils“, einmal wurde sie als nicht existent beschrieben. Auch hier wurden die beiden ungünstigsten Kategorien nicht genannt.

In zwölf Fällen hatten getrennt lebende Elternteile neue Lebenspartner, mit denen die ehemaligen Patienten auch zum Teil zusammenlebten. Auch hier konnten die Befragten diese Beziehung mit denselben fünf Antwortkategorien

bewerten. Sie wurde zweimal als sehr gut, fünfmal als eher gut bezeichnet, viermal mit „teils teils“ bewertet und einmal mit „eher schlecht“.

### 3.1.2 Schulische Verhältnisse

Zur Zeit der Befragung besuchten 34 der 35 Kinder und Jugendlichen eine Schule, eine Jugendliche befand sich in Ausbildung zur Köchin. Von den 34 Schülern besuchten 25 eine Regelschule (73,5%) und neun eine Sonderschule (26,5%). Die einzelnen Schularten sind in **Abb. 7** dargestellt.

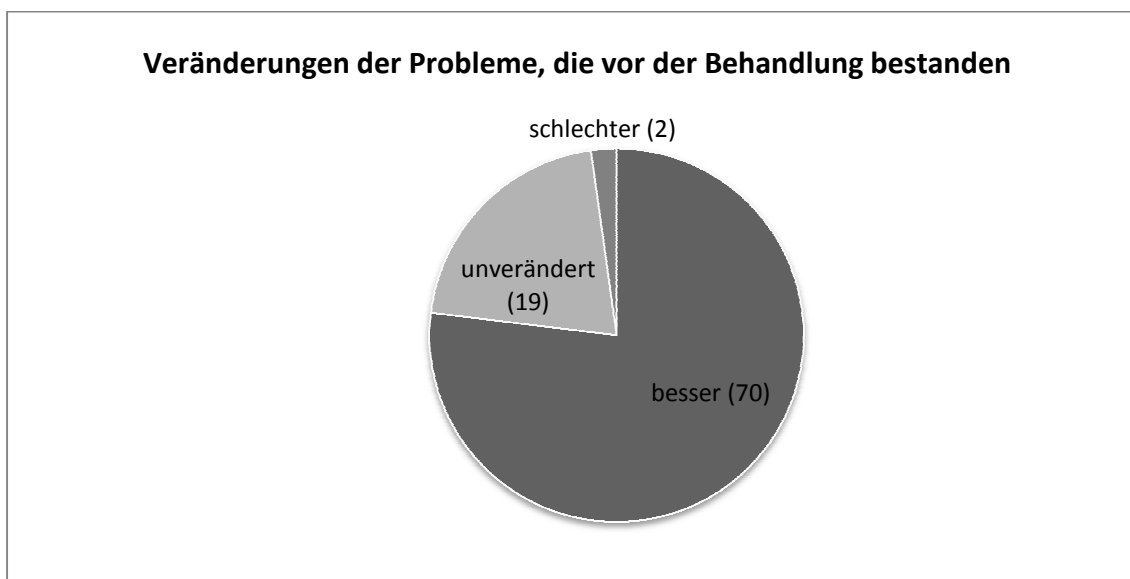


**Abb. 7: Zum Befragungszeitpunkt besuchte Schulart (E-Schule = Schule für Erziehungshilfe; Andere = Ausbildung, Berufsfachschule, Sonderberufsfachschule); in Klammern die absolute Anzahl**

Bei den Regelschulen zeigte sich, dass die Schüler vor allem die Haupt- und Realschule besuchten, während nur drei Schüler (8,8%) aufs Gymnasium gingen. Von den neun Kindern mit Sonderbeschulung besuchte die Mehrzahl von sechs Kindern eine Schule für Erziehungshilfe (66,7%).

### 3.1.3 Verhalten des Kindes und Familienbefinden

Zusätzlich zur CBCL wurden im K-FB-Tü einige für die Tagesklinik und damit für diese Studie relevante Fragen zum Verhalten der ehemaligen Patienten gestellt. So wurden die Eltern gefragt, wie sich aus ihrer Sicht die Probleme, die vor der Behandlung in der Tagesklinik bestanden, seit Beendigung der Behandlung entwickelten. Sie konnten bis zu vier Probleme benennen und diese hinsichtlich ihrer Veränderung als „besser“, „unverändert“ oder „schlechter“ einstufen. Insgesamt wurden für die 35 ehemaligen Patienten retrospektiv 91 Probleme genannt, deren Veränderung **Abb. 8** zeigt. Es wird ersichtlich, dass mehr als drei Viertel der damaligen Probleme besser geworden seien, 20,9% seien unverändert und nur zwei Probleme – beide beim selben Jugendlichen – hätten sich verschlechtert.



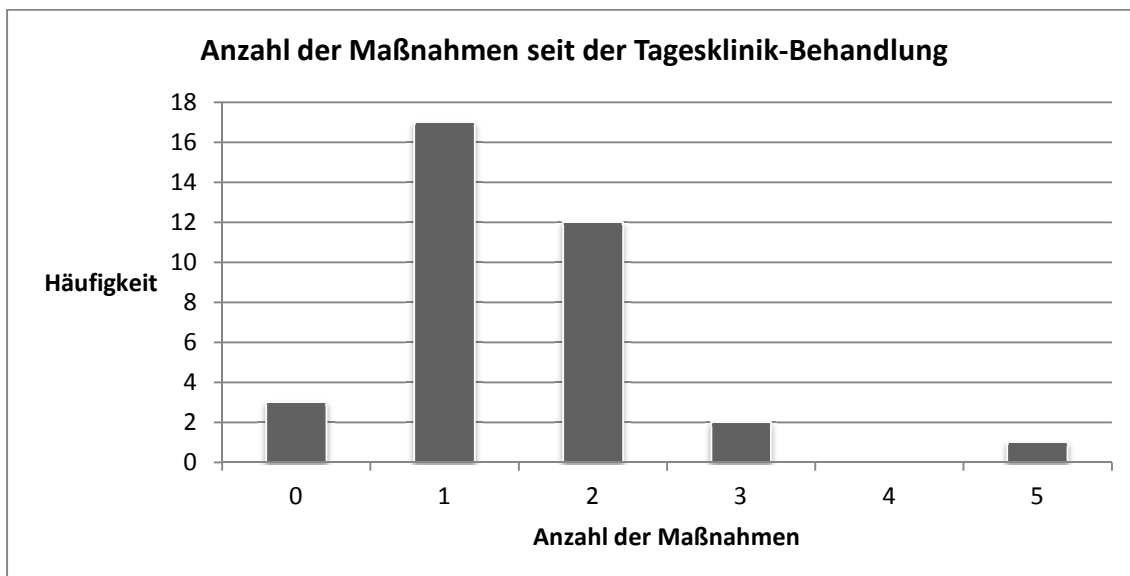
**Abb. 8: Veränderungen der Probleme der ehemaligen Patienten, die vor der Behandlung bestanden, seit der Behandlung in der Tagesklinik (aus Elternsicht); in Klammern die absolute Anzahl**

Die Frage, ob die ehemaligen Patienten schon einmal Kontakt mit der Polizei hatten oder straffällig wurden, wurde von 31 Interviewpartnern mit nein beantwortet. In drei Fällen gab es schon einmal Kontakt mit der Polizei, einmal wegen Zündelns, einmal wegen Weglaufens von Zuhause und in einem Fall wegen Zündelns und wegen Diebstahls. Eine Angabe fehlt.

### 3.1.4 Maßnahmen seit Beendigung der Behandlung

Von hohem Interesse ist, ob nach der Tagesklinik-Behandlung die dort gegebenen Empfehlungen im Sinne weiterer Maßnahmen, Behandlungen oder beispielsweise des Eintritts in Vereine von der Familie umgesetzt wurden. Diese Frage bejahten 30 der 35 Interviewpartner. In drei Fällen gab es in der Erinnerung der Eltern keine expliziten Empfehlungen. In zwei Fällen wurden die Empfehlungen nicht umgesetzt; einmal habe sich das Kind partout geweigert, im anderen Fall habe es Terminkollisionen gegeben. In einem weiteren Fall wurde ein Teil der Empfehlungen umgesetzt, während sich der leibliche und der soziale Vater einer Familientherapie verweigerten.

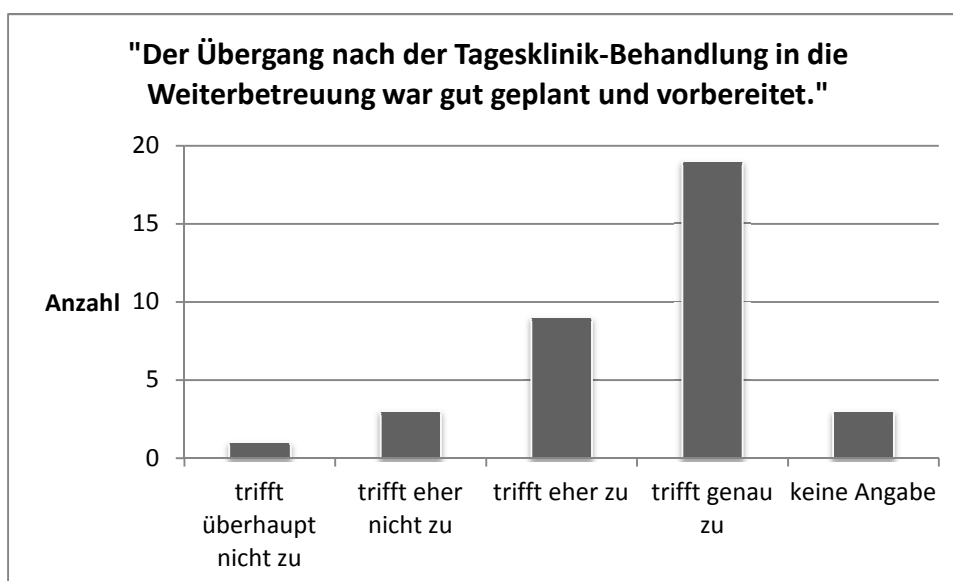
Was geschah bei den Kindern und Jugendlichen – auch unabhängig von den in der Tagesklinik gegebenen Empfehlungen – bezüglich weiterer Therapien oder sonstiger Maßnahmen seit der Tagesklinikbehandlung? Insgesamt erfolgte bei 32 der 35 ehemaligen Patienten seither mindestens eine Maßnahme, in drei Fällen blieb die Tagesklinik-Behandlung die (bisher) letzte. **Abb. 9** zeigt, dass es in 17 Fällen bei einer Maßnahme blieb, 15 Mal jedoch zwei oder mehr erfolgten.



**Abb. 9:** Anzahl der Maßnahmen seit der Tagesklinik-Behandlung bei den einzelnen Kindern und Jugendlichen

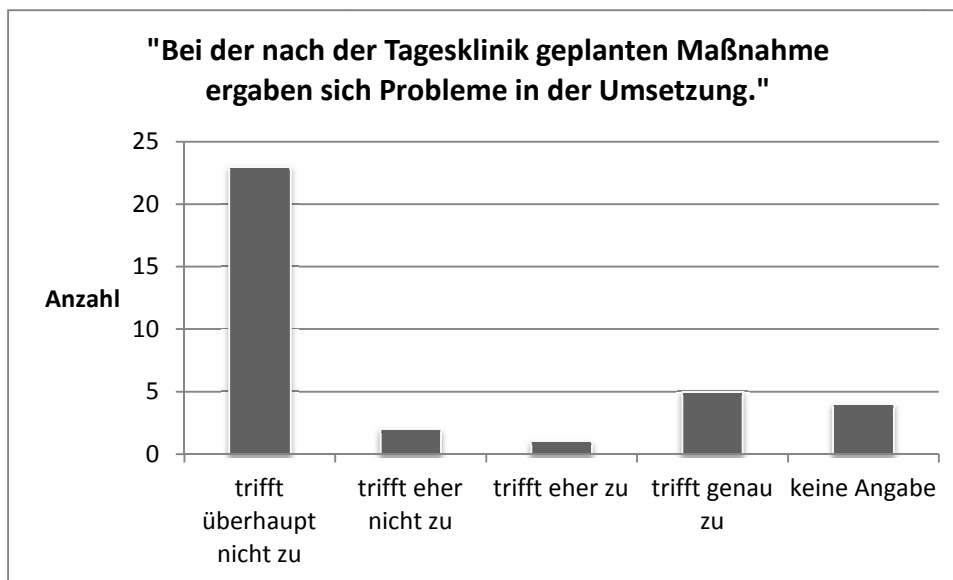
Welche Maßnahmen gab es bei den Kindern und Jugendlichen konkret? In drei Fällen blieb die ambulante Nachbetreuung in der Tagesklinik die einzige im Anschluss an die Behandlung erfolgende Maßnahme. Ansonsten waren die Kinder und Jugendlichen am häufigsten in kinderpsychiatrischer oder -psychologischer (Einzel-)Betreuung und in Tagesgruppen. Ferner erfolgten unter anderem durch das Jugendamt vermittelte Familienhilfe, die Unterbringung in einer Wohngruppe, im Heim oder in einer Pflegefamilie, die Betreuung durch Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter oder eine Tagesmutter, Ergotherapie, Tonfeldtherapie, Reittherapie, LRS- und Dyskalkulie-Training, Lerntherapie und soziales Kompetenztraining. 21 von 35 Familien (60%) standen zum Zeitpunkt der Befragung oder vorher mit dem Jugendamt in Kontakt.

Auch der Übergang nach der Tagesklinik-Behandlung in die Weiterbetreuung ist von Interesse und sollte von den Eltern bewertet werden. Hierzu sollten sie die in den **Abb. 10 und 11** genannten Aussagen mit einer der vier vorgegebenen Kategorien beantworten. 87,5% derer, die Angaben machten, bewerteten die Aussage, dass der Übergang gut geplant und vorbereitet war, mit den günstigen Antworten „trifft genau zu“ oder „trifft eher zu“, 12,5% (4 von 32) fanden dies eher nicht oder überhaupt nicht.



**Abb. 10: Bewertung des Übergangs durch die Eltern I**

Bei der Frage nach Problemen in der Umsetzung der nach der Tagesklinik geplanten Maßnahme gaben sechs von 31 Eltern, die hier Angaben machten (19,4%), eine der ungünstigen Antworten „trifft genau zu“ (5) oder „trifft eher zu“ (1), die anderen 80,6% antworteten zum großen Teil mit „trifft überhaupt nicht zu“.



**Abb. 11: Bewertung des Übergangs durch die Eltern II; die Aussage lautete genau: „Bei der nach der Tagesklinik geplanten Maßnahme ergaben sich Probleme in der Umsetzung (z.B. Wartezeit, ausbleibende Genehmigung durch z.B. Jugendamt oder Krankenkasse).“**

### 3.1.5 Belastende Lebensereignisse

Zum Bereich „belastende Lebensereignisse“ lautete die Frage: „Gab es im Leben Ihres Kindes belastende Lebensereignisse (zum Beispiel problematisch erlebte Geburt von Geschwistern, Trennungserfahrungen, Scheidung der Eltern, Tod wichtiger Bezugspersonen o.ä.)?“ 22 Interviewpartner antworteten hierauf mit „Ja“, 12 mit „Nein“, eine Mutter konnte sich nicht entscheiden. Unter den belastenden Lebensereignissen wurden am häufigsten die Scheidung bzw. Trennung der Eltern genannt, aber auch unter anderem der Tod des Vaters oder eines Großelternteils, Krebserkrankungen oder andere schwere Erkrankungen eines Elternteils, das Nichtkennen des Vaters, der Mord an einer Cousine, die ungeklärte Vaterschaft, die problematisch erlebte Geburt von Geschwistern und die Trennung von der Familie.



### 3.1.6 Familienalltag

Zum Familienalltag wurden die Eltern befragt, wie bestimmte alltägliche Abläufe in letzter Zeit funktionierten. Sie konnten dabei zwischen den fünf Antwortmöglichkeiten sehr schlecht (Zahlenwert 0), eher schlecht (1), teils teils (2), eher gut (3) und sehr gut (4) wählen. Die Ergebnisse sind in **Abb. 12** dargestellt. Hier zeigt sich im Mittelwert von 2,75, dass die Eltern insgesamt den Tagesablauf als eher positiv beurteilen, wenn auch die Kategorie „eher gut“ nicht ganz erreicht wird. Am besten wird der Weg zur Schule beurteilt (Mittelwert 3,69), am schlechtesten das Einhalten von Regeln (Mittelwert 2,23).



**Abb. 12: Tagesablauf.** Durchschnittswerte von 35 Elternangaben. Zahlenwert 0 entspricht der Antwort sehr schlecht, 4 der Antwort sehr gut.

### 3.1.7 Zufriedenheit mit der Tagesklinik im Speziellen

Im K-FB-Tü wurden in Ergänzung zum FBB auch Fragen zur Zufriedenheit mit der Therapie gestellt, die spezifischer auf Gegebenheiten der Tübinger Tagesklinik eingingen.

Die Einbeziehung in die Therapie konnten die Eltern bewerten mit „viel zu wenig“, „eher zu wenig“, „gerade richtig“, „eher zu viel“ und „viel zu viel“. Die Ergebnisse sind in den **Abb. 13 bis 16** dargestellt.

*Fragen 11.1. bis 11.4.: Zufriedenheit der Eltern mit der Einbeziehung in die Therapie*

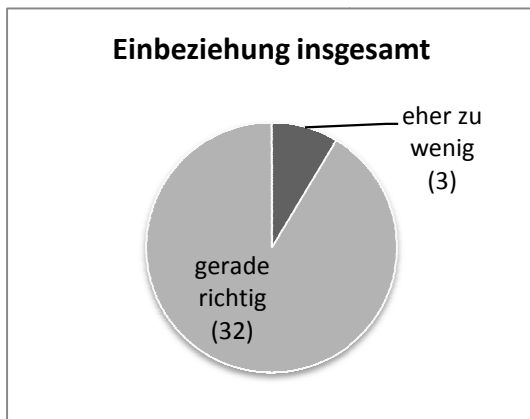


Abb. 13

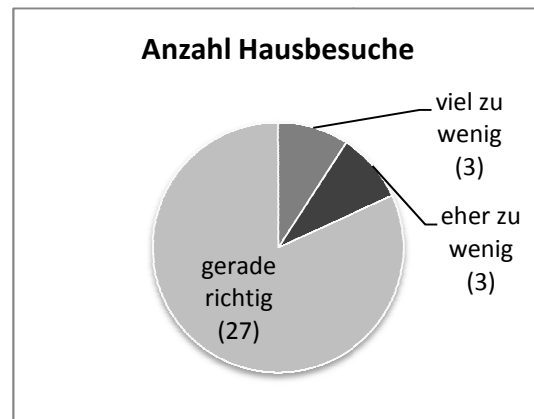


Abb. 14

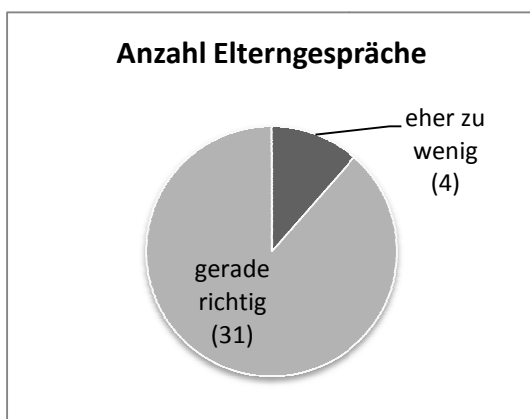


Abb. 15

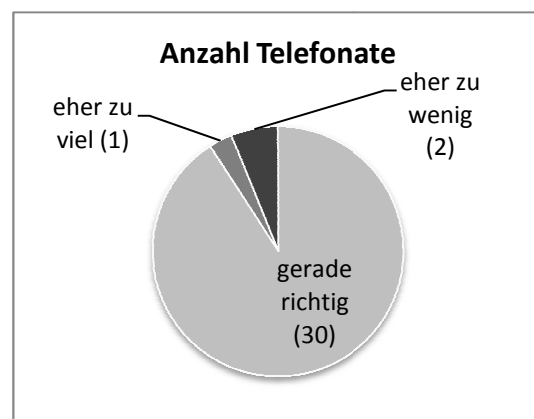


Abb. 16

Um die einzelnen Therapieangebote Ergotherapie, Körper- und Bewegungstherapie, soziales Kompetenztraining, Einzelstunden des Kindes, Elterngespräche und das Elterntraining zu beurteilen, wurden die Eltern gefragt, wie hilfreich sie diese Angebote fanden. Die vorgegebenen Antwortkategorien waren „überhaupt nicht hilfreich“, „wenig hilfreich“, „eher hilfreich“, „sehr hilfreich“ und „kann ich nicht beurteilen“. Die **Abb. 17 bis 22** zeigen die Antworten. Insgesamt wurden bei allen Therapieangeboten deutlich häufiger die positiven Antwortvorgaben „eher hilfreich“ und „sehr hilfreich“ genannt. Lediglich beim Elterntraining, den Elterngesprächen und beim sozialen Kompetenztraining fanden sich vereinzelt Antworten im negativen Bereich (wenig oder überhaupt nicht hilfreich). Bei den Therapieangeboten, bei denen nicht die Eltern, sondern nur die Kinder teilnahmen, fand sich häufig die Kategorie „kann ich nicht beurteilen“. Am positivsten beurteilt wurden die Elterngespräche.

Frage 11.5. Wie hilfreich fanden Sie die einzelnen Therapieangebote in der Tagesklinik? (n.b. = kann ich nicht beurteilen)

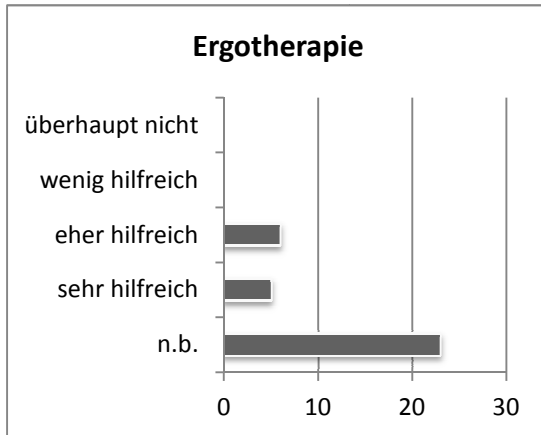


Abb. 17

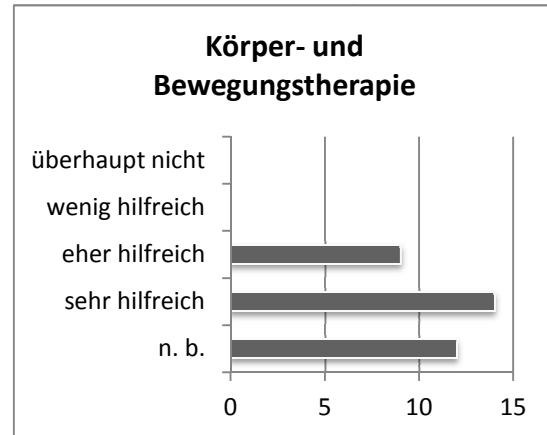


Abb. 18

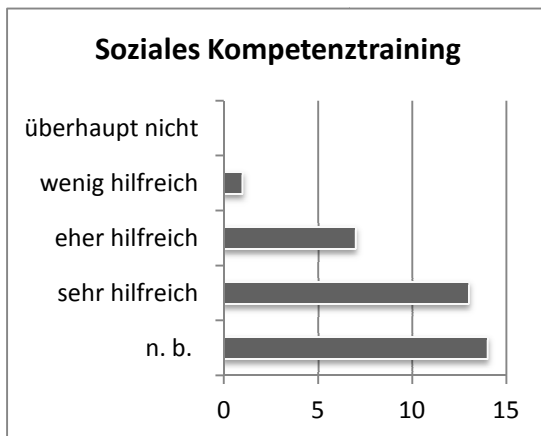


Abb. 19

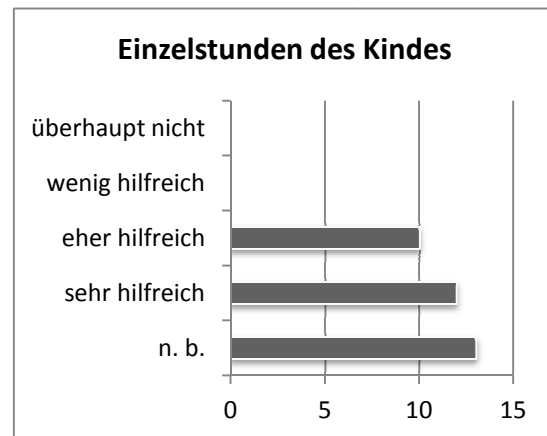


Abb. 20

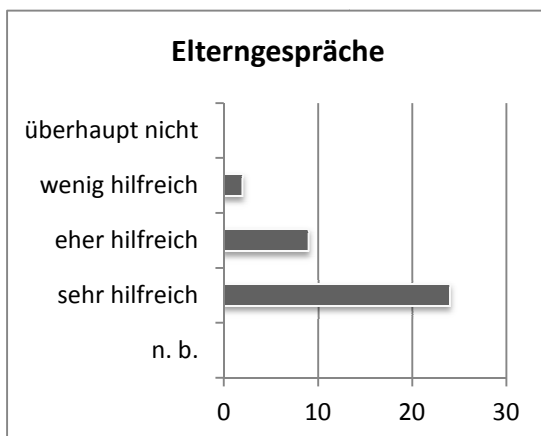


Abb. 21

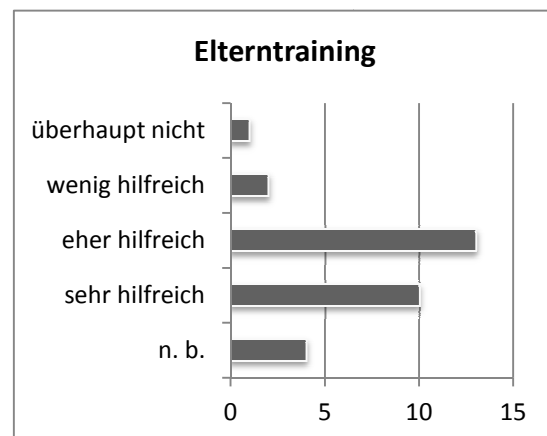
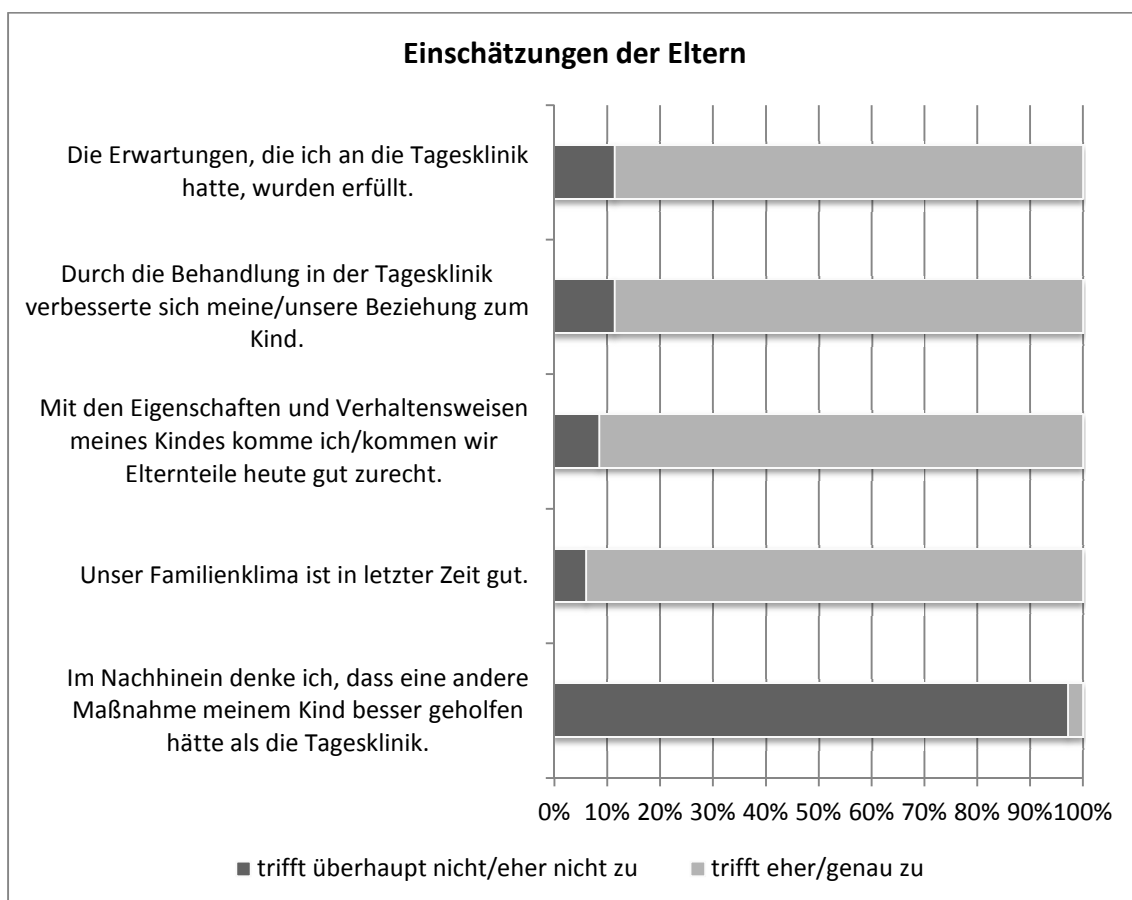


Abb. 22

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Tagesklinik und mit den Lebensumständen sollten die Eltern ferner zu einigen Aussagen Stellung nehmen, indem sie eine der Antwortkategorien „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“ oder „trifft genau zu“ ankreuzten. In **Abb. 23** werden die Antworten auf einige der wichtigsten Einzelfragen zusammenfassend dargestellt, die Ergebnisse der restlichen Fragen finden sich im Anhang. Es wird deutlich, dass die Fragen von der großen Mehrheit der Eltern im positiven Sinne beantwortet wurden.



**Abb. 23: Einschätzungen der Eltern zur Tagesklinik und zu Lebensumständen**

Ordnet man der Antwort „trifft überhaupt nicht zu“ den Zahlenwert 1 zu, der Antwort „trifft eher nicht zu“ die 2, „trifft eher zu“ die 3 und „trifft genau zu“ die 4, so lassen sich die Antworten aller Fragen addieren, und es lässt sich ein Mittelwert errechnen. Durch Umpolung der negativ formulierten Fragen ergibt sich als günstigster Durchschnittswert die 4, als ungünstigster Durchschnittswert die 1. Der Mittelwert aller Fragen – außer der Fragen, die nur

von getrennt lebenden Elternteilen zu beantworten waren – betrug 3,35, lag also deutlich im positiven Bereich, sozusagen zwischen den Antwortkategorien „trifft eher zu“ und „trifft genau zu“. Insgesamt ließ sich also aus den Fragen dieses – wohlgermerkt nicht validierten – Fragebogens eine recht hohe Zufriedenheit mit der Tagesklinik und den Lebensumständen ableiten.

Schließlich wurden die Eltern gefragt, ob sie die Tagesklinik weiterempfehlen würden. Das Ergebnis zeigt **Abb. 24**.

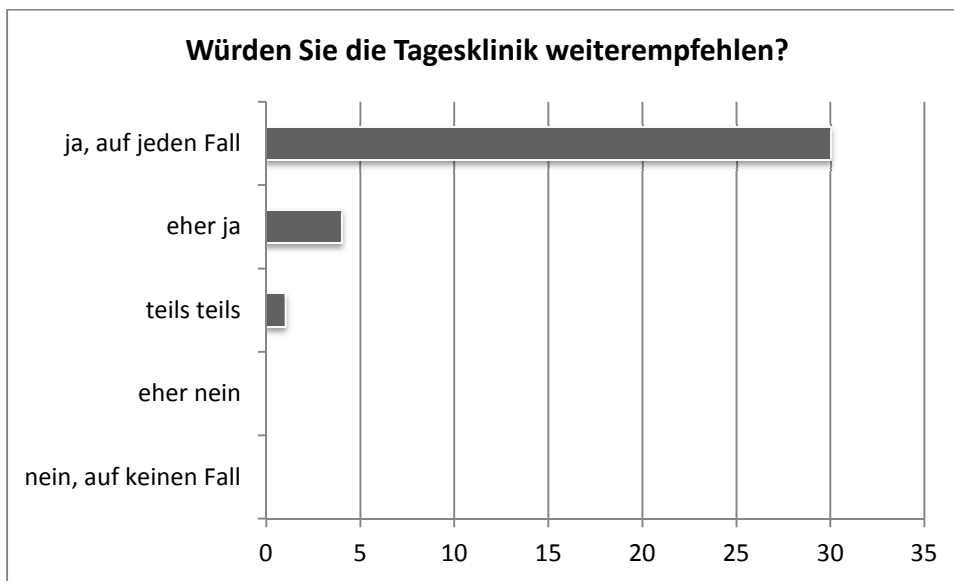


Abb. 24: Frage nach der Weiterempfehlung der Tagesklinik; angegeben sind absolute Häufigkeiten

### 3.1.8 Zusammenfassung der Ergebnisse des K-FB-Tü

Zunächst ist festzuhalten, dass die Validität der Ergebnisse dieses eigens konstruierten und nicht validierten Fragebogens eingeschränkt ist. Die Ergebnisse sollen vor allem einen Eindruck der subjektiven retrospektiven Einschätzungen der Eltern bezüglich der Tagesklinik-Therapie und der Lebensumstände seit Ende der Therapie vermitteln und damit das Gesamtbild dieser Katamnese-Studie abrunden.

Die Ergebnisse des K-FB-Tü lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Bezüglich der familiären Verhältnisse zeigte sich mit annähernd 50% ein recht hoher Anteil an Kindern, deren leibliche Eltern geschieden oder getrennt lebend waren und die nicht bei beiden leiblichen Eltern lebten.
2. Das Verhältnis der ehemaligen Patienten zu den Geschwistern hatte sich seit der Tagesklinik nur zu zwei Geschwistern verschlechtert, zu allen anderen hatte es sich entweder verbessert oder war gleich geblieben.
3. Die Entwicklung des Familienbefindens seit Ende der Tagesklinik-Behandlung wurde rückblickend recht günstig beurteilt.
4. Den Übergang nach der Tagesklinik-Behandlung in Folgemaßnahmen beurteilten 80-90 % der Patienten positiv.
5. Der größte Teil der ehemaligen Patienten (32 von 35) durchlief nach der Tagesklinik mindestens eine Folgemaßnahme.
6. Für 22 von 35 Kindern und Jugendlichen wurden belastende Lebensereignisse angegeben.
7. Die Einbeziehung in die Therapie empfanden die Eltern zu über 90% als gerade richtig.
8. Soweit von den Eltern beurteilbar, wurden die einzelnen Therapieangebote mehrheitlich positiv bewertet, insbesondere die Elterngespräche, etwas weniger das Elterntraining.
9. Die überwiegende Mehrheit der befragten Eltern würde die Tagesklinik „auf jeden Fall“ weiterempfehlen.

## 3.2 Lebensqualität

Die Lebensqualität der ehemaligen Patienten wurde mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) untersucht (Mattejat & Remschmidt 2006 b). Sie wurde als Selbstbeurteilung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen selbst und als Fremdbeurteilung aus Sicht der Mütter und Väter erfasst.

### 3.2.1 Der Problemscore

Der Problemscore des ILK gibt an, in wie vielen der sieben erfragten Lebensbereiche sich Hinweise auf ein mögliches Problem ergeben. Von einem Hinweis auf ein mögliches Problem wird ausgegangen, wenn die Angabe des Beurteilers im entsprechenden Item „teils teils“, „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ lautet. Bei einer dieser drei Angaben erhält das Item für die Berechnung des Problemscores den dichotomisierten Wert 1, bei den Angaben „sehr gut“ oder „gut“ den dichotomisierten Wert 0. Da der Problemscore durch Addition dieser sieben dichotomisierten Werte errechnet wird, kann er Werte zwischen 0 (kein Lebensbereich wird als auffällig eingeschätzt) und 7 (jeder Lebensbereich wird als auffällig eingeschätzt) annehmen.

#### 3.2.1.1 Absolute Werte des Problemscores

**Abb. 25 und Tab. 3** zeigen die Problemscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler. Bei der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen ( $n = 35$ ) ergab sich ein mittlerer Problemscore von 2,23 ( $SD = 1,72$ ) mit einem Minimum von 0 und einem Maximum von 6. Die befragten Mütter ( $n = 27$ ) schätzten mit einem Wert von 2,85 ( $SD = 1,81$ ) die Anzahl der Problembereiche ihrer Kinder höher ein, während die Väterangaben ( $n = 13$ ) mit einem Problemscore von 2,15 ( $SD = 1,82$ ) im Bereich des Wertes ihrer Kinder lagen.



Ein gemeinsamer Elternwert für den Problemscore wurde wie in Kap. 2.4 beschrieben gebildet: Dort, wo Mütterangaben vorhanden waren, wurden diese verwendet; dort wo die Mütterangaben fehlten, wurden – falls vorhanden – Väterangaben verwendet. So ergab sich bei den gemeinsamen Elternangaben ein mittlerer Problemscore von  $2,67 \pm 1,83$  ( $n = 33$ ).

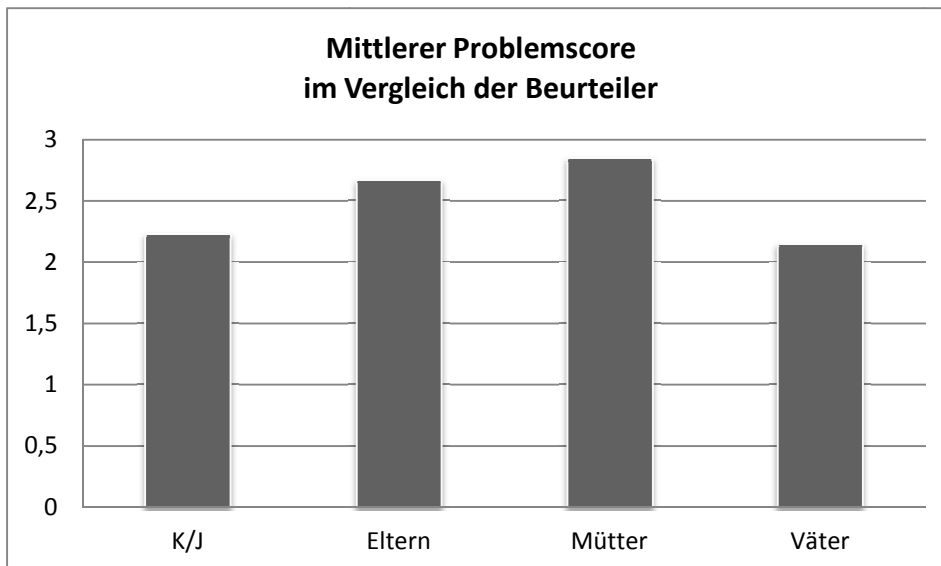


Abb. 25: Mittlerer Problemscore im Vergleich der Beurteiler (K/J = Kinder und Jugendliche)

Tab. 3: Problemscore im Vergleich der verschiedenen Beurteiler

	ILK-Kinder/ Jugendliche	ILK-Eltern	ILK-Mütter	ILK-Väter
N	35	33	27	13
Mittelwert	2,23	2,67	2,85	2,15
Standardabweichung	1,71	1,83	1,81	1,82
Minimum	0	0	0	0
Maximum	6	6	6	6

Es existierten also zwischen den Beurteilern zwar Mittelwertsunterschiede hinsichtlich des Problemscores; diese erwiesen sich aber sämtlich als nicht signifikant, was auch der geringen Fallzahl geschuldet sein könnte. Beim Vergleich der Mittelwerte der Problemscores aus Mutter- und Vatersicht deutete sich allerdings selbst bei den nur sieben Fällen, in denen Mütter- und Väterangaben gemeinsam vorlagen, ein signifikanter Unterschied zumindest an (Wilcoxon-Test:  $Z = -1,857$ ;  $p = ,063$ ).

### 3.2.1.2 Einordnung des Problemscores

Wie die oben dargestellten absoluten Werte des Problemscores einzuschätzen sind, kann ein Vergleich mit verschiedenen Referenzpopulationen zeigen, deren Daten im Manual zum ILK veröffentlicht sind (Mattejat & Remschmidt 2006 b: 27-47; 55-77). Dabei ist einerseits der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung interessant, andererseits der Vergleich mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten, um die hier untersuchten ehemaligen Tagesklinik-Patienten zu verorten.

Der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung erfolgt bei den Kindern und Jugendlichen den Autoren des ILK folgend anhand der Normen einer repräsentativen Schulstichprobe, bei den Eltern wird eine repräsentative Telefonstichprobe als Referenz verwendet. Für den Vergleich mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten werden sowohl für die Kinder und Jugendlichen als auch für deren Eltern Normen aus einer Multicenterstudie herangezogen. Konkret erfolgen diese Vergleiche über Prozentränge, die angeben, wie viel Prozent der Vergleichsstichprobe denselben oder einen niedrigeren und damit günstigeren Problemscore erreicht haben. Es gilt also: Je höher der Prozentrang, desto ungünstiger ist der Problemscore zu bewerten. Schließlich werden diese Prozentränge dann als auffällig gewertet, wenn mindestens 75% aller Angehörigen der Referenzpopulation einen günstigeren Problemscore aufweisen. Ansonsten gilt der Wert als unauffällig.

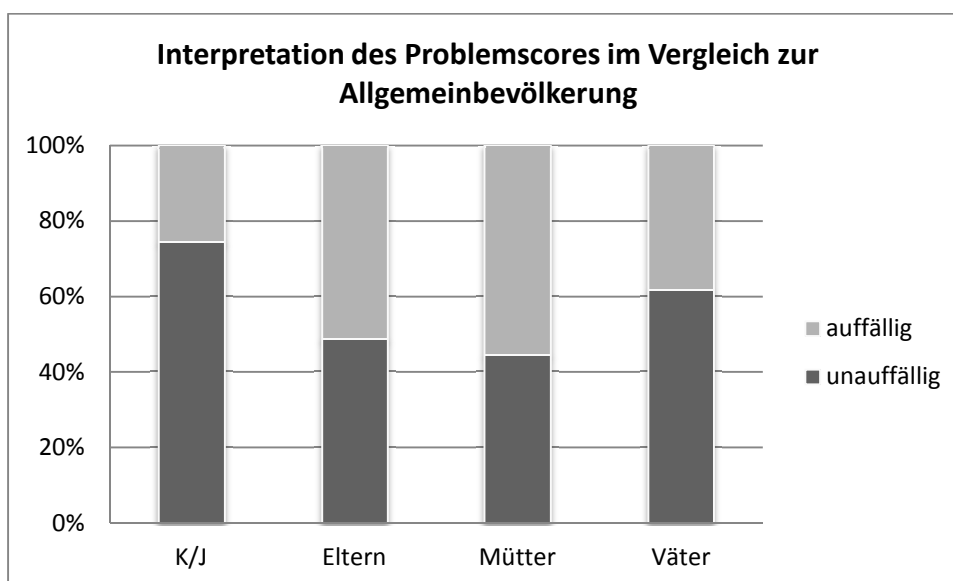
Zunächst erfolgt die Einordnung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. **Tab. 4** zeigt die entsprechenden Kennwerte der Prozentränge des Problemscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler. Hier ergab sich bei den Kindern und Jugendlichen ein mittlerer Prozentrang des Problemscores von 68,7%, d.h. im Mittel hatten 68,7% der Schulstichprobe denselben oder einen günstigeren Problemscore und 31,3% einen ungünstigeren. Der kleinste ermittelte Prozentrang betrug 21,8%, der höchste 100%.

**Tab. 4: Prozenträge des Problemscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung; alle Werte außer Zeilen 1 und 2 in %**

	ILK-Kinder/ Jugendliche	ILK-Eltern	ILK-Mütter	ILK-Väter
N	35	33	27	13
Mittelwert	68,7	82,1	84,6	76,0
Standardabweichung	27,6	20,6	18,4	24,0
Minimum	21,8	38,3	38,3	38,3
Maximum	100,0	100,0	100,0	100,0

Bei den Müttern lag der mittlere Prozentrang mit 84,6% am höchsten und ungünstigsten, bei den Vätern mit 76,0% zwischen den Angaben der Kinder und Jugendlichen und denen der Mütter. Der Prozenrang für den gemeinsamen Elternwert betrug 82,1%.

Bei der Interpretation des Problemscores als unauffällig oder auffällig ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen den befragten Kindern und Jugendlichen einerseits und deren Eltern andererseits. Dies zeigt **Abb. 26**.



**Abb. 26: Interpretation des Problemscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (K/J = Kinder/Jugendliche; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 33; Mütter: n = 27; Väter: n = 13)**

So fanden sich bei der Selbstbeurteilung durch Kinder und Jugendliche 25,7% (9 von 35) als auffällig zu wertende Ergebnisse, während die Einschätzung der

Eltern zu über 50% (17 von 33) als auffällig zu interpretieren war. Die Ergebnisse der Mütter (n = 27) waren zu einem höheren Prozentsatz als auffällig zu werten als die der Väter (n = 13).

**Tab. 5** stellt die Interpretationen der Problemscores von Kindern/Jugendlichen und Eltern gegenüber, wobei sich die Unterschiede als signifikant erwiesen (n = 33; McNemar-Test:  $p = 0,022$ ). Zwischen Kindern/Jugendlichen und Müttern (n = 27;  $p = 0,065$ ), Kindern/Jugendlichen und Vätern (n = 13;  $p = 0,375$ ) und zwischen Müttern und Vätern ( $p = 0,500$ ; n = 7) waren die Verteilungen der Einschätzungen nicht signifikant verschieden.

*Tab. 5: Gegenüberstellung der Interpretation des Problemscores aus Sicht der Kinder/Jugendlichen und aus Sicht der Eltern; McNemar-Test:  $p = 0,022$  (exakte Signifikanz, 2-seitig)*

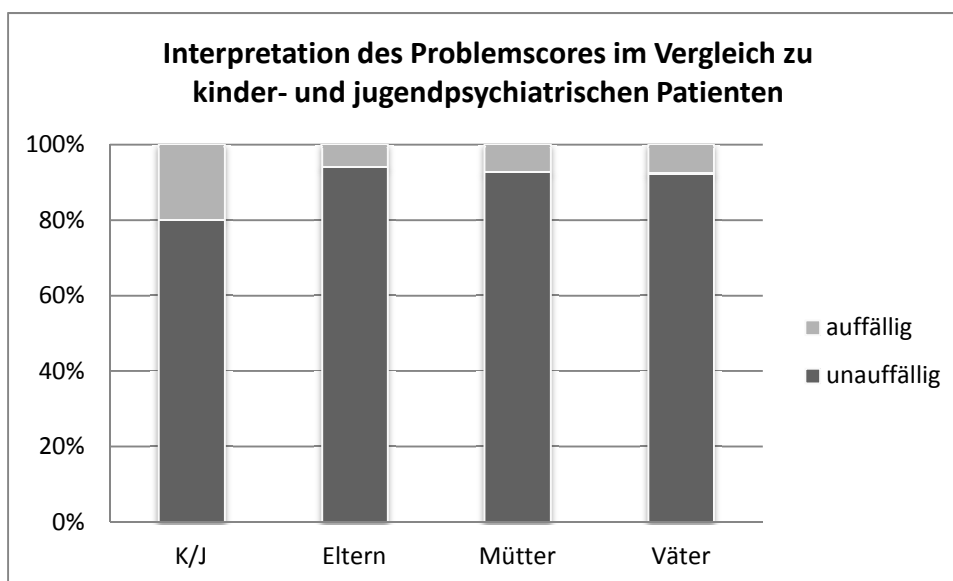
		Eltern		Gesamt
		unauffällig	auffällig	
Kinder/Jugendliche	unauffällig	14	11	25
	auffällig	2	6	8
Gesamt		16	17	33

Im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten als Referenznorm stellte sich die Situation naturgemäß anders dar. Die mittleren Prozentränge des Problemscores sind in **Tab. 6** dargestellt. Sie waren bei allen Beurteilern deutlich niedriger als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, jeweils unter Prozentrang 50 und bei den Kindern/Jugendlichen mit 43,1% diesmal höher und ungünstiger als bei den Eltern (37,7%).

*Tab. 6: Prozentränge des Problemscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten; alle Werte außer Zeilen 1 und 2 in %*

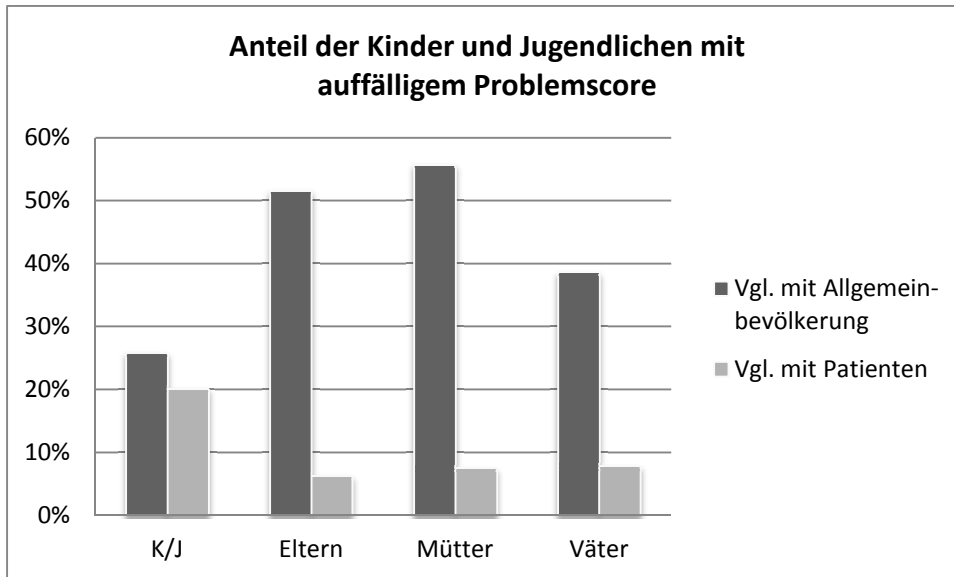
	ILK-Kinder/ Jugendliche	ILK-Eltern	ILK-Mütter	ILK-Väter
N	35	33	27	13
Mittelwert	43,1	37,7	41,3	26,7
Standardabweichung	32,8	33,0	33,7	28,8
Minimum	3,7	2,2	2,2	2,2
Maximum	99,9	97,9	97,9	97,9

Die Einschätzung des Problemscores als auffällig oder unauffällig ergab, dass im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen immer noch 20% (7 von 35) einen selbst im Vergleich zu einer klinischen Stichprobe als auffällig zu interpretierenden Problemscore aufwiesen, während dies in den Urteilen der Eltern bzw. der Elternteile jeweils nur bei einem (im Väterurteil) oder zwei Kindern (im Mütter- und Elternurteil) der Fall war. Dies zeigt **Abb. 27**.



**Abb. 27:** Interpretation des Problemscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (K/J = Kinder/Jugendliche; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 33; Mütter: n = 27; Väter: n = 13)

Somit ergab sich das in **Abb. 28** dargestellte Bild, dass sich die Interpretation des Problemscores als auffällig oder unauffällig im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen zwischen den verschiedenen Referenzpopulationen nicht wesentlich unterschied, während das Urteil der Eltern und der Elternteile über ihre Kinder deutliche Unterschiede aufwies. Hier wurden etwa im gemeinsamen Elternurteil mehr als die Hälfte aller Kinder in Bezug zur Allgemeinbevölkerung als auffällig angesehen, während nur zwei von 33 Kindern auch in einer klinischen Population noch als auffällig galten. Dieser Befund ist vor allem mit der Beschaffenheit der Referenzpopulationen zu erklären.



**Abb. 28:** Anteil der Kinder und Jugendlichen mit auffälligem Problemscore aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche)

### 3.2.2 Der Lebensqualitätsscore

Der Lebensqualitätsscore gibt an, wie hoch die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen ist. Er kann Werte von 0 (minimaler Wert) bis 28 (maximaler Wert) annehmen. Um 28 Punkte zu erreichen, müsste man in allen sieben erfragten Lebensbereichen mit „sehr gut“ antworten. Der Score kann nicht nur in absoluten Zahlen angegeben werden ( $LQ_{0-28}$ ), sondern auch als Optimalitätsscore in Prozent ( $LQ_{0-100\%}$ ; 0 Punkte entsprechen 0%, 28 Punkte 100%).

#### 3.2.2.1 Absolute Werte des Lebensqualitätsscores

**Abb. 29** und **Tab. 7** zeigen den mittleren Lebensqualitätsscore  $LQ_{0-28}$  aus Sicht der verschiedenen Beurteiler.

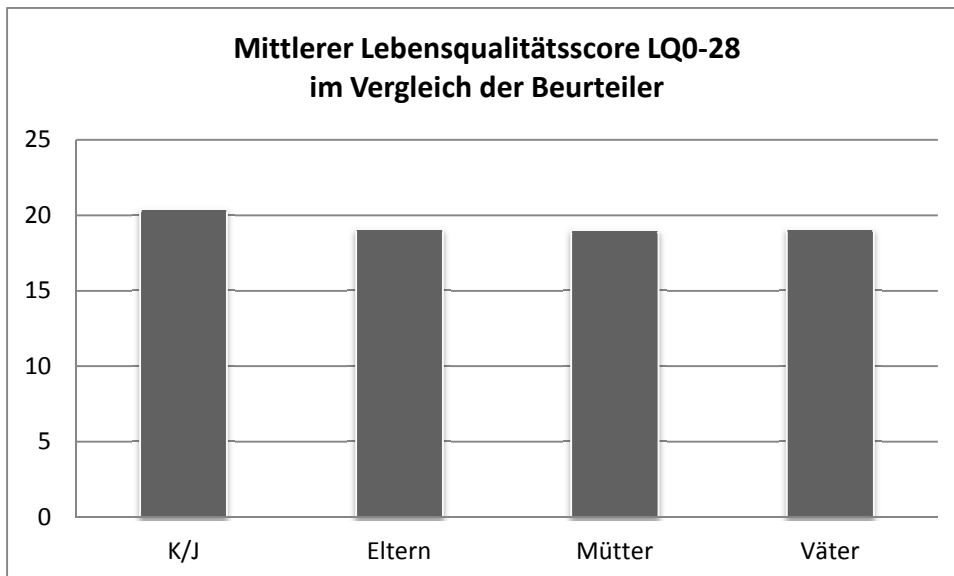


Abb. 29: Mittlerer Lebensqualitätsscore im Vergleich der Beurteiler (K/J = Kinder und Jugendliche)

Tab. 7: Lebensqualitätsscore LQ<sub>0-28</sub> im Vergleich der verschiedenen Beurteiler

	ILK-Kinder/ Jugendliche	ILK-Eltern	ILK-Mütter	ILK-Väter
N	35	33	27	13
Mittelwert	20,40	19,08	18,98	19,08
Standardabweichung	3,59	3,41	3,42	3,55
Minimum	13	12	12	12
Maximum	27	25	25	24

In der Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen lag der LQ<sub>0-28</sub> bei 20,4 Punkten, was 72,9% der maximal erreichbaren Lebensqualität entspricht (LQ<sub>0-100%</sub>). Die Eltern (LQ<sub>0-28</sub> = 19,1; Wilcoxon-Test: Z = -2,25; p = 0,024) und auch die Mütter alleine (LQ<sub>0-28</sub> = 19,0; Z = -2,11; p = 0,035) beurteilten die Lebensqualität ihrer Kinder signifikant schlechter als die Kinder selbst, wenn auch nur um 1,3 bis 1,4 Punkte. Auch der Vaterwert lag niedriger als der Wert der ehemaligen Patienten, allerdings konnte – wohl wieder der geringen Fallzahl geschuldet – hier lediglich eine Tendenz zum überzufälligen Mittelwertsunterschied festgestellt werden (Z = -1,73; p = 0,084). Der Vater- und der Mutterwert unterschieden sich in dieser Stichprobe nicht stark voneinander; in den lediglich sieben Fällen, in denen beide Werte gemeinsam vorlagen, war der Unterschied zwischen den Mittelwerten dieser sieben Fälle (Mütter: 18,14; Väter: 18,71) nicht signifikant (Z = -0,531; p = 0,595).

### 3.2.2.2 Einordnung des Lebensqualitätsscores

Auch der Lebensqualitätsscore kann wie der Problemscore mit den beiden Referenzpopulationen Allgemeinbevölkerung und kinder- und jugendpsychiatrische Patienten in Beziehung gesetzt werden, um die Kinder und Jugendlichen bezüglich ihrer Lebensqualität zu verorten.

Die mittleren Prozenträge des LQ<sub>0-28</sub> im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind in **Tab. 8** dargestellt. Je höher die Prozenträge sind, desto günstiger ist die Lebensqualität zu beurteilen. In der Selbstbeurteilung erreichten die Kinder und Jugendlichen einen mittleren Prozentrang von 44,9, d.h. im Mittel hatten 44,9% aller Angehörigen der der Allgemeinbevölkerung zugehörigen Schulstichprobe denselben oder einen geringeren Wert im LQ<sub>0-28</sub>, während durchschnittlich 55,1% aller Kinder der Schulstichprobe günstigere Werte aufwiesen. Der schlechteste Wert lag bei 1,6%, der beste bei 98,9%.

Im Elternurteil lag der mittlere Prozentrang ungünstiger (28,6%), bei den Müttern (27,6%) noch etwas niedriger als bei den Vätern (29,6%).

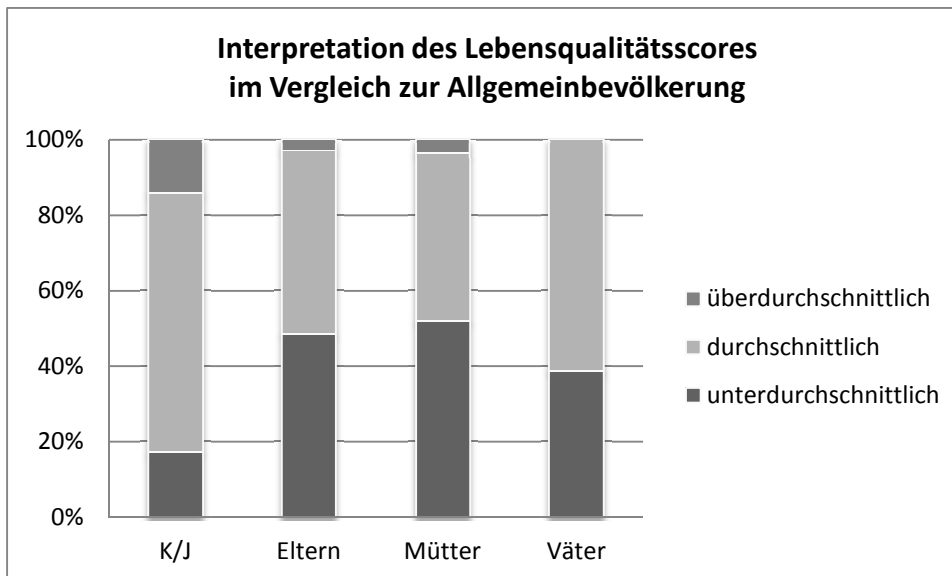
*Tab. 8: Prozenträge des Lebensqualitätsscores LQ<sub>0-28</sub> aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung; alle Werte außer Zeilen 1 und 2 in %*

	ILK-Kinder/ Jugendliche	ILK-Eltern	ILK-Mütter	ILK-Väter
N	35	33	27	13
Mittelwert	44,9	28,6	27,6	29,6
Standardabweichung	30,4	29,3	29,1	28,6
Minimum	1,6	0,8	0,8	0,8
Maximum	98,9	86,5	86,5	78,2

Der Lebensqualitätsscore wird folgendermaßen interpretiert: Wird ein Prozenrang von 15 oder weniger erreicht, gilt die Lebensqualität im Vergleich zur Eichstichprobe als unterdurchschnittlich, ab einem Prozenrang von 85 gilt sie als überdurchschnittlich, dazwischen als durchschnittlich.

Die so vorgenommene Eingruppierung der ehemaligen Patienten der Tagesklinik Tübingen zeigt **Abb. 30**.





**Abb. 30: Interpretation des Lebensqualitätsscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (K/J = Kinder/Jugendliche; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 33; Mütter: n = 27; Väter: n = 13)**

Es wird deutlich, dass die Kinder- und Jugendlichenangaben mehrheitlich als günstiger angesehen werden müssen als die der Eltern. So war bei 24 von 35 Kindern und Jugendlichen (68,6%) die Lebensqualität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als durchschnittlich zu werten, während sich die als unter- (6) und überdurchschnittlich (5) anzusehenden in etwa die Waage hielten. Bei den Eltern dagegen musste knapp die Hälfte aller Angaben als unterdurchschnittlich gelten (16 von 33; 48,5%), und nur ein Jugendlicher wies bezogen auf die Allgemeinbevölkerung eine überdurchschnittliche Lebensqualität auf. Die Ergebnisse aus Vätertsicht waren etwas günstiger als die der Mütter, aber ungünstiger als die ihrer Kinder.

Fasst man die bezüglich ihrer Lebensqualität als durchschnittlich und überdurchschnittlich anzusehenden Kinder und Jugendlichen in einer Kategorie zusammen und stellt sie den unterdurchschnittlichen gegenüber, ergibt sich zwischen den Kinder und Jugendlichen einerseits und den Eltern andererseits ein signifikanter Unterschied (n = 33; McNemar-Test; p = 0,007; diese Zusammenfassung zu einer neuen Kategorie ist aufgrund sonst zu geringer Zellenhalte nötig). Die ehemaligen Patienten bewerteten ihre Lebensqualität im

Vergleich zur Allgemeinbevölkerung also signifikant besser als ihre Eltern. **Tab. 9** zeigt die entsprechende Gegenüberstellung.

*Tab. 9: Gegenüberstellung der Interpretation des Lebensqualitätsscores aus Sicht der Kinder/Jugendlichen und aus Sicht der Eltern; McNemar-Test:  $p$  (exakte Signifikanz, 2-seitig) = 0,007*

		Eltern		gesamt
		unterdurchschnittlich	durchschnittlich und überdurchschnittlich	
Kinder/Jugendliche	unterdurchschnittlich	3	2	5
	durchschnittlich und überdurchschnittlich	13	15	28
Gesamt		16	17	33

Auch die Unterschiede zwischen Kindern/Jugendlichen und Müttern waren signifikant ( $n = 27$ ;  $p = 0,022$ ), während dies für die Gegenüberstellung Kinder/Jugendliche – Väter ( $n = 13$ ;  $p = 0,063$ ) nur andeutungsweise und für Mütter – Väter ( $n = 7$ ;  $p = 1,00$ ) nicht galt.

Für den Lebensqualitätsscore gilt selbstverständlich ebenfalls, dass der Vergleich mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten günstigere Prozenträge ergibt als der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung. Die entsprechenden Werte sind in **Tab. 10** aufgeführt. Im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen betrug der mittlere Prozenrang 66,5, was bedeutet, dass im Mittel 66,5% aller Angehörigen der kinder- und jugendpsychiatrischen Eichstichprobe denselben oder einen niedrigeren Lebensqualitätsscore aufwiesen. Durchschnittlich 33,5% wiesen höhere Werte auf. Der kleinste und ungünstigste Wert betrug im Selbsturteil 6,8%, der günstigste bei allen Beurteilern 100%.

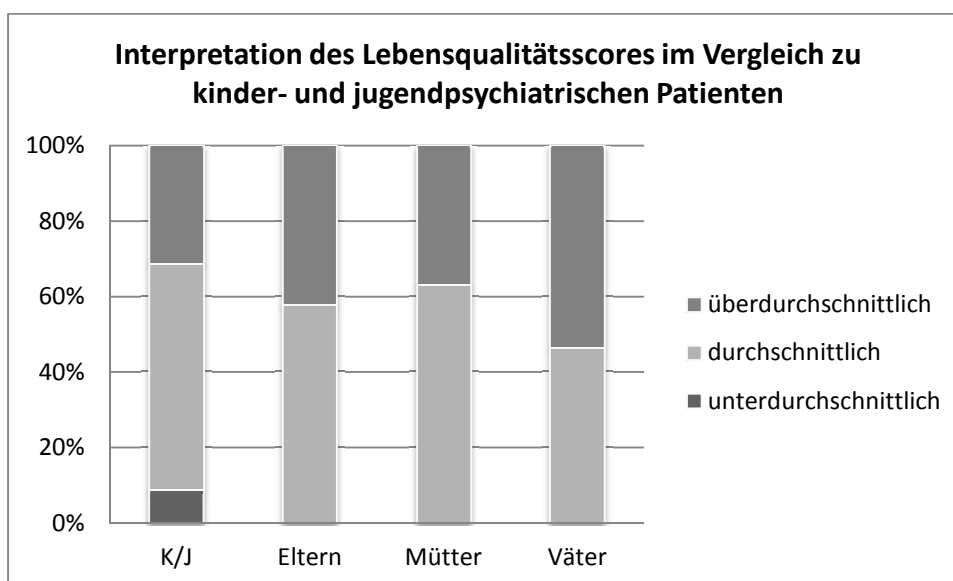
Die Eltern erreichten hier wie bereits beim Problemscore günstigere Werte als ihre Kinder mit einem mittleren Prozenrang von 74,6. Die mittleren Väterwerte (77,1) waren – bei eingeschränkter Vergleichbarkeit – erneut etwas günstiger als die der Mütter (73,0).

**Tab. 10: Prozenträge des Lebensqualitätsscores  $LQ_{0-28}$  aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten; alle Werte außer Zeilen 1 und 2 in %**

	ILK-Kinder/ Jugendliche	ILK-Eltern	ILK-Mütter	ILK-Väter
N	35	33	27	13
Mittelwert	66,5	74,6	73,0	77,1
Standardabweichung	27,8	22,8	23,3	24,6
Minimum	6,8	20,0	20,0	20,0
Maximum	100,0	100,0	100,0	100,0

Bei der Interpretation des Lebensqualitätsscores im Vergleich zur kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe fanden sich nur noch im Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen als unterdurchschnittlich zu bewertende Ergebnisse, und zwar bei drei ehemaligen Patienten (8,6%), während der Anteil derer mit überdurchschnittlicher Lebensqualität im Selbsturteil 31,4% betrug. Dies zeigt **Abb. 31**.

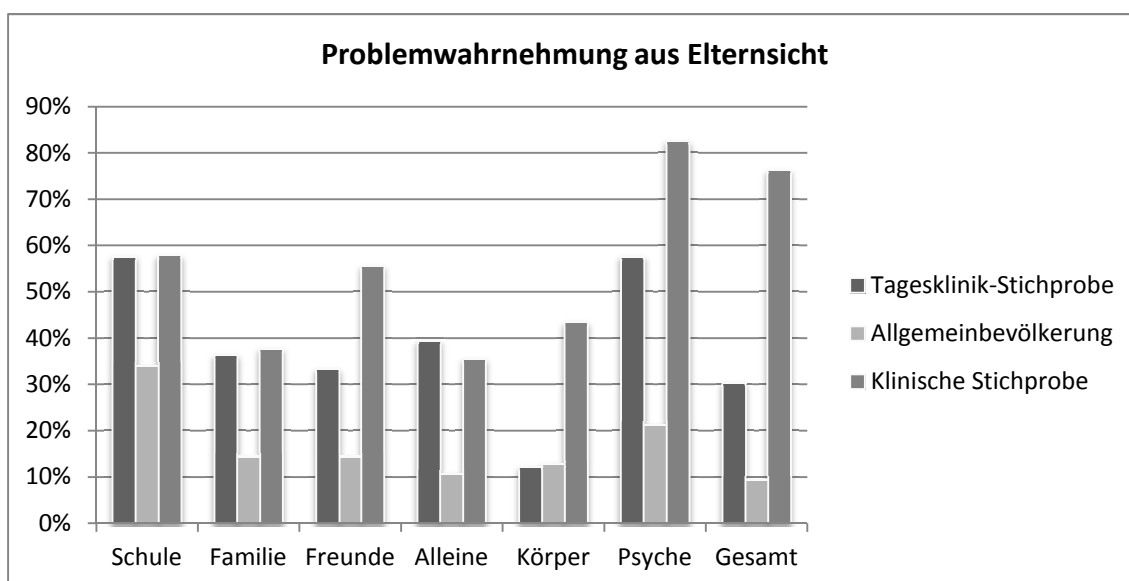
Bei den Eltern gab es kein einziges Ergebnis, das eine als unterdurchschnittlich zu bewertende Lebensqualität auswies. Im Gegenteil waren die Angaben sogar bei 42,4% als überdurchschnittlich zu werten, bei den Müttern zu 37,0% und den Vätern sogar zu 53,8%. Der zu 100% fehlende Rest erreichte folglich jeweils eine durchschnittliche Lebensqualität.



**Abb. 31: Interpretation des Lebensqualitätsscores aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (K/J = Kinder/Jugendliche; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 33; Mütter: n = 27; Väter: n = 13)**

### 3.2.3 Die einzelnen Lebensbereiche

Zum Abschluss des Kapitels über die Lebensqualität erfolgt noch eine kurze Darstellung der Ergebnisse auf Ebene der erfassten Lebensbereiche Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen (kindgerechte Benennung im ILK: „Freunde“), Interessen und Freizeitgestaltung („Alleine“), körperliche Gesundheit („Gesundheit“), psychische Gesundheit („Nerven/Laune“) und Gesamtbefinden („Alles zusammen“). Dem gängigen Vorgehen in der Literatur folgend werden diese Lebensbereiche ausgewertet, indem für jeden Bereich angegeben wird, wie viel Prozent der Eltern bzw. der Kinder und Jugendlichen denselben als problematisch einschätzten, also ihn mit teils teils, eher schlecht oder sehr schlecht bewerteten. Die Ergebnisse der Tagesklinik-Stichprobe können wiederum mit der Allgemeinbevölkerung und der klinischen Inanspruchnahmepopulation verglichen werden. Da die Vergleichsdaten in diesem Fall nur alters- und geschlechtsspezifisch vorliegen, erfolgt der Vergleich mit den Daten der 13- bis 15-jährigen Jungen. Dies erscheint aufgrund der Struktur der Tagesklinik-Stichprobe auch sinnvoll: Das mittlere Alter der befragten Kinder und Jugendlichen betrug 13,5 Jahre und 85,7% waren männlich. Die Ergebnisse der einzelnen Lebensbereiche aus Elternsicht zeigt **Abb. 32**.



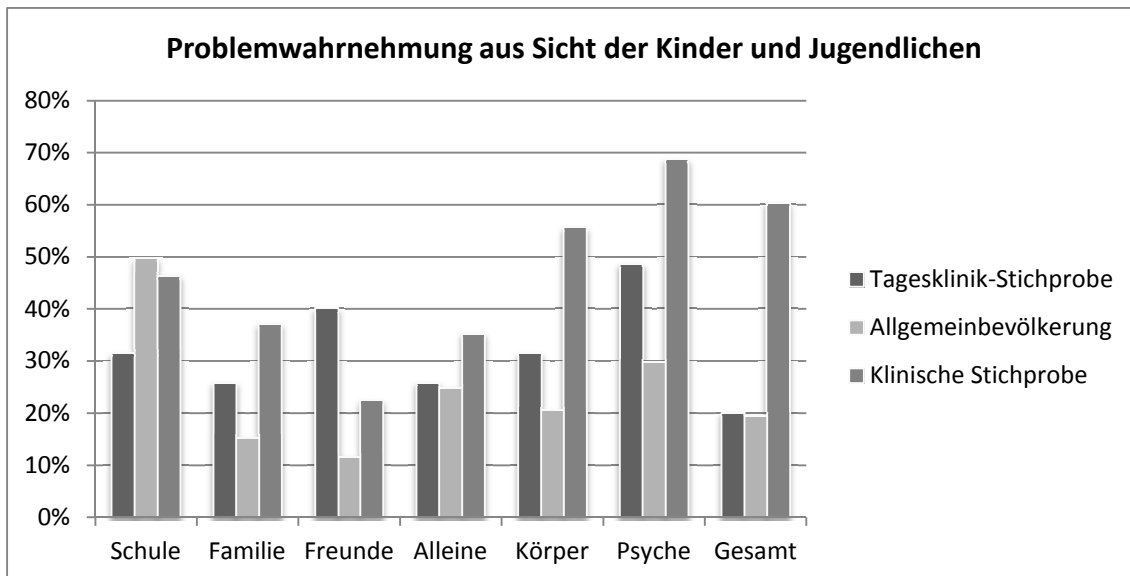
**Abb. 32: Problemwahrnehmung aus Elternsicht (n = 33).** Dargestellt ist der prozentuale Anteil der Eltern, die den entsprechenden Lebensbereich als problematisch einstufen, also teils teils, eher schlecht oder sehr schlecht ankreuzten.

Es wird ersichtlich, dass die Eltern der ehemaligen Patienten wie die Eltern der Referenzstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung am häufigsten die Bereiche Schule und psychische Gesundheit als problematisch einschätzten (zu jeweils 57,6%), während die körperliche Gesundheit und das Gesamtbefinden am seltensten als problematisch eingestuft wurden.

Ferner wird deutlich, dass die ehemaligen Patienten aus Elternsicht in allen Lebensbereichen außer im Bereich körperliche Gesundheit deutlich häufiger belastet waren als die Kinder der Allgemeinbevölkerung. Im Vergleich mit der klinischen Stichprobe zeigte sich demgegenüber ein weniger einheitliches Bild. In den Bereichen Schule, Familie und Interessen/Freizeitgestaltung („Alleine“) nahmen die Eltern vergleichbar häufig Probleme wahr wie die Eltern der klinischen Vergleichsstichprobe, während sie die Bereiche Freunde, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit und das Gesamtbefinden deutlich seltener als problembehaftet ansahen.

Aus Sicht der Kinder und Jugendlichen selbst fanden sich zum Teil abweichende Ergebnisse. Sie sind dargestellt in **Abb. 33**. Am häufigsten als problematisch eingeschätzt wurden die Bereiche psychische Gesundheit und soziale Kontakte zu Gleichaltrigen („Freunde“). Am seltensten problematisch eingeschätzt wurde der Bereich „Gesamt“, gefolgt von den Bereichen „Alleine“ und „Familie“. Der Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigte diesmal sogar ein günstigeres Abschneiden der Tagesklinik-Stichprobe im Bereich Schule an, und in den Bereichen „Gesamt“ und „Alleine“ lagen die ehemaligen Tagesklinik-Patienten nur geringfügig ungünstiger als die Allgemeinbevölkerung. Die anderen vier Bereiche zeigten deutlich ungünstigere Werte als die Allgemeinbevölkerung.

Im Vergleich zur klinischen Stichprobe lag die Tagesklinik-Stichprobe in allen Bereichen deutlich günstiger. Die einzige Ausnahme stellte der Bereich „Freunde“ dar, der von der Tagesklinik-Stichprobe häufiger als problematisch eingeschätzt wurde.



**Abb. 33: Problemwahrnehmung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen (n = 35).** Dargestellt ist der prozentuale Anteil der ehemaligen Patienten, die den entsprechenden Lebensbereich als problematisch einstufen, also teils teils, eher schlecht oder sehr schlecht ankreuzten.

### 3.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse des ILK

Bei den Ergebnissen des ILK lassen sich Muster erkennen, die sowohl für den Problemscore als auch für den Lebensqualitätsscore gelten.

1. Was die absoluten Werte der Scores angeht, zeigten die ehemaligen Patienten jeweils günstigere Ergebnisse als die Eltern gemeinsam. Die Kinder schätzten also durchschnittlich weniger Lebensbereiche als problematisch ein und bewerteten ihre Lebensqualität etwas höher als ihre Eltern.
2. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wiesen die Kinder und Jugendlichen günstigere Prozentränge auf als ihre Eltern, sowohl beim Problem- als auch beim Lebensqualitätsscore. Ferner war im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung die Eingruppierung in die Kategorien „auffällig/unauffällig“ bzw. „unter-/über- oder durchschnittlich“ in der Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen günstiger als in der Fremdbeurteilung durch ihre Eltern.

3. Demgegenüber waren im Vergleich zu kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten die Prozenträge der Kinder und Jugendlichen in beiden Scores ungünstiger als die der Eltern – ebenso war dies bei der Eingruppierung in die Kategorien „auffällig/unauffällig“ bzw. „unter-/über- oder durchschnittlich“.
4. Aus Elternsicht waren die Kinder und Jugendlichen tendenziell „auffälliger“ als die Allgemeinbevölkerung bzw. wiesen eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eher unterdurchschnittliche Lebensqualität auf. Sie schnitten aus Elternsicht aber günstiger ab als kinder- und jugendpsychiatrische Patienten und wiesen im Vergleich eine eher überdurchschnittliche Lebensqualität auf. Anders war die Situation in der Selbstbeurteilung der Kinder- und Jugendlichen.
5. Im Selbsturteil der ehemaligen Patienten war die Abgrenzung zu den beiden Referenzpopulationen schwierig und nicht eindeutig möglich. Die Kinder und Jugendlichen lagen weder genau in der einen noch in der anderen Vergleichsstichprobe, waren aber auch nicht allzu weit von beiden entfernt, was mit der ähnlichen Struktur der beiden Referenzstichproben zusammenhängt.
6. Bei Betrachtung der einzelnen Lebensbereiche aus Elternsicht wurden die Schule und die psychische Gesundheit am häufigsten als problematisch eingestuft, die körperliche Gesundheit und das Gesamtbefinden am seltensten.
7. Die Kinder und Jugendlichen schätzten am häufigsten die Bereiche psychische Gesundheit und soziale Kontakte zu Gleichaltrigen als problematisch ein, am seltensten die Bereiche „Gesamt“, „Alleine“ und „Familie“.

### 3.3 Beurteilung der Behandlung

Die Beurteilung der Behandlung wurde mit dem Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) untersucht (Mattejat & Remschmidt 1998). Hier beurteilten die ehemaligen Patienten, die Mütter und die Väter, wie sie selbst aus heutiger Sicht mit der damaligen Behandlung zufrieden waren.

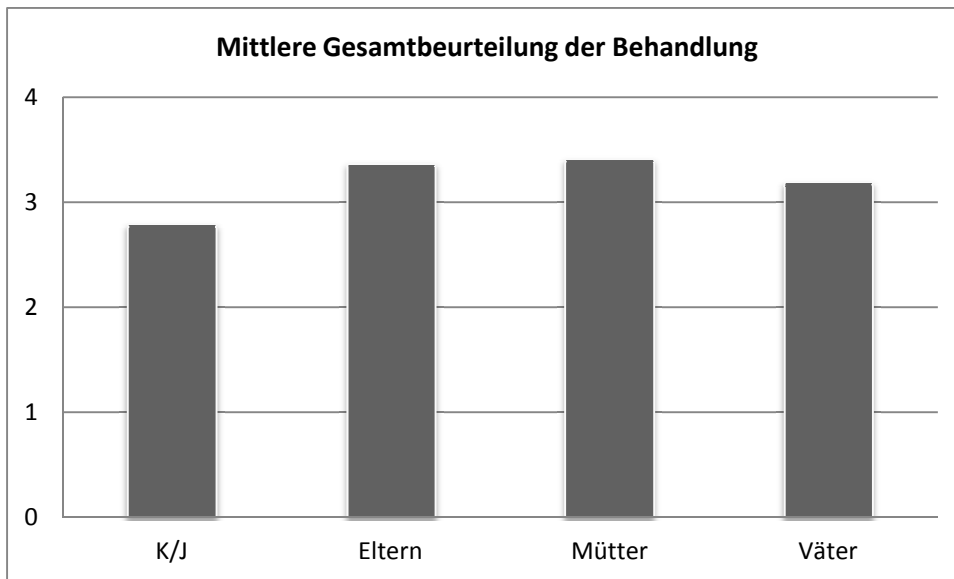
Bei den Patienten werden neben einem Patienten-Gesamtwert die drei Skalen „Erfolg der Behandlung“, „Beziehung zum Therapeuten“ und „Rahmenbedingungen der Behandlung“ ermittelt. Für die Eltern existieren neben dem Eltern-Gesamtwert die zwei Skalen „Erfolg der Behandlung“ und „Verlauf der Behandlung“. Die Skala „Erfolg der Behandlung“ wiederum kann in der Patienten- wie in der Elternversion weiter in Subskalen aufgeschlüsselt werden.

Die Skalenwerte liegen wie die Einzelitems des FBB zwischen 0 (schlechtester Wert) und 4 (besten Wert).

#### 3.3.1 Die Gesamtbeurteilung

**Abb. 34** und **Tab. 11** zeigen die Kennziffern der Gesamtbeurteilung aus Sicht der verschiedenen Beurteiler. Alle Beurteiler lagen im Bereich zwischen 2,5 und 3,5, was dem Vorschlag der Autoren des FBB folgend als „gut“ gelten kann (zweithöchste von fünf Kategorien). Bei den ehemaligen Patienten fand sich mit einer mittleren Gesamtbeurteilung von 2,79 der niedrigste und damit ungünstigste Wert. Die Eltern lagen mit einem Mittelwert von 3,36 deutlich über den Patienten, die Mütter (3,40) etwas höher als die Väter (3,18).





**Abb. 34:** Mittlere Gesamtbeurteilung der Behandlung im Vergleich der Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche)

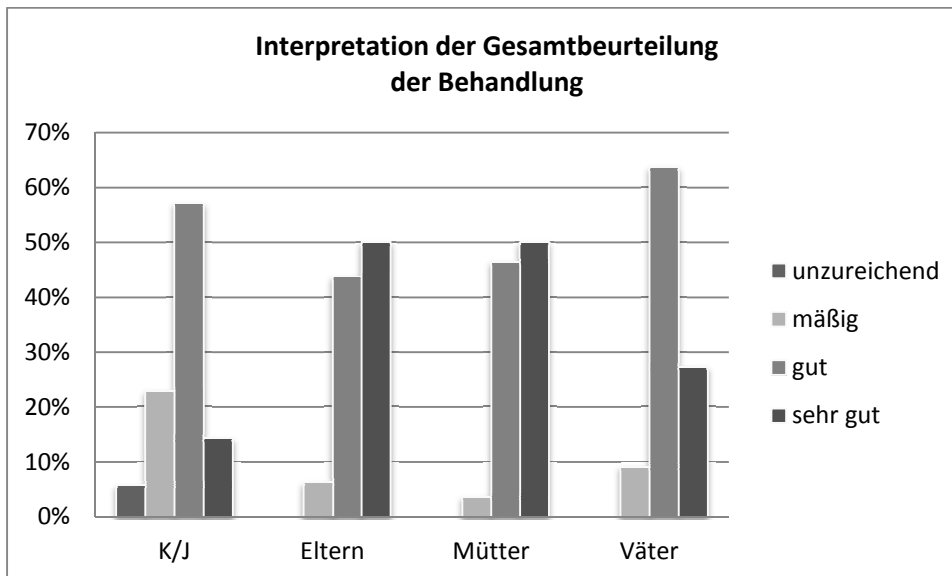
**Tab. 11:** FBB-Gesamtwert im Vergleich der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche)

	K/J-Gesamtwert	Eltern-Gesamtwert	Mutter-Gesamtwert	Vater-Gesamtwert
N	35	32	28	11
Mittelwert	2,79	3,36	3,40	3,18
Standardabweichung	0,69	0,55	0,51	0,54
Minimum	1,30	1,67	1,67	2,00
Maximum	4,00	4,00	4,00	3,81

Der Patienten-Gesamtwert unterschied sich hoch signifikant vom Eltern-Gesamtwert (Wilcoxon-Test:  $n = 32$ ;  $Z = -4,19$ ;  $p < 0,001$ ), vom Mutter-Gesamtwert ( $n = 28$ ;  $Z = -3,99$ ;  $p < 0,001$ ) und signifikant vom Vater-Gesamtwert ( $n = 11$ ;  $Z = -2,05$ ;  $p = 0,041$ ). Der Unterschied zwischen Mutter- und Vater-Gesamtwert war – sicherlich mit beeinflusst durch die geringe Zahl von sieben gemeinsam vorliegenden Werten – nicht signifikant ( $Z = -1,35$ ;  $p = 0,176$ ).

**Abb. 35** schlüsselt für die verschiedenen Beurteiler die Interpretation des Gesamtwerts auf. Sie zeigt, dass die Behandlung Beurteiler-übergreifend überwiegend mit gut (2,5-3,5 Punkte) oder sehr gut ( $> 3,5$  Punkte) bewertet wurde. Bei den Kindern und Jugendlichen ( $n = 35$ ) fanden sich allerdings zwei

als unzureichend zu bewertende Gesamtergebnisse (5,7%) und acht Mal die Beurteilung „mäßig“ (22,9%). Zum größten Teil konnten die Angaben der Kinder als gut angesehen werden (57,1%), bei 14,3% als sehr gut.



**Abb. 35:** Interpretation der Gesamtbeurteilung der Behandlung aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 32; Mütter: n = 28; Väter: n = 11)

Bei den Eltern (n = 32) war das Bild ein weitaus positiveres. Hier bewertete die Hälfte aller Befragten die Behandlung als sehr gut, 43,8% stellten ein gutes Zeugnis aus und zwei Mal (6,3%) lautete das Gesamturteil „mäßig“. Die Mütterwerte waren wegen der Berechnung des Elternwerts, der sich größtenteils aus Mutterangaben zusammensetzt, naturgemäß ähnlich (n = 28), die elf befragten Väter bewerteten die Therapie insgesamt mehrheitlich als gut.

Eine Einordnung der hier untersuchten Stichprobe konnte dadurch erfolgen, dass sie einer Vergleichsstichprobe gegenübergestellt wurde und die jeweiligen Mittelwerte verglichen wurden. **Tab. 12** zeigt diese Gegenüberstellung.

*Tab. 12: Mittlerer FBB-Gesamtwert der verschiedenen Beurteiler in der Stichprobe der Tagesklinik Tübingen und in Vergleichsstichproben (s. Text; n.v. = nicht vorhanden)*

	Mittelwert Stichprobe Tagesklinik Tübingen	Mittelwert Vergleichsstichprobe	p (t-Test bei einer Stichprobe)
Kinder/Jugendliche (n = 35)	2,79	2,73	0,63
Eltern (n = 32)	3,36	n.v.	n.v.
Mütter (n = 28)	3,40	3,21	0,054
Väter (n = 11)	3,18	3,26	nicht sinnvoll

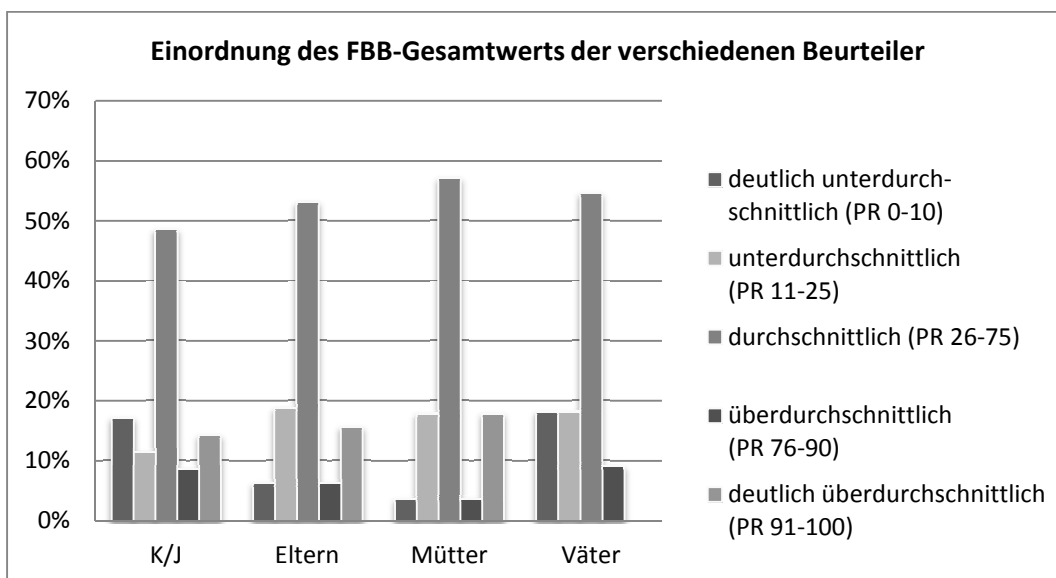
Für den Patienten-Gesamtwert liegt eine klinische Stichprobe (n = 584) (Mattejat & Remschmidt 1998: 34) als Vergleichsnorm vor, deren Mittelwert 2,73 sich schon auf den ersten Blick nicht wesentlich vom Mittelwert der ehemaligen Tagesklinik-Patienten (MW = 2,79) unterscheidet (T-Test bei einer Stichprobe:  $T = 0,49$ ;  $df = 34$ ;  $p = 0,63$ ). Für die Mutter- und Vater-Gesamtwerte liegen jeweils Mittelwerte aus einer Qualitätssicherungsstichprobe vor (n = 114). Dort liegt der Mutter-Gesamtwert bei 3,21 (hier: 3,40) und unterscheidet sich zwar nicht signifikant vom Wert der Eichstichprobe, ein Unterschied zu Gunsten der hier untersuchten Stichprobe deutet sich aber zumindest statistisch an ( $T = 2,02$ ;  $df = 27$ ,  $p$  (2-seitig) = 0,054). Der Vater-Gesamtwert in der Vergleichsstichprobe liegt bei 3,26 und unterscheidet sich damit nur unwesentlich vom Wert in der hier untersuchten Stichprobe (3,18). Da bei den Vätern nur elf Fragebögen vorlagen und die Voraussetzung der Normalverteilung nicht sicher gegeben war, ließ sich der t-Test für eine Stichprobe hier nicht sinnvoll anwenden, war aber aufgrund des sowieso sehr geringen Mittelwertsunterschieds von 0,08 Punkten auch nicht relevant. Ein gemeinsamer Elternwert findet sich in der Vergleichsstichprobe nicht.

Ergänzend zum Mittelwertsvergleich mit Eichstichproben kann der Gesamtwert des FBB auch durch die Betrachtung von Prozenträngen, die sich auf dieselben Eichstichproben beziehen, eingeordnet werden. Hier werden den Autoren des FBB folgend die Kategorien „deutlich unterdurchschnittlich“ (Prozentrang 0-10), „unterdurchschnittlich“ (Prozentrang 11-25), „durchschnittlich“ (Prozentrang 26-75), „überdurchschnittlich“ (Prozentrang 76-90) und „deutlich

überdurchschnittlich“ (Prozentrang 91-100) gebildet (Mattejat & Remschmidt 1998: 37-38).

Die Verteilung auf die verschiedenen Kategorien zeigt **Abb. 36**. Es wird ersichtlich, dass die Einordnung des Gesamtergebnisses im Vergleich zur Eichstichprobe Beurteiler-übergreifend mehrheitlich als durchschnittlich betrachtet werden kann. Es sei klar gestellt, dass eine Einordnung in den Bereich „durchschnittlich“ hier nicht bedeutet, dass die Beurteiler die Behandlung insgesamt als durchschnittlich einschätzen. Im Gegenteil kann auch eine als sehr gut bewertete Therapie im Vergleich zu den Angaben der Eichstichproben noch als durchschnittlich gelten, da günstige Bewertungen sehr häufig vorkommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen überwogen die beiden unterdurchschnittlichen Kategorien die beiden überdurchschnittlichen leicht, bei den Müttern waren fünf der sechs überdurchschnittlichen Kategorien sogar deutlich überdurchschnittlich, während bei den elf Vätern die beiden unterdurchschnittlichen Kategorien vier Mal, die Kategorie überdurchschnittlich dagegen nur ein Mal und deutlich überdurchschnittlich gar nicht vorkam.

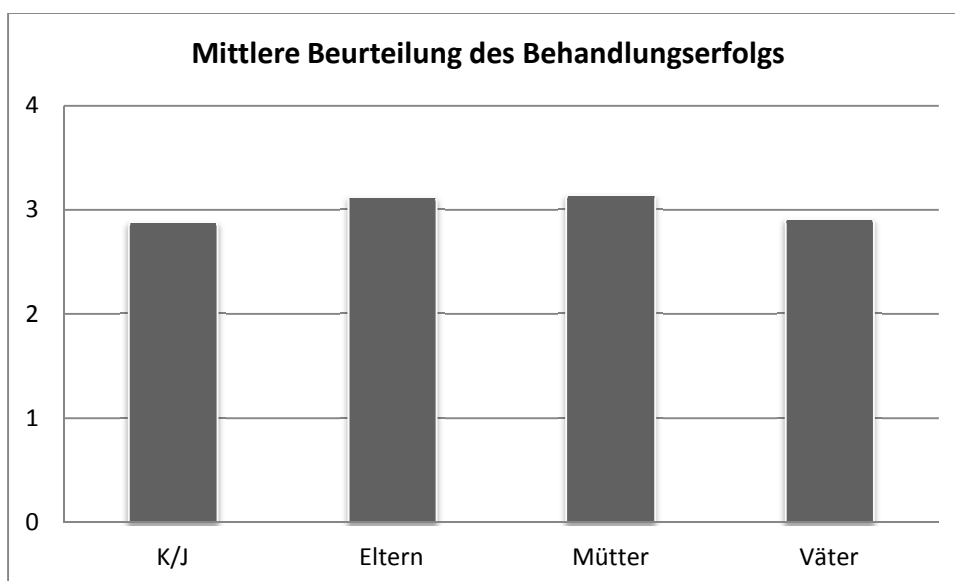


**Abb. 36: Einordnung des FBB-Gesamtwerts der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zu Eichstichproben; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 32; Mütter: n = 28; Väter: n = 11; K/J = Kinder/Jugendliche; PR = Prozentrang)**

### 3.3.2 Beurteilung des Behandlungserfolgs

Die Beurteilung des Behandlungserfolgs ist in **Abb. 37** und **Tab. 13** dargestellt. Auch hier waren die Mittelwerte aller Beurteiler im zweithöchsten Bereich zwischen 2,5 und 3,5 zu finden, was nach dem Vorschlag der FBB-Autoren als „überwiegend erfolgreich“ gelten kann bzw. für „deutliche Fortschritte“ spricht. Erneut wiesen die Mütter den höchsten Wert auf (3,14), der Unterschied zum Wert der Kinder und Jugendlichen (2,88) war signifikant (Wilcoxon-Test:  $n = 28$ ;  $Z = -2,145$ ;  $p = 0,03$ ), der zum Vaterwert, der nur in sieben Fällen gleichzeitig zum Mutterwert vorlag, nicht.

Auch der Gesamt-Elternwert (3,12), der ja hauptsächlich aus Mütterangaben bestand, war signifikant höher als der Wert der Kinder und Jugendlichen ( $n = 32$ ;  $Z = -2,03$ ;  $p = 0,04$ ). Vom Vaterwert (2,91) unterschied sich der Kinder- und Jugendlichenwert fast nicht, auch nicht der Mittelwert der elf Kinder und Jugendlichen, für die auch ein Vaterwert vorlag (2,87).



**Abb. 37: Mittlere Beurteilung des Behandlungserfolgs im Vergleich der Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche)**

Tab. 13: FBB-Skala Behandlungserfolg im Vergleich der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/ Jugendliche)

	K/J-Erfolgswert	Eltern-Erfolgswert	Mütter-Erfolgswert	Väter-Erfolgswert
N	35	32	28	11
Mittelwert	2,88	3,12	3,14	2,91
Standardabweichung	0,78	0,70	0,69	0,53
Minimum	1,20	0,71	0,71	2,14
Maximum	4,00	4,00	4,00	3,86

Wie der Behandlungserfolg im einzelnen von den verschiedenen Beurteilern bewertet wurde, ist in **Abb. 38** aufgeschlüsselt. Bei den ehemaligen Tagesklinik-Patienten erzielten 65,7% deutliche oder sehr gute Fortschritte, bei den Eltern gemeinsam 78,13%, bei den Müttern sogar 82,1% und bei den Vätern 81,8%. Die zu hundert fehlenden Prozent erzielten überwiegend immer noch mäßige Fortschritte; nur zwei ehemalige Patienten und eine Mutter (die ja auch Teil des gemeinsamen Elternwerts ist) sahen lediglich geringe Fortschritte (0,5 bis 1,5 Punkte). Die ungünstigste Kategorie „keine Fortschritte“ kam nicht als Ergebnis vor.

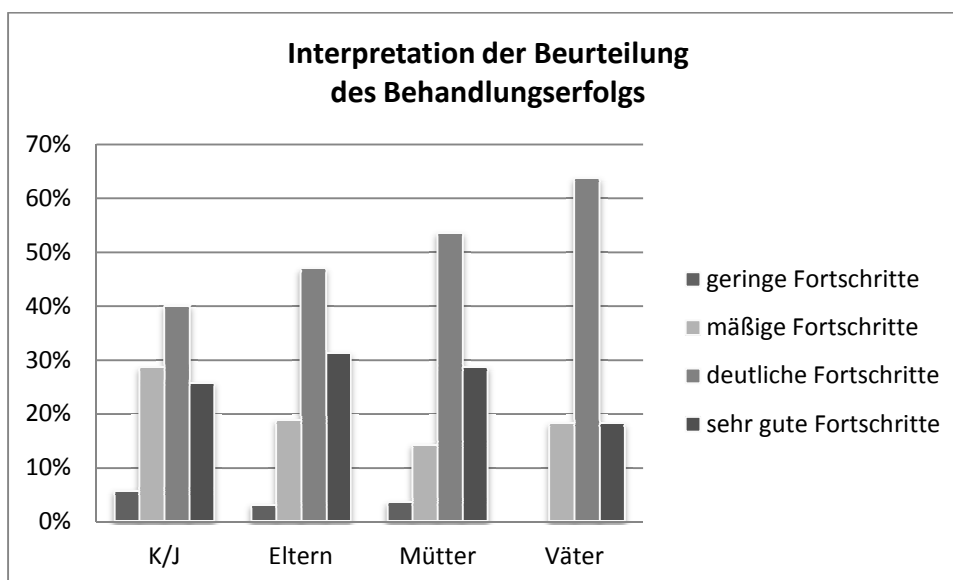


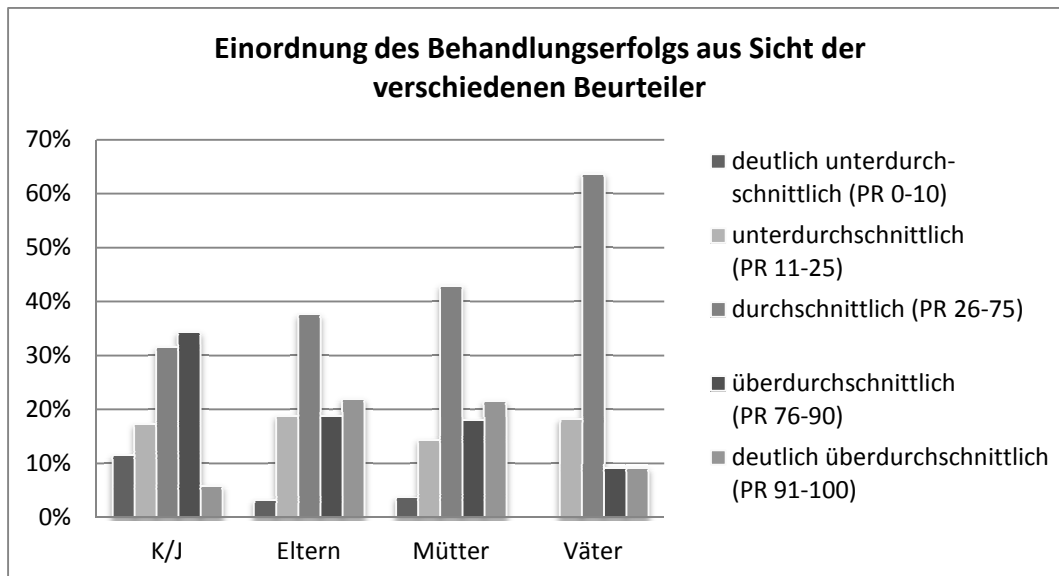
Abb. 38: Interpretation der Beurteilung des Behandlungserfolgs aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 32; Mütter: n = 28; Väter: n = 11)

Auch bei dieser Skala erfolgte die Einordnung der Ergebnisse zunächst durch den Vergleich der Mittelwerte der verschiedenen Beurteiler mit denselben Eichstichproben wie für die Gesamtbeurteilung der Behandlung. **Tab. 14** stellt die Mittelwerte einander gegenüber und zeigt, dass bei den Kindern und Jugendlichen kein signifikanter Unterschied zur Eichstichprobe bestand (t-Test bei einer Stichprobe:  $T = 1,141$ ;  $df = 34$ ;  $p = 0,262$ ), während die Mütterwerte der hier untersuchten Stichprobe sehr signifikant günstiger waren als in der Vergleichsstichprobe ( $T = 2,873$ ;  $df = 27$ ;  $p = 0,008$ ). Auch hier war für die Väter wegen mangelnder Voraussetzungen der Ein-Stichproben-t-Test nicht sinnvoll anwendbar, aber dies war aufgrund des offensichtlich geringen Unterschieds zwischen den Mittelwerten wiederum auch gar nicht nötig. Ein gemeinsamer Elternwert existiert in der Eichstichprobe nicht.

*Tab. 14: Mittlerer Behandlungserfolg der verschiedenen Beurteiler in der Stichprobe der Tagesklinik Tübingen und in Vergleichsstichproben (s. Text; n.v. = nicht vorhanden)*

	Mittelwert Stichprobe Tagesklinik Tübingen	Mittelwert Vergleichsstichprobe	p (t-Test bei einer Stichprobe)
Kinder/Jugendliche (n = 35)	2,88	2,73	0,262
Eltern (n = 32)	3,12	n.v.	n.v.
Mütter (n = 28)	3,14	2,77	0,008
Väter (n = 11)	2,91	2,84	nicht sinnvoll

Die Einordnung des Behandlungserfolgs anhand der Prozenträge der Vergleichsstichproben zeigt **Abb. 39**. Bei den Kindern und Jugendlichen waren 40% (14 von 35) als über- oder deutlich überdurchschnittlich im Vergleich zur Eichstichprobe einzuschätzen und 28,6% (10 von 35) als unter- oder deutlich unterdurchschnittlich. Bei den Eltern und den Müttern alleine überwogen die in Bezug auf den Behandlungserfolg als (deutlich) überdurchschnittlich einzuschätzenden die (deutlich) Unterdurchschnittlichen recht klar, während sich bei den Väterergebnissen die positiven und negativen Kategorien zahlenmäßig die Waage hielten (zwei unterdurchschnittliche Ergebnisse, ein überdurchschnittliches, ein deutlich überdurchschnittliches).



**Abb. 39: Einordnung des Behandlungserfolgs der verschiedenen Beurteiler im Vergleich zu Eichstichproben (s. Text; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 32; Mütter: n = 28; Väter: n = 11; K/J = Kinder/Jugendliche; PR = Prozentrang)**

### 3.3.3 Beziehung zum Therapeuten, Rahmenbedingungen und Verlauf der Behandlung

Die weiteren Skalen des FBB betreffen die Prozessqualität, unterscheiden sich jedoch zwischen der Patienten- und der Elternversion und sind deshalb nicht eins zu eins miteinander vergleichbar, auch wenn sie ähnliche Inhalte abdecken. In der Patientenversion lauten die beiden Skalen „Beziehung zum Therapeuten“ und „Rahmenbedingungen der Behandlung“, in der Elternversion gibt es nur eine Skala „Verlauf der Behandlung“, die aber unter anderem auch die Beziehung zum Therapeuten erfasst.

Die Ergebnisse der verschiedenen Skalen werden hier der besseren Übersicht wegen dennoch gemeinsam präsentiert, wobei die eingeschränkte Vergleichbarkeit nochmals ausdrücklich betont sei. In **Abb. 40** und **Tab. 15** sind die Mittelwerte und weitere Kennziffern dargestellt.



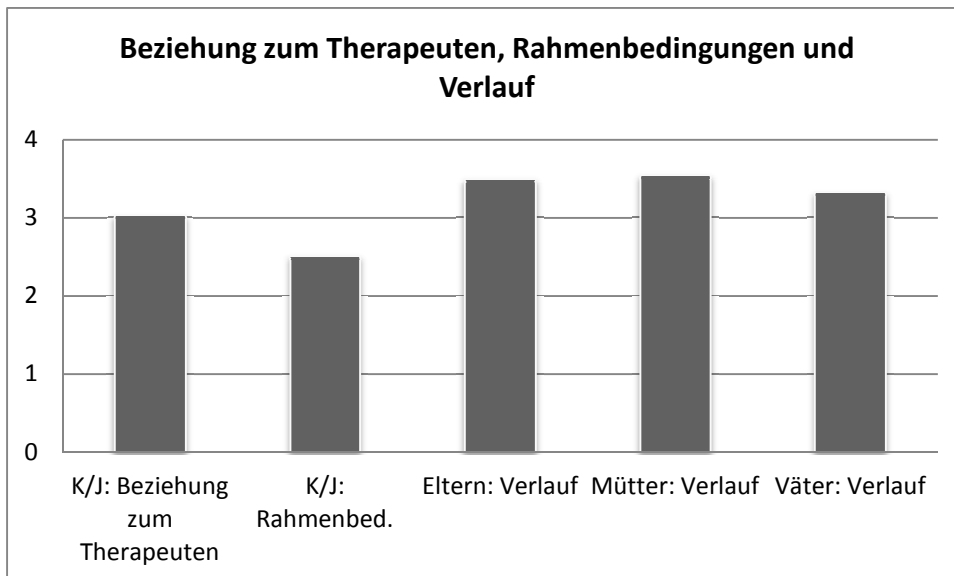


Abb. 40: Mittelwerte der genannten Skalen aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J: Kinder/Jugendliche; Rahmenbed. = Rahmenbedingungen)

Tab. 15: Beurteilung der Skalen der Prozessqualität aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche)

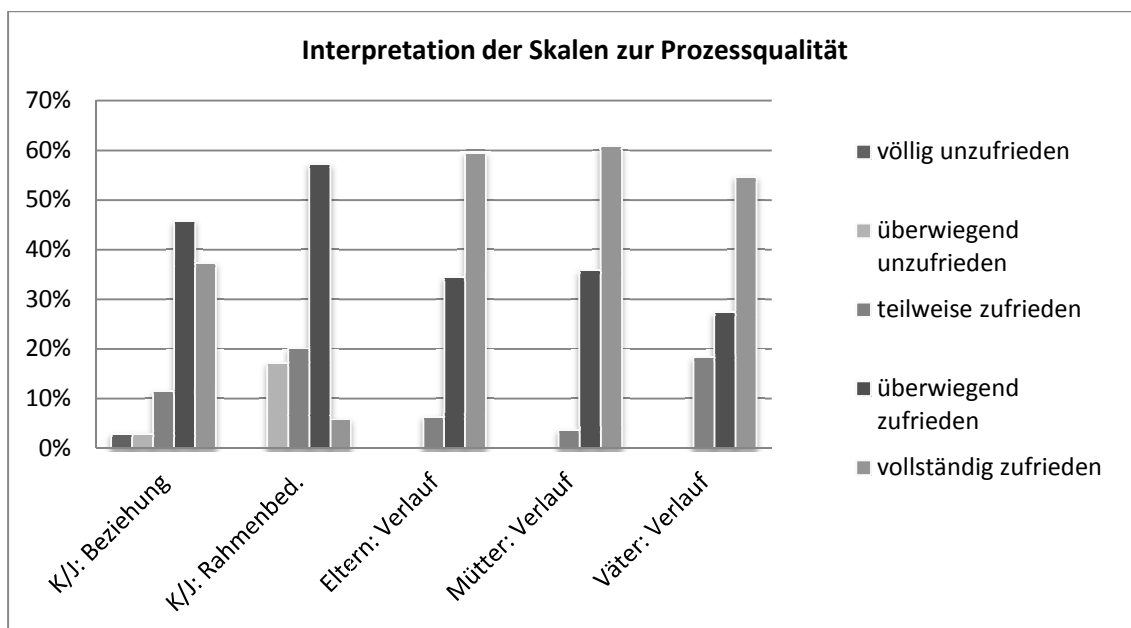
	K/J: Beziehung zum Therapeuten	K/J: Rahmenbedingungen	Eltern: Verlauf	Mütter: Verlauf	Väter: Verlauf
N	35	35	32	28	11
Mittelwert	3,03	2,50	3,49	3,54	3,32
Standardabweichung	0,86	0,89	0,53	0,46	0,65
Minimum	0,00	0,63	1,93	2,14	1,93
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Die Kinder und Jugendlichen konnten mit einem Wert von 3,03 nach dem Interpretationsvorschlag der FBB-Autoren im Mittel als „überwiegend zufrieden“ mit der Beziehung zum Therapeuten gelten (zweithöchste von fünf Kategorien), während sie mit der Beurteilung der Rahmenbedingungen der Behandlung (MW = 2,50) im Grenzbereich zwischen „teilweise zufrieden“ und „überwiegend zufrieden“ lagen. Die Mütter konnten mit einem Wert von 3,54 Punkten im Mittel als vollständig zufrieden mit dem Behandlungsverlauf gelten (höchste Kategorie, von 3,5 bis 4 Punkten reichend), die Väter mit einem Mittelwert von 3,32 als überwiegend zufrieden. Der mittlere Elternwert, der sich vor allem aus Mütterangaben zusammensetzt, lag mit 3,49 Punkten zwar im Grenzbereich zur

vollständigen Zufriedenheit, musste aber streng genommen noch mit „überwiegend zufrieden“ interpretiert werden.

Ein Vergleich der Mittelwerte der ehemaligen Patienten und der Eltern war wegen der unterschiedlichen Skalen hier nicht möglich.

Wie viele Beurteiler sich in den einzelnen Kategorien von „völlig unzufrieden“ bis „vollständig zufrieden“ fanden, ist in **Abb. 41** dargestellt.



**Abb. 41:** Interpretation der Skalen zur Prozessqualität aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche; Beziehung = Beziehung zum Therapeuten; Rahmenbed. = Rahmenbedingungen der Behandlung; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 32; Mütter: n = 28; Väter: n = 11)

Die Kategorie „völlig unzufrieden“ kam insgesamt nur einmal vor, bei einer Jugendlichen in der Skala „Beziehung zum Therapeuten“. In derselben Skala trat auch einmal die Kategorie „überwiegend unzufrieden“ auf, viermal „teilweise zufrieden“ und der große Rest von 29 Kindern und Jugendlichen war aus heutiger Sicht mit der Beziehung zum Therapeuten überwiegend oder vollständig zufrieden.

Mit den Rahmenbedingungen der Behandlung waren sechs ehemalige Patienten überwiegend unzufrieden (17,14%), sieben teilweise zufrieden (20%),

die Mehrheit von 20 (57,14%) überwiegend zufrieden und zwei (5,71%) vollständig zufrieden.

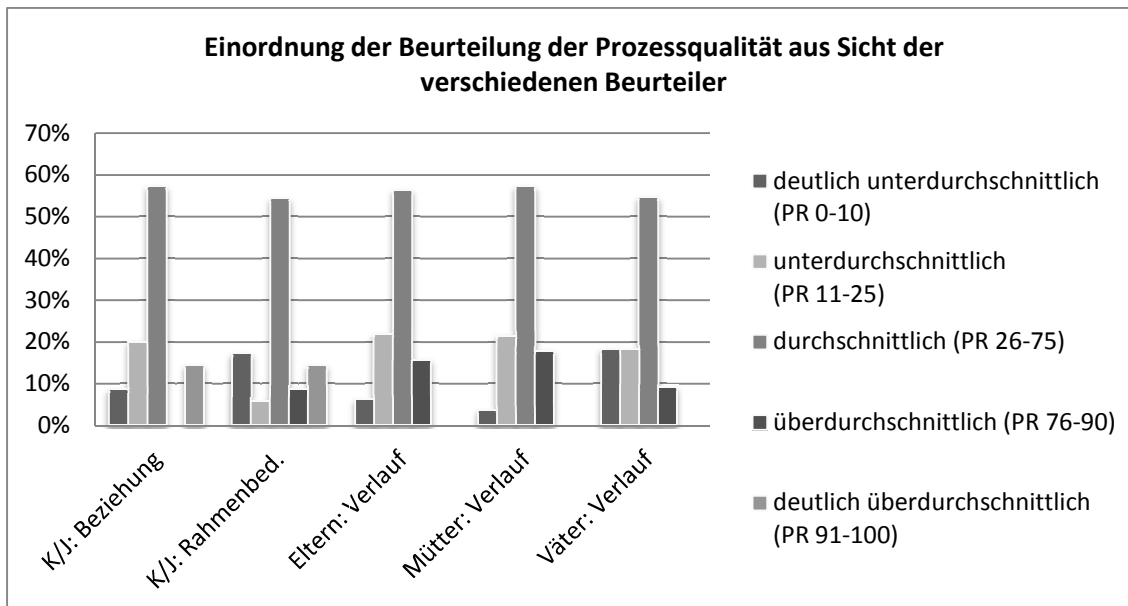
Bei den Eltern kamen die beiden ungünstigen Kategorien „völlig unzufrieden“ und „überwiegend unzufrieden“ mit dem Behandlungsverlauf nicht vor. Die Mehrheit war sogar jeweils vollständig zufrieden mit dem Verlauf, bei den Müttern 60,7%, den Vätern 54,6% und beim gemeinsamen Elternwert 59,4%. Die restlichen Befragten waren meist überwiegend zufrieden, selten nur teilweise zufrieden (eine Mutter und zwei Väter).

Wie waren die Kennwerte dieser die Prozessqualität betreffenden Skalen im Vergleich zu Referenzstichproben einzuordnen? Zunächst dient wieder der in **Tab. 16** dargestellte Mittelwertsvergleich der Beantwortung dieser Frage. Schon auf den ersten Blick wird deutlich, dass sich die Werte vor allem bei den Kindern und Jugendlichen nicht deutlich voneinander unterscheiden, so dass die Tests Ergebnisse liefern, die fernab von signifikanten Unterschieden sind. Auch die in der Tagesklinik-Stichprobe etwas günstigeren Mutter- und etwas ungünstigeren Vaterergebnisse kann man nicht als überzufällig bewerten.

*Tab. 16: Mittlere Beurteilung der Beziehung zum Therapeuten, der Rahmenbedingungen der Behandlung und des Behandlungsverlaufs in der Stichprobe der Tagesklinik Tübingen und in Vergleichsstichproben (s. Text; K/J = Kinder/Jugendliche; Rahmenbed. = Rahmenbedingungen; n.v. = nicht vorhanden)*

	Mittelwert Stichprobe Tagesklinik Tübingen	Mittelwert Vergleichsstichprobe	p (t-Test bei einer Stichprobe)
K/J: Beziehung (n = 35)	3,03	3,06	0,819
K/J: Rahmenbed. (n = 35)	2,50	2,41	0,538
Eltern: Verlauf (n = 32)	3,49	n.v.	n.v.
Mütter: Verlauf (n = 28)	3,54	3,42	0,200
Väter: Verlauf (n = 11)	3,32	3,46	nicht sinnvoll

Die weitere Verortung der Beziehung zum Therapeuten, der Rahmenbedingungen der Behandlung bzw. des Behandlungsverlaufs erfolgte erneut mittels einer Einordnung in Prozenränge der Eichstichproben, die in **Abb. 42** gezeigt ist.



**Abb. 42: Einordnung der Beziehung zum Therapeuten, der Rahmenbedingungen der Behandlung und des Behandlungsverlaufs im Vergleich zu Eichstichproben (s. Text; Kinder/Jugendliche: n = 35; Eltern: n = 32; Mütter: n = 28; Väter: n = 11; K/J = Kinder/Jugendliche; Rahmenbed. = Rahmenbedingungen; PR = Prozentrang)**

Beurteiler-übergreifend waren über 50% der Angaben im Vergleich zur Eichstichprobe als „durchschnittlich“ zu werten, wobei nochmals betont werden muss, dass als „durchschnittlich“ bezeichnete Angaben dennoch im günstigsten Bereich vollständiger Zufriedenheit liegen können, da diese Beurteilung eben gerade bei Müttern und Vätern, aber auch bei den Patienten, sehr häufig vorkommt.

In der Bewertung der Beziehung zum Therapeuten konnten die Kinder und Jugendlichen in drei Fällen als deutlich unterdurchschnittlich, sieben Mal als unterdurchschnittlich und fünf Mal als deutlich überdurchschnittlich gegenüber der Vergleichsstichprobe betrachtet werden, zum großen Teil aber als durchschnittlich. Was die Rahmenbedingungen der Therapie anbelangt, hielten sich die günstigen und ungünstigen Kategorien bei den Kindern und Jugendlichen in etwa die Waage.

Bei den Mutter-, Vater- und Elternwerten zum Verlauf der Therapie gibt es die Kategorie „deutlich überdurchschnittlich“ nicht, da der höchste zu erreichende Wert von 4,0 Punkten (vollständige Zufriedenheit) so häufig vorkommt, dass er

in etwa die Prozenträge 76-100 bildet und somit „nur“ als überdurchschnittlich gelten kann. Somit erwiesen sich die oben dargestellten guten bis sehr guten Elternergebnisse insgesamt mehrheitlich als „nur“ durchschnittlich, wobei sowohl bei den Müttern und Vätern als auch bei den Eltern insgesamt die ungünstigen Kategorien etwas im Vergleich zu den günstigen überwogen.

### **3.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse des FBB**

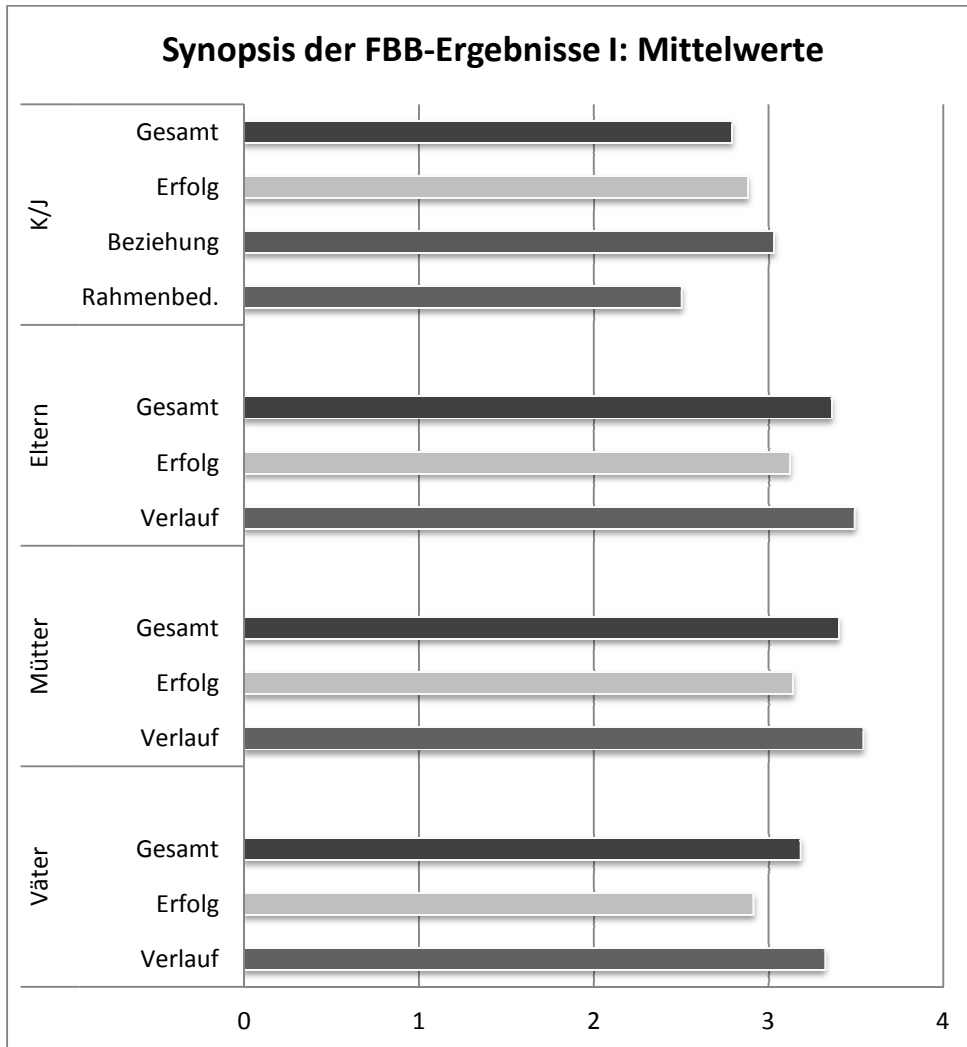
Aufgrund der vielen verschiedenen FBB-Skalen erscheint eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse angebracht. **Abb. 43** stellt die Mittelwerte aller Hauptskalen aus Sicht der verschiedenen Beurteiler im Überblick dar.

Alle Mittelwerte bis auf einen lagen in der zweithöchsten Kategorie zwischen 2,5 und 3,5, so dass alle Beurteiler die Therapie insgesamt mit „gut“ bewerteten, beim Behandlungserfolg „deutliche Fortschritte“ sahen und mit der Prozessqualität, also dem Behandlungsverlauf, der Beziehung zum Therapeuten und den Rahmenbedingungen der Behandlung „überwiegend zufrieden“ waren.

Die Skala „Verlauf der Behandlung“ aus Muttersicht lag als einzige nicht in der zweithöchsten Kategorie, sondern mit einem Mittelwert von 3,54 knapp in der höchsten, so dass bei den Müttern durchschnittlich von „vollständiger Zufriedenheit“ mit dem Verlauf der Therapie ausgegangen werden konnte.

Weiter wird deutlich, dass die Eltern sowohl die Behandlung insgesamt als auch den Erfolg und den Verlauf der Behandlung günstiger einschätzten als ihre Kinder. Die Unterschiede zwischen den Kindern/Jugendlichen einerseits und den Eltern bzw. den Elternteilen andererseits waren in der Gesamtskala und der Erfolgsskala fast durchweg signifikant; lediglich der Vaterwert der Skala Behandlungserfolg unterschied sich nicht signifikant vom Wert der ehemaligen Patienten. Die Skalen der Prozessqualität sind nicht identisch und lassen sich nicht direkt vergleichen.

Ferner ist festzustellen, dass die Mütter durchweg positivere Beurteilungen abgaben als die Väter; allerdings waren die Unterschiede, wohl auch aufgrund der geringen Väterzahl, hier sämtlich nicht signifikant.



**Abb. 43: Synopsis der FBB-Ergebnisse I: Mittelwerte der Hauptskalen aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (K/J = Kinder/Jugendliche; Rahmenbed. = Rahmenbedingungen)**

**Tab. 17** zeigt eine weitere Zusammenschau: Hier sind für alle Haupt- und auch Unterskalen die Mittelwerte der Tagesklinikstichprobe denen der jeweiligen Vergleichsstichprobe gegenübergestellt.

**Tab. 17: Synopsis der FBB-Ergebnisse II: Gegenüberstellung der Mittelwerte der Tagesklinikstichprobe und der jeweiligen Vergleichsstichprobe (s. Text; K/J = Kinder/Jugendliche; Rahmenbed. = Rahmenbedingungen; Fam.bez. = Familienbeziehungen; Bez. = Beziehung)**

Signifikanzniveaus: ns = nicht signifikant; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$

<sup>1</sup> Ist der Wert der Tagesklinik-Stichprobe höher als der der Vergleichsstichprobe, enthält die entsprechende Zeile ein „+“, ist er niedriger, enthält die Zeile ein „-“.

<sup>2</sup> Bei den Väterangaben kann der t-Test bei einer Stichprobe aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht sinnvoll angewandt werden

		Tagesklinik- stichprobe	Vergleichs- stichprobe	Vergleich der beiden Stich- proben <sup>1</sup>	p (2-seitig; t-Test bei einer Stichprobe) <sup>2</sup>	
<b>Gesamt</b>	K/J	2,79	2,73	+	0,63	ns
	Mütter	3,40	3,21	+	0,054	ns
	Väter	3,18	3,26	-	nicht sinnvoll	
<b>Erfolg</b>	K/J	2,88	2,73	+	0,262	ns
	Mütter	3,14	2,77	+	0,008	**
	Väter	2,91	2,84	+	nicht sinnvoll	
<b>Erfolg Patient</b>	K/J (Erfolg selbst)	2,89	2,77	+	0,396	ns
	Mütter	3,30	3,03	+	0,068	ns
	Väter	3,23	3,07	+	nicht sinnvoll	
<b>Erfolg Fam.bez.</b>	K/J	2,86	2,57	+	0,155	ns
	Mütter	3,18	2,66	+	< 0,001	***
	Väter	2,64	2,80	-	nicht sinnvoll	
<b>Erfolg Bez. zum Patient</b>	Mütter	3,14	2,96	+	0,197	ns
	Väter	3,18	2,90	+	nicht sinnvoll	
<b>Erfolg selbst</b>	Mütter	2,93	2,37	+	0,002	**
	Väter	2,45	2,5	-	nicht sinnvoll	
<b>Prozess- qualität</b>	K/J Bez. Therapeut	3,03	3,06	-	0,819	ns
	K/J Rahmenbed.	2,50	2,41	+	0,538	ns
	Mütter Verlauf	3,54	3,42	+	0,200	ns
	Väter Verlauf	3,32	3,46	-	nicht sinnvoll	

In der Tabelle wird ersichtlich, dass bei 15 der 20 Haupt- und Unterskalen die Werte der Tagesklinikstichprobe günstiger lagen als die der Vergleichsstichprobe, in fünf Fällen ungünstiger. Allerdings war bei den Väterskalen aufgrund der geringen Fallzahl ( $n = 11$ ) der t-Test bei einer Stichprobe nicht sinnvoll anwendbar, und dort wo der Test anwendbar war, zeigte sich, dass die Unterschiede überwiegend nicht signifikant waren.

Für die meisten Skalen kann also gesagt werden, dass sich die hier untersuchte Stichprobe nicht deutlich von den Vergleichsstichproben unterschied. In drei Fällen jedoch gab es einen signifikanten Unterschied zur entsprechenden Eichstichprobe, und zwar jeweils bei den Erfolgsskalen der Mütter: Sie beurteilten den Erfolg der Behandlung insgesamt, den Erfolg hinsichtlich der familiären Beziehungen und den Erfolg in Bezug auf sich selbst signifikant günstiger als die Mütter der Vergleichsstichprobe.

### **3.4 Aktuelles Verhalten und Symptombelastung**

Das aktuelle Verhalten und die Symptombelastung der ehemaligen Patienten wurden durch die Child Behavior Checklist (CBCL / 4-18) erfasst (Achenbach 1991; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998). Die CBCL ist ein Fragebogen, in dem die Eltern eine Fremdbeurteilung des Verhaltens ihrer Kinder abgeben. Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: Im ersten Teil werden Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen erfasst (Kompetenzskalen), im zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden (Syndromskalen).

Zunächst werden die Ergebnisse der aussagekräftigeren Problemskalen präsentiert, im Anschluss die Ergebnisse der Kompetenzskalen, die sich im deutschen Sprachraum allerdings als nicht ausreichend konsistent erwiesen haben und deshalb nur mit Zurückhaltung interpretiert werden sollten (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998: 14).



### 3.4.1 Syndromskalen

Insgesamt werden aus den 118 in den Gesamtauffälligkeitswert einfließenden Items des zweiten Teils der CBCL acht Syndromskalen gebildet, die zum Teil zusammengefasst werden können in „internalisierende Auffälligkeiten“ (die drei Skalen „sozialer Rückzug“, „körperliche Beschwerden“, „ängstlich-depressiv“) oder „externalisierende Auffälligkeiten“ (die zwei Skalen „dissoziales Verhalten“ und „aggressives Verhalten“). Drei Skalen können weder den internalisierenden noch den externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet werden, nämlich „soziale Probleme“, „schizoid/zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“. 33 der 118 Einzelitems fließen in den Gesamtwert ein, ohne einer der acht Skalen zugeordnet werden zu können.

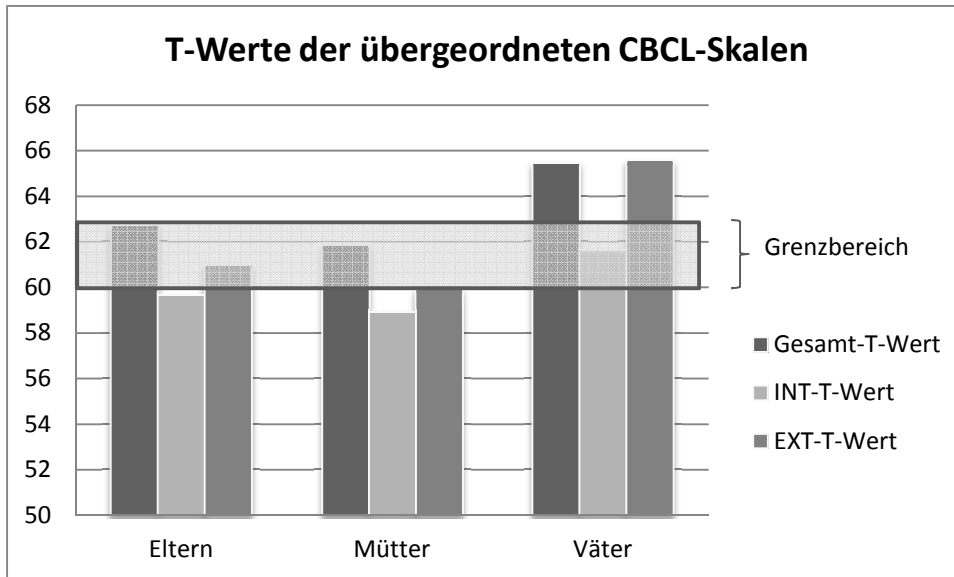
Die in der CBCL ermittelten Rohwerte werden in T-Werte überführt und damit mit der Normalbevölkerung verglichen. Bei den acht Syndromskalen werden T-Werte über 70 als auffällig eingeschätzt, also „die auffälligsten 2% einer Repräsentativstichprobe“ (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998:17). Zwischen 67 und 70 liegen die Kinder und Jugendlichen im Grenzbereich zur Auffälligkeit.

Für die drei übergeordneten Skalen (Gesamtwert, internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten) wird ein T-Wert über 63 als auffällig definiert, Werte zwischen 60 und 63 liegen im Grenzbereich zur Auffälligkeit.

Zunächst werden die Ergebnisse eben dieser übergeordneten Skalen präsentiert, im Anschluss die der acht Syndromskalen.

#### 3.4.1.1 Die übergeordneten Skalen

Die Mittel- und Kennwerte der drei übergeordneten Skalen sind in **Abb. 44** und **Tab. 18** dargestellt.



**Abb. 44: Mittlere T-Werte der übergeordneten Skalen der CBCL aus Sicht der verschiedenen Beurteiler; oberhalb des Grenzbereichs liegende Werte sind auffällig, unterhalb liegende unauffällig; INT-T-Wert = T-Wert der internalisierenden Auffälligkeiten; EXT-T-Wert = T-Wert der externalisierenden Auffälligkeiten**

**Tab. 18: Gesamt-T-Wert, T-Wert der internalisierenden Auffälligkeiten und T-Wert der externalisierenden Auffälligkeiten im Vergleich der Beurteiler**

	Eltern	Mütter	Väter
N	33	27	11
<b>Gesamt-T-Wert</b>			
Mittelwert	62,70	61,85	65,45
Standardabweichung	9,16	7,87	10,76
Minimum	43	43	49
Maximum	87	74	87
<b>T-Wert der internalisierenden Auffälligkeiten</b>			
Mittelwert	59,64	58,89	61,64
Standardabweichung	9,09	8,93	8,20
Minimum	38	38	52
Maximum	78	78	76
<b>T-Wert der externalisierenden Auffälligkeiten</b>			
Mittelwert	60,94	59,89	65,55
Standardabweichung	11,31	10,86	10,94
Minimum	36	36	50
Maximum	86	79	86

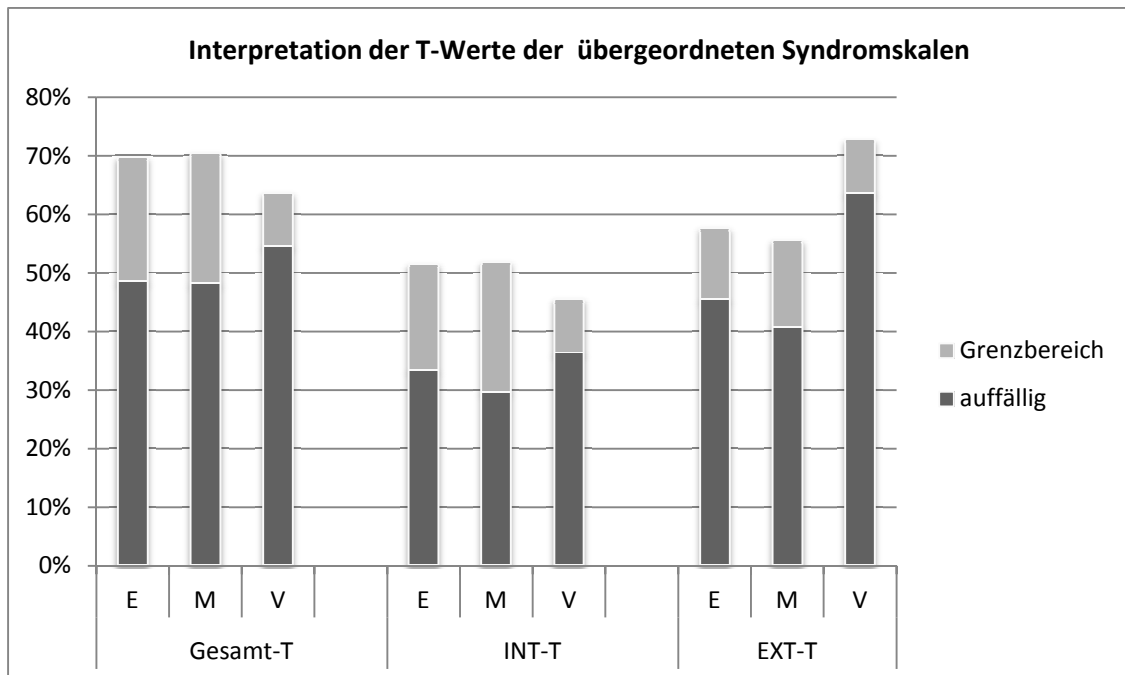
Es wird deutlich, dass der mittlere Gesamtauffälligkeitswert bei den Müttern (61,85) im Grenzbereich der Auffälligkeit, bei den Vätern (65,45) im auffälligen Bereich lag. Der gemeinsame Elternwert, der sich ja vor allem aus Mutterwerten bildet, lag ebenfalls im Grenzbereich der Auffälligkeit.

Die Skala „internalisierende Auffälligkeiten“ wies bei den Beurteilern jeweils den niedrigsten Mittelwert der drei Skalen auf. Er lag bei den Müttern und beim gemeinsamen Elternwert gerade noch im unauffälligen Bereich, bei den Vätern im Grenzbereich zur Auffälligkeit. Somit kann festgehalten werden, dass internalisierende Auffälligkeiten (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit/Depressivität) bei den ehemaligen Tagesklinik-Patienten aus Elternsicht tendenziell eine im Vergleich zu externalisierenden Auffälligkeiten untergeordnete Rolle spielten.

Die externalisierenden Auffälligkeiten lagen nur bei den Müttern gerade noch im unauffälligen Bereich. Der Mittelwert der Eltern gemeinsam lag im Grenzbereich zur Auffälligkeit, der der Väter im auffälligen Bereich. Externalisierende Auffälligkeiten (aggressives und dissoziales Verhalten) spielten also bei den ehemaligen Patienten eine größere Rolle als internalisierende.

Beim Vergleich der Mutter- und Vaterwerte sei nochmals darauf hingewiesen, dass von den Vätern meist andere Kinder beurteilt wurden als von den Müttern. Es kann also aus den hier präsentierten Ergebnissen keinesfalls einfach geschlossen werden, dass Väter das Verhalten ihrer Kinder insgesamt kritischer beurteilten als Mütter. Genauso gut können von den besonders auffälligen Kindern vor allem die Väter und weniger die Mütter erreicht worden sein. Dies zeigt exemplarisch ein Vergleich der Mittelwerte der fünf ehemaligen Patienten, für die sowohl von der Mutter als auch vom Vater CBCLs vorliegen. Hier erreichten die Kinder im Mutterurteil einen Gesamt-T-Wert von 63,6, im Vaterurteil einen von 64,2. Die Werte unterscheiden sich also kaum!

Wie die drei übergeordneten Skalen bei den *einzelnen* Kindern und Jugendlichen einzuschätzen sind, zeigt **Abb. 45**.



**Abb. 45: Interpretation des Gesamt-T-Werts, des T-Werts der internalisierenden Auffälligkeiten (INT-T) und des T-Werts der externalisierenden Auffälligkeiten (EXT-T) aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (E = Eltern; M = Mütter; V = Väter); die zu hundert fehlenden Prozent sind als unauffällig einzuschätzen**

Auf den ersten Blick wird deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen von ihren Eltern hinsichtlich des Gesamtaufälligkeitwerts recht häufig, nämlich zu etwa 70%, als auffällig oder im Grenzbereich liegend beurteilt wurden, seltener hinsichtlich internalisierender Auffälligkeiten und wieder etwas häufiger im Hinblick auf externalisierende Auffälligkeiten. Eine genauere Betrachtung ergibt Folgendes:

- Beim **Gesamtaufälligkeitwert** wurden durch die Eltern gemeinsam ( $n = 33$ ) knapp die Hälfte der ehemaligen Patienten zum Katamnese-Zeitpunkt als auffällig bewertet und weitere 21,2% wurden in den Grenzbereich zur Auffälligkeit eingeordnet; es wurden also lediglich 30,3%, das sind 10 der 33 Kinder, als unauffällig eingeschätzt. Die Einschätzungen der Mütter alleine ( $n = 27$ ) deckten sich fast exakt mit denen des sowieso Mutter-dominierten gemeinsamen Elternwerts, und auch die elf Väter gelangten zu recht ähnlichen Ergebnissen.
- Beim **T-Wert der internalisierenden Auffälligkeiten** zeigte sich, dass im Elternurteil „nur noch“ etwas mehr als die Hälfte der Kinder und

Jugendlichen in diesem Bereich als auffällig (33,3%) oder im Grenzbereich liegend (18,2%) zu gelten hatten. Insgesamt wurden also mehr Kinder in dieser Hinsicht als unauffällig eingeschätzt als beim Gesamtauffälligkeitwert, nämlich immerhin knapp die Hälfte. Die Urteile der Mütter und Väter allein förderten ähnliche Ergebnisse zutage.

- Beim **T-Wert der externalisierenden Auffälligkeiten** wurden wieder mehr Kinder und Jugendliche den Kategorien „auffällig“ oder „Grenzbereich“ zugeordnet als bei der internalisierenden Skala, nämlich insgesamt 57,6%, wovon der Großteil als auffällig zu gelten hatte (45,5%). Die Mütterergebnisse waren aufgrund der Beschaffenheit des gemeinsamen Elternwerts wieder sehr ähnlich, während bei den elf Vätern, die die CBCL bearbeitet hatten, die Ergebnisse für diese Skala merklich ungünstiger ausfielen, was aber sehr wohl daran liegen kann, dass die verschiedenen Beurteiler hier zum größeren Teil auch verschiedene Kinder beurteilten.

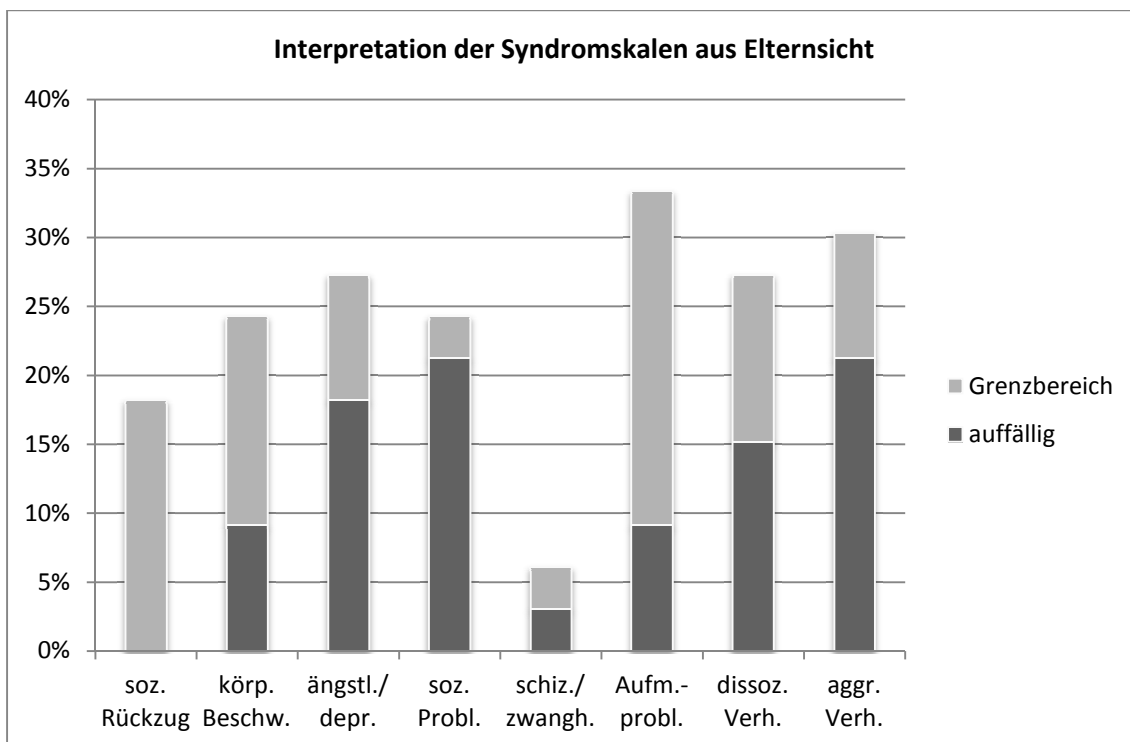
#### **3.4.1.2 Die acht Syndromskalen im einzelnen**

Die Interpretation der einzelnen Syndromskalen aus Elternsicht ist in **Abb. 46** dargestellt. Da diese Skalen erst ab einem T-Wert von über 70 als auffällig gelten und nicht schon wie die übergeordneten Skalen ab 64, finden sich hier weniger häufig Kinder und Jugendliche, die auffällig sind oder im Grenzbereich zur Auffälligkeit liegen.

Die Abbildung zeigt, dass in der Skala Aufmerksamkeitsprobleme am meisten Kinder und Jugendliche als auffällig oder im Grenzbereich liegend beurteilt wurden, nämlich 11 von 33 (33,3%); die meisten hiervon lagen im Grenzbereich. Weitere vorherrschende aktuelle Probleme bei den Kindern und Jugendlichen fanden sich aus Elternsicht in den Bereichen „aggressives Verhalten“, „dissoziales Verhalten“, „ängstlich/depressiv“, „soziale Probleme“ und „körperliche Beschwerden“, wo jeweils zwischen 24,2% und 30,3% der ehemaligen Patienten in einer der beiden Kategorien „auffällig“ oder „Grenzbereich“ lagen. Demgegenüber beurteilten die Eltern ihre Kinder bezüglich der Bereiche „sozialer Rückzug“ und „schizoid/zwanghaft“ seltener

als auffällig oder im Grenzbereich liegend; in letzterem Bereich wurden nur 2 von 33 Kindern so eingeordnet.

Betrachtet man nur die auffälligen Ergebnisse, lässt also die im Grenzbereich liegenden außer Acht, finden sich die häufigsten Kinder und Jugendlichen in den Skalen „aggressives Verhalten“ und „soziale Probleme“, gefolgt von den Bereichen „ängstlich/depressiv“ und „dissoziales Verhalten“.



**Abb. 46: Interpretation der Syndromskalen aus Elternsicht (gemeinsamer Elternwert; von links nach rechts: sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich/depressiv, soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten); die zu hundert fehlenden Prozent sind als unauffällig einzuschätzen**

Die Einschätzungen der Mütter alleine und der Väter alleine ergäben jeweils ein Schaubild, das **Abb. 46** sehr stark ähneln würde und werden deshalb nicht extra aufgeführt. Ein nennenswerter Unterschied der Beurteilungen war, dass bei den elf von den Vätern beurteilten Kindern und Jugendlichen prozentual mehr in den Bereichen „aggressives Verhalten“, „dissoziales Verhalten“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“ auffällig oder im Grenzbereich waren als bei den Müttern. Deshalb wurden diese drei Skalen vergleichend in **Abb. 47** nebeneinandergestellt.

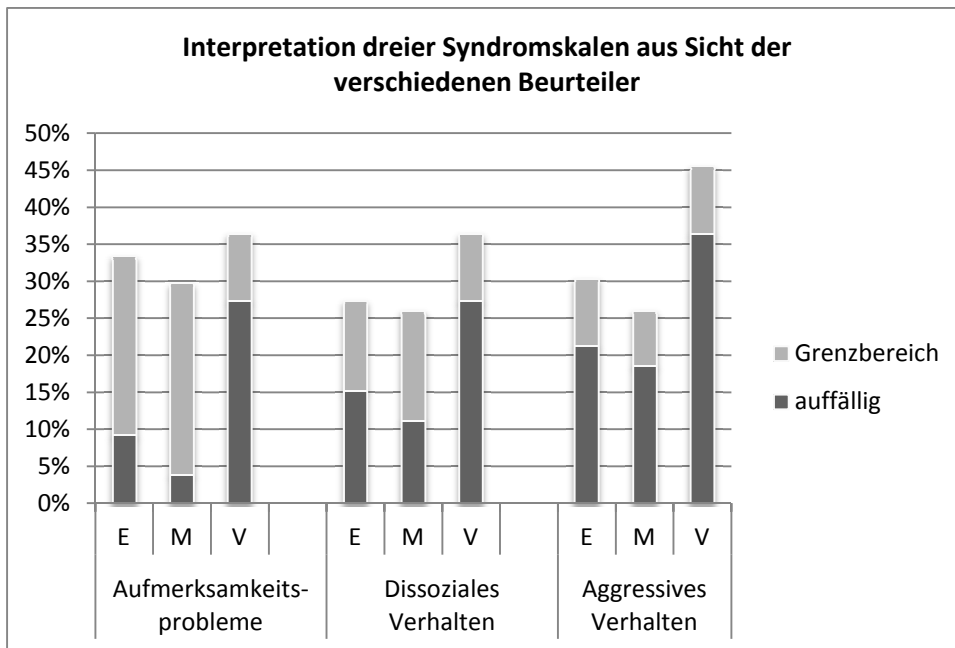


Abb. 47: Interpretation der drei Syndromskalen „Aufmerksamkeitsprobleme“, „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (E = Eltern; M = Mütter; V = Väter); die zu hundert fehlenden Prozent sind als unauffällig einzuschätzen

Schließlich ist bezüglich der Syndromskalen interessant, wie viele Skalen bei den einzelnen Kindern und Jugendlichen auffällig oder im Grenzbereich zur Auffälligkeit lagen. Dies ist in **Abb. 48** dargestellt.

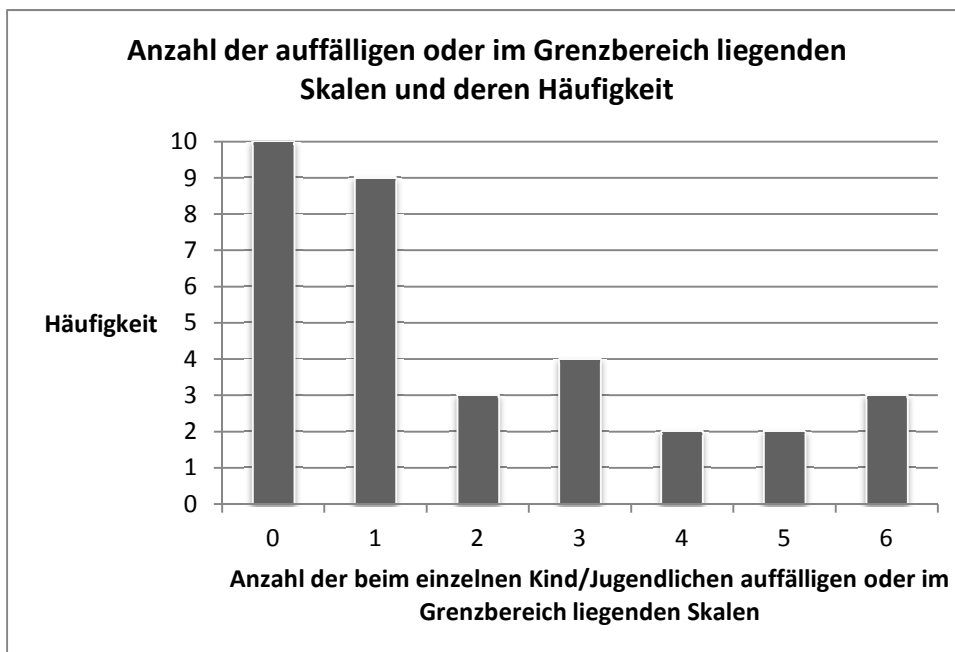


Abb. 48: Anzahl der beim einzelnen Kind/Jugendlichen auffälligen oder im Grenzbereich liegenden Skalen und deren Häufigkeit aus Elternsicht (gemeinsamer Elternwert)

Es zeigt sich, dass bei zehn der 33 von den Eltern beurteilten Kindern keine Skala auffällig war oder im Grenzbereich lag, also alle Skalen unauffällig waren. Bei neun Kindern war jeweils eine Skala auffällig oder im Grenzbereich. Ferner gab es jeweils zwischen zwei und vier Kinder, bei denen zwei bis sechs Skalen auffällig waren oder im Grenzbereich lagen. Von drei Kindern wurde dieses Maximum von sechs auffälligen/im Grenzbereich liegenden Skalen erreicht.

Für die Mütter oder Väter allein ergaben sich prozentual sehr ähnliche Verteilungen wie bei den Eltern gemeinsam, weshalb sie hier nicht extra aufgeführt werden.

### 3.4.2 Kompetenzskalen

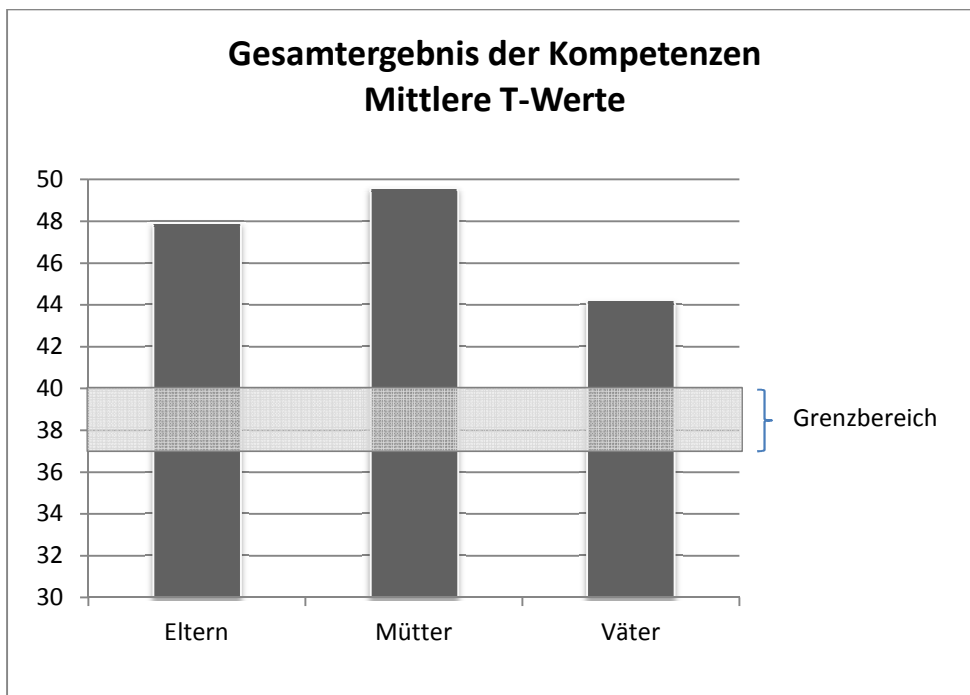
Die Kompetenzskalen erfassen die Kompetenzen und Ressourcen der Kinder und Jugendlichen aus Elternperspektive. Die Gesamtskala kann wie die Syndromskalen nach Umwandlung der Rohwerte in T-Werte anhand eines Vergleichs mit der Allgemeinbevölkerung als unauffällig, im Grenzbereich liegend oder auffällig interpretiert werden. Gesamt-T-Werte unter 37 gelten als auffällig, solche von 37 bis 40 als grenzwertig.

Die Kompetenz-Gesamtskala besteht aus drei Unterskalen: „Aktivitäten“, „soziale Kompetenz“ und „Schule“. Hier gilt jeweils ein T-Wert unter 30 als auffällig, d.h. die auffälligsten 2% der Repräsentativstichprobe werden so bezeichnet. Der Grenzbereich zur Auffälligkeit liegt bei den T-Werten 30 bis 33. Als Besonderheit existiert bei der Unterskala „Aktivitäten“ aus Normierungsgründen kein auffälliger Bereich, sondern nur der Grenzbereich. Schließlich ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die Interpretation der Kompetenzskalen problematisch ist, da sie nicht hinreichend konsistent sind (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998: 14).

Für die Gesamtskala der Kompetenzen zeigt sich das in **Abb. 49** dargestellte Bild: Die mittleren T-Werte lagen beim gemeinsamen Elternwert und aus Sicht der Mütter und Väter allein im unauffälligen Bereich. Das Mütterurteil war im

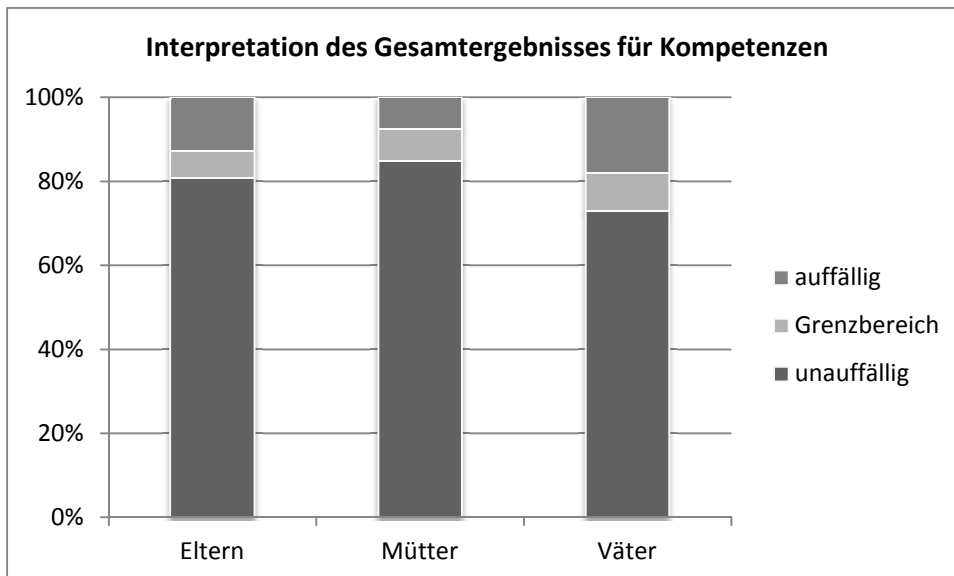


Mittel am günstigsten, das der Väter etwas ungünstiger, aber immer noch unauffällig.



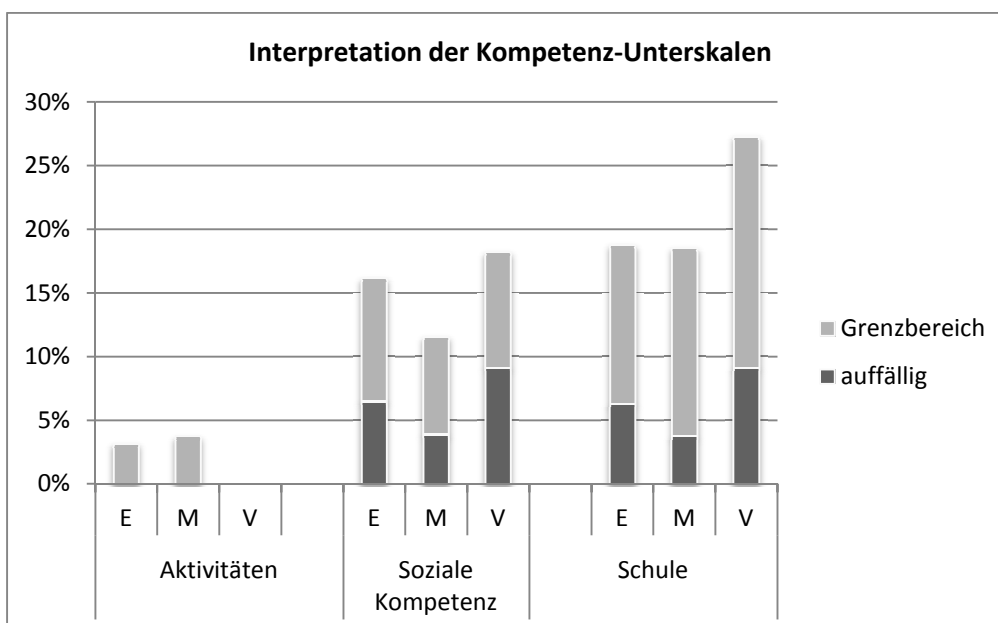
**Abb. 49: Mittlere T-Werte der Gesamtskala für Kompetenzen aus Sicht der verschiedenen Beurteiler; unterhalb des Grenzbereichs liegende Werte sind auffällig, oberhalb liegende unauffällig; Eltern: n =31; Mütter: n = 26; Väter: n = 11**

Im Einzelnen verteilen sich die Interpretationen des Gesamtergebnisses für Kompetenzen wie in **Abb. 50** gezeigt. Deutlich zu sehen ist, dass die große Mehrheit von 80,7% der ehemaligen Patienten von den Eltern hinsichtlich ihrer Kompetenzen zum Befragungszeitpunkt als unauffällig eingeschätzt wurde. 12,9% (vier Kinder/Jugendliche) müssen als auffällig interpretiert werden, 6,5% (zwei Kinder/Jugendliche) als im Grenzbereich liegend. Die Größenordnungen bei Müttern und Vätern allein waren ähnlich.



**Abb. 50:** Interpretation des Gesamt-T-Werts für Kompetenzen aus Sicht der verschiedenen Beurteiler; Eltern: n = 31; Mütter: n = 26; Väter: n = 11

Die Interpretation der drei Unterskalen des CBCL-Kompetenzteils ist in **Abb. 51** dargestellt.



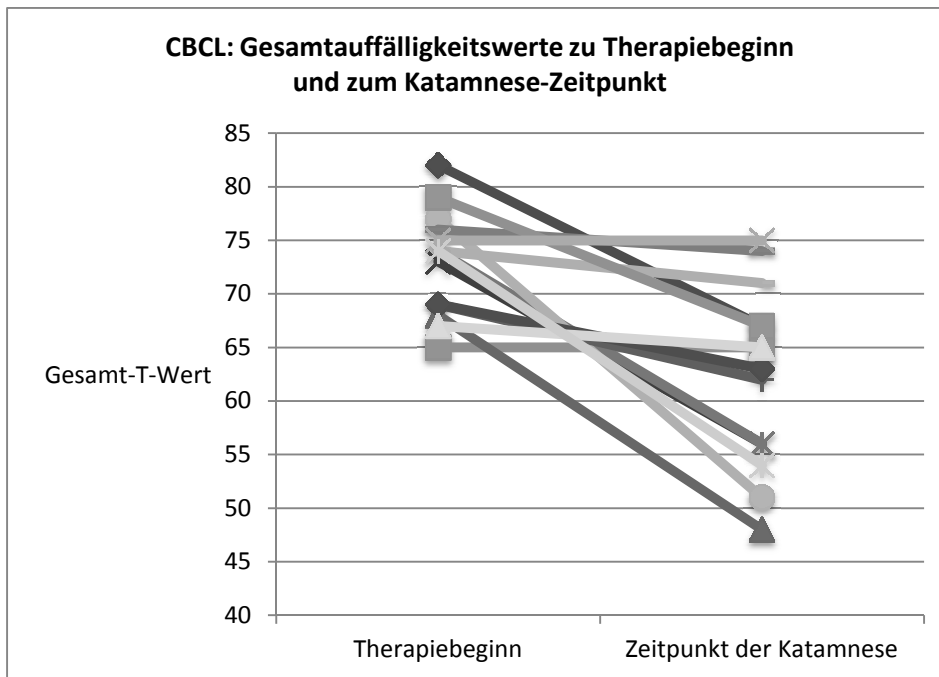
**Abb. 51:** Interpretation der Kompetenz-Unterskalen „Aktivitäten“, „Soziale Kompetenz“ und „Schule“ aus Sicht der verschiedenen Beurteiler (E = Eltern; M = Mütter; V = Väter); die zu hundert fehlenden Prozent sind als unauffällig einzuschätzen

Zunächst kann festgehalten werden, dass in allen Unterskalen die große Mehrheit der beurteilten Kinder und Jugendlichen als unauffällig einzuschätzen

war. In der Skala „Aktivitäten“, bei der es ja wie oben erwähnt den Bereich „auffällig“ wegen der Repräsentativstichprobe nicht gibt, waren in den Eltern- bzw. Mutterangaben alle bis auf einen im Grenzbereich liegenden Jugendlichen unauffällig. Die Skala „Soziale Kompetenz“ wies bei allen Beurteilern über 80% der ehemaligen Patienten als unauffällig aus. Auch in der dritten Unterskala „Schule“ fanden sich bei Müttern und Eltern über 80% als unauffällig einzuschätzende Kinder und Jugendliche, bei den Vätern immerhin noch 72,7%.

### **3.4.3 Vergleich des Verhaltens zu Therapiebeginn mit dem Verhalten zum Katamnese-Zeitpunkt**

In den Fällen, in denen bereits zu Therapiebeginn eine CBCL ausgefüllt worden war, wurden die damals erhobenen Werte mit den aktuellen verglichen. Die routinemäßige Durchführung der CBCL zu Therapiebeginn wurde in der Tagesklinik erst etwa drei Jahre nach der Eröffnung eingeführt, so dass lediglich 14 Mal eine entsprechende CBCL zum Vergleich mit den aktuellen Werten vorlag. Der mittlere Gesamtauffälligkeitswert dieser 14 CBCLs lag zu Beginn der Therapie bei 73,0, zum Katamnese-Zeitpunkt bei 62,4. In 12 dieser 14 Fälle zeigte sich eine Verbesserung des Gesamtauffälligkeitswerts, zweimal blieb der Wert gleich (s. **Abb. 52**). Die Gesamtauffälligkeitswerte zum Zeitpunkt der Katamnese waren signifikant besser als die die Werte zu Therapiebeginn (Wilcoxon-Test:  $Z = -3,062$ ;  $p = 0,002$ ). Auch die Gesamtwerte der internalisierenden Auffälligkeiten ( $Z = -2,126$ ;  $p = 0,033$ ) und der externalisierenden Auffälligkeiten ( $Z = -3,235$ ;  $p = 0,001$ ) waren zum Zeitpunkt der Katamnese signifikant günstiger als zu Therapiebeginn. Einschränkend muss gesagt werden, dass die bei Therapiebeginn ausgefüllten CBCL-Bögen nur in neun der 14 Fälle vom gleichen Beurteiler ausgefüllt wurden wie zum Katamnese-Zeitpunkt (Mutter allein, Vater allein oder Mutter und Vater), in den anderen fünf Fällen waren die Beurteiler nicht identisch.



**Abb. 52: Veränderung der Gesamtauffälligkeitswerte zwischen Therapiebeginn und Katamnese-Zeitpunkt**

### 3.4.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der CBCL

Die Ergebnisse der CBCL können folgendermaßen zusammengefasst werden:

#### 1. Syndromskalen:

- Der Gesamtauffälligkeitswert lag in der Betrachtung der Eltern durchschnittlich im Grenzbereich zur Auffälligkeit.
- Externalisierende Probleme spielten bei den ehemaligen Patienten zum Katamnese-Zeitpunkt tendenziell eine größere Rolle als internalisierende. Bei den externalisierenden Problemen lagen sie aus Elternsicht im Grenzbereich zur Auffälligkeit, bei den internalisierenden im unauffälligen Bereich.
- Von den Unterskalen waren vor allem auffällig oder grenzwertig auffällig die Bereiche „Aufmerksamkeitsprobleme“, „aggressives Verhalten“, „dissoziales Verhalten“ und „ängstlich/depressiv“.

## 2. Kompetenzskalen:

- Das mittlere Gesamtergebnis der Kompetenzen lag klar im unauffälligen Bereich.
- Auch in den Unterskalen „Aktivitäten“, „Soziale Kompetenz“ und „Schule“ waren jeweils über 80% aller Kinder unauffällig.
- Die Interpretation der Kompetenzskalen muss mangels hinreichender Konsistenz sehr zurückhaltend erfolgen.

## 3. Vergleich des Verhaltens zu Therapiebeginn und zum Katamnese-Zeitpunkt:

- Das im CBCL ermittelte Verhalten zum Katamnese-Zeitpunkt hatte sich bei 12 von 14 Kindern und Jugendlichen, für die die CBCL bereits zu Therapiebeginn erhoben wurde, verbessert, in den anderen beiden Fällen blieb es gleich.
- Die Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten sind für die Gesamtauffälligkeit, für die externalisierenden und für die internalisierenden Auffälligkeiten signifikant.

## 4 Diskussion

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet, wo die ehemaligen Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Tübingen zum Zeitpunkt der Befragung bezüglich Lebensqualität, Symptombelastung und Lebensumständen standen und wie sie und ihre Eltern die Behandlung in der Tagesklinik beurteilten. Durch diese evaluative Fragestellung soll ein Beitrag zur Qualitätssicherung der Tagesklinik geleistet werden. Wie also sind die Ergebnisse zu bewerten? Welche Aussagekraft haben sie und welche Implikationen ergeben sich daraus? Wie ist nach Darstellung der Ergebnisse die *effectiveness*, also die Wirksamkeit der Tagesklinik kritisch einzuschätzen? Dies wird im Folgenden diskutiert.

### 4.1 Diskussion der Methode

Mit dem querschnittlichen Design der Studie soll vor allem eine deskriptive Verortung der untersuchten Stichprobe erfolgen: Wo stehen die ehemaligen Patienten aus ihrer eigenen Sicht und aus Sicht ihrer Eltern heute in Bezug auf ihre Lebensqualität, auf ihr aktuelles Verhalten, auf ihre Lebensumstände? Wie sind diese Ergebnisse im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung und mit klinischen Stichproben zu bewerten? Wie zufrieden sind die Patienten und ihre Eltern mit der Tagesklinik-Behandlung?

Ferner soll mit dem Prä-Post-Vergleich der CBCL-Ergebnisse ein möglicher Unterschied zwischen dem Verhalten und der Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen zu Beginn der Therapie in der Tagesklinik und einige Zeit nach der Therapie herausgearbeitet und quantifiziert werden.

Dieses Design dient also einerseits der „*Beschreibung und Diagnose* eines interessierenden sozialen Sachverhalts *zu einem Zeitpunkt*“ und soll „einen noch relativ unbekanntem empirischen Sachverhalt durch eine möglichst breit angelegte Deskription [...] erkunden“ (Kromrey 2009: 98-99, Hervorhebungen im Original). Die Studie hat damit teilweise explorativen Charakter. Andererseits

besteht im Hinblick auf den Prä-Post-Vergleich der CBCL-Ergebnisse ein „Ein-Gruppen-Prä-Post-Design“, das Veränderungen nach einer Intervention beschreibt, ohne zu behaupten, dass die Intervention notwendigerweise ursächlich für die Veränderungen ist (vgl. Faller, Lang 2006: 63).

Mit der vorliegenden Studie soll bezüglich der aufgestellten Hypothesen aber auch die Frage beantwortet werden, ob diese Hypothesen empirische Geltung beanspruchen können. Insofern erhält das Studiendesign eine hypothesentestende Komponente (vgl. Kromrey 2009: 82).

Die zu testenden Hypothesen können im Rahmen der Studie nicht durch experimentelle, also randomisierte kontrollierte Untersuchungsanordnungen überprüft werden – den Anspruch auf einen Kausalitätsnachweis kann und will diese Untersuchung nicht erfüllen. Die in der Studie erhobenen Zusammenhänge dürfen also ausdrücklich nicht als kausale Zusammenhänge missverstanden werden. Beispielsweise kann nicht behauptet werden, dass eine in der CBCL erhobene Reduktion der Symptombelastung (allein) auf die Tagesklinik-Therapie zurückzuführen ist. Somit kann durch diese Arbeit kein Wirksamkeitsnachweis geführt werden; *Hinweise* auf die Wirksamkeit der Tagesklinik-Therapie kann die Arbeit aber liefern.

Bezüglich der Fallzahl ist zu sagen, dass bei einem  $n$  von 35 zwar große Effekte bzw. Unterschiede zwischen zwei Stichproben, nicht jedoch kleine und mittlere Effekte nachgewiesen werden können. Dies ist insofern kein Nachteil, als bei großen Stichproben auch kleine Effekte signifikant werden, die jedoch klinisch häufig ohne jede Bedeutung sind. Demgegenüber basieren signifikante Ergebnisse, die wie in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe kleinerer Stichproben ermittelt wurden, in der Regel auf einem großen Effekt und sind damit häufig auch klinisch bedeutsam (Bortz, Lienert 1998: 40-45).

Da diese Studie vor allem rückschauenden Charakter hat und die Rekrutierung der Studienteilnehmer meist einige Jahre nach Entlassung erfolgte, war es von vornherein praktisch unmöglich, eine Vollerhebung durchzuführen. Letztlich wurde mit 35 Studienteilnehmern bei einer Gesamtzahl von 94 in Frage

kommenden Teilnehmern eine Quote von 37,2% erreicht. Demzufolge ist die Tagesklinik-Stichprobe einer gewissen Selektivität unterworfen, da nicht auszuschließen ist, dass eher die zufriedenen Patienten und Eltern bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Bei den verschiedenen Erhebungsdimensionen Lebensqualität, Beurteilung der Behandlung, Verhalten und Symptombelastung wurde zwar jeweils ein breites Spektrum an Einschätzungen abgegeben, also keineswegs nur günstige. Dennoch sollte der einer nachgehenden Rekrutierung möglicherweise innewohnende Bias bei der Bewertung der Ergebnisse im Hinterkopf behalten werden.

## 4.2 Lebensqualität

Für die Ermittlung der Lebensqualität mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) wurden die Ergebnisse des Problemscores und des Lebensqualitätsscores zunächst als Absolutwerte dargestellt und anschließend mit Referenzstichproben der Allgemeinbevölkerung und einer klinischen Stichprobe verglichen.

Die in dieser Studie ermittelten Absolutwerte der Lebensqualität (Lebensqualitätsscore  $LQ_{0-28}$ ) und der Problembereiche (Problemscore  $PR_{0-7}$ ) aus Sicht der Kinder und Jugendlichen lagen zwischen den beiden Referenzstichproben Allgemeinbevölkerung und klinische Inanspruchnahmepopulation (vgl. Mattejat & Remschmidt 2006 b: 76-77). Dasselbe galt für die beiden Scores aus Elternsicht. Die entsprechenden Werte sind nochmals zusammenfassend in **Tab. 19** dargestellt. Somit lässt sich anhand dieser Absolutwerte feststellen, dass die untersuchte tagesklinische Stichprobe weder das Niveau der Allgemeinbevölkerung erreicht noch auf dem Niveau der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation „stehen geblieben“ ist, sondern sozusagen eine Mittelstellung zwischen Allgemeinbevölkerung und Klinikpopulation einnimmt. Die angeführten Unterschiede sind im Übrigen sämtlich signifikant. Beim Vergleich der hier erhobenen Daten mit den Referenzstichproben muss stets berücksichtigt



werden, dass sich die Altersstruktur und die Verteilung auf die Geschlechter und Schultypen voneinander unterscheiden und die Vergleichbarkeit somit etwas eingeschränkt ist.

**Tab. 19: Vergleich der Werte des Lebensqualitätsscores  $LQ_{0-28}$  und des Problemscores  $PR_{0-7}$  in der Tagesklinik Tübingen mit Werten der Allgemeinbevölkerung und einer Patientenstichprobe.**

Da in der Tagesklinik-Stichprobe 85,7% männlichen Geschlechts waren, wurden von den Referenzstichproben die Mittelwerte der Jungen verwendet. Bei Verwendung der Gesamtwerte aus Jungen- und Mädchenangaben ergäben sich aber nur unwesentliche Unterschiede (Mattejat & Remschmidt 2006b: 76-77).

Eine positive Differenz bedeutet, dass die Werte in der Tagesklinik höher lagen, eine negative Differenz das Gegenteil.

Signifikanzniveaus: ns = nicht signifikant; \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$ )

				Differenz	p (einseitig; t-Test bei einer Stichprobe)
<b>Angaben der Kinder und Jugendlichen (n = 35)</b>					
<b>Lebensqualitätsscore <math>LQ_{0-28}</math>:</b>					
Tagesklinik:	20,40	Allgemeinbevölkerung:	21,64	-1,24	0,025 *
Tagesklinik:	20,40	Patientenstichprobe:	18,97	+1,43	0,012 *
<b>Problemscore <math>PR_{0-7}</math>:</b>					
Tagesklinik:	2,23	Allgemeinbevölkerung:	1,52	+0,71	0,010 *
Tagesklinik:	2,23	Patientenstichprobe:	2,78	-0,55	0,033 *
<b>Angaben der Eltern (n = 33)</b>					
<b>Lebensqualitätsscore <math>LQ_{0-28}</math>:</b>					
Tagesklinik:	19,08	Allgemeinbevölkerung:	22,19	-3,11	< 0,001 ***
Tagesklinik:	19,08	Patientenstichprobe:	16,76	+2,32	< 0,001 ***
<b>Problemscore <math>PR_{0-7}</math>:</b>					
Tagesklinik:	2,67	Allgemeinbevölkerung:	1,21	+1,46	< 0,001 ***
Tagesklinik:	2,67	Patientenstichprobe:	3,68	-1,01	0,002 **

Hinsichtlich der Absolutwerte hatte sich ferner sowohl beim Problemscore als auch beim Lebensqualitätsscore gezeigt, dass die Kinder und Jugendlichen selbst sich günstiger einschätzten als ihre Eltern. Beim Lebensqualitätsscore war dieser Unterschied in der Einschätzung signifikant, nicht so beim Problemscore. Dieses Muster findet sich in den Stichproben der klinischen Inanspruchnahmepopulation wieder. Hier schätzen die Kinder sich selbst bezüglich beider Scores günstiger ein als die Eltern, während in der Allgemeinbevölkerung die Eltern ihre Kinder günstiger beurteilen als diese sich selbst (Mattejat & Remschmidt 2006b: 21; 76-77). In dieser Hinsicht ähnelt die Tagesklinik-Stichprobe also eher der klinischen Stichprobe.

Bei der Betrachtung der mittleren Prozenträge des Problemscores und des Lebensqualitätsscores und bei der Einordnung der Scores als auffällig oder unauffällig zeigte sich dasselbe Muster wie bei der Betrachtung der Absolutwerte: Die Tagesklinik-Stichprobe schnitt ungünstiger ab als die Stichprobe der Allgemeinbevölkerung und günstiger als die klinische Vergleichsstichprobe. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sahen sich die Kinder und Jugendlichen selbst dabei noch günstiger als ihre Eltern dies taten, im Vergleich zur klinischen Bevölkerung galt das Umgekehrte.

Die Eltern grenzten sich von beiden Referenzstichproben eindeutig ab, während die Kinder und Jugendlichen von beiden Referenzstichproben nicht weit entfernt lagen. Dieses paradox anmutende Ergebnis hängt mit den Referenzstichproben zusammen: Bei den Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich die Stichproben der Allgemeinbevölkerung und der klinischen Population in ihren Werten nicht so stark voneinander wie bei den Eltern (vgl. Mattejat & Remschmidt 2006 b: 55-77). Demzufolge ist es bei den Angaben der Kinder und Jugendlichen schlichtweg kaum möglich, zwischen den Referenzstichproben zu liegen.

Bei Betrachtung der einzelnen Lebensbereiche hatte sich gezeigt, dass die Bereiche Schule und psychische Gesundheit sowohl von den Eltern der in der Tagesklinik behandelten Kinder wie auch in der Allgemeinbevölkerung am häufigsten als problematisch eingeschätzt wurden, die körperliche Gesundheit

und das Gesamtbefinden am seltensten. Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Pollitt (2007), die den ILK in der Tagesklinik Neuwied einsetzte, und zwar bei Aufnahme, 6 Monate später und 12 Monate später. Am ehesten zum Vergleich mit der vorliegenden Katamnese-Studie geeignet ist der Wert 12 Monate nach Therapiebeginn. Zu diesem Zeitpunkt schätzten auch die Eltern der in Neuwied behandelten Kinder und Jugendlichen am häufigsten die Bereiche psychische Gesundheit und Schule als problematisch ein. Am seltensten als problematisch eingeschätzt wurde wie in der Tübinger Tagesklinik nachvollziehbarerweise die körperliche Gesundheit.

Auch die Prozentsätze der Eltern, die die einzelnen Bereiche als problematisch einschätzten, lagen in Neuwied in ähnlichen Größenordnungen: Beispielsweise schätzten in der Tübinger Tagesklinik jeweils 57,6% der Eltern die Bereiche Schule und psychische Gesundheit als problematisch ein, in Neuwied waren dies ca. 50% (Schule) bzw. ca. 60% (psychische Gesundheit). Ferner zeigte sich bei Pollitt, dass die Kinder und Jugendlichen ein Jahr nach Therapiebeginn in allen Lebensbereichen aus Elternsicht belasteter waren als die Kinder der Allgemeinbevölkerung (2007: 2). Dieser Befund findet sich auch in der Tübinger Tagesklinik mit Ausnahme der körperlichen Gesundheit.

Für die *ambulante* kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung liegen Daten zur Lebensqualität vor, die ebenfalls sehr ähnlich gelagert sind wie die hier erhobenen. So waren es im umfangreichen Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen von Mattejat et al. (2006: 108-110) zum dritten und letzten Befragungszeitpunkt ein Jahr nach dem Erstgespräch erneut die beiden Bereiche psychische Gesundheit und Schule, die am häufigsten als problembehaftet angesehen wurden. Am seltensten wurden hier wie in der Tübinger Tagesklinik die Bereiche körperliche Gesundheit und Gesamtbefinden genannt, zusätzlich noch der Bereich Familie. Allerdings ordnete in dieser ambulanten Studie ein deutlich geringerer Anteil der Eltern die Kinder als problematisch ein als in den Tageskliniken Tübingen oder auch Neuwied (Pollitt 2007).

Ein weiterer Unterschied zwischen der Studie von Matthejat et al. (2006) und der Tagesklinik-Stichprobe zeigt sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: Während in der Tagesklinik-Stichprobe aus Elternsicht alle Lebensbereiche außer die körperliche Gesundheit deutlich häufiger als problematisch galten als in der Allgemeinbevölkerung, galt dies bei Matthejat et al. nur für die Bereiche Familie, Interessen und Freizeitgestaltung sowie psychische Gesundheit. In den anderen vier Bereichen erreichten die ambulanten Patienten ein Jahr nach dem Erstgespräch zumindest annähernd die Werte der Allgemeinbevölkerung.

Eine weitere Studie im ambulanten Bereich, die unter anderem die Lebensqualität in den Blick nahm, identifizierte ein Jahr nach Aufnahme der Therapie (zum vierten Befragungszeitpunkt) ebenfalls die Bereiche psychische Gesundheit und Schule aus Elternsicht als die problematischsten, wobei der Bereich Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine nur knapp günstiger ausfiel (Pollitt 2009: 136-139). Die Anteile der Eltern, welche die problematischen Einschätzungen vornahmen, lagen dabei zum Teil höher, zum Teil niedriger als in der Tübinger Tagesklinik. Ein Jahr nach Behandlungsbeginn erreichten in dieser Studie die Bereiche Schule, körperliche Gesundheit und das Gesamtbefinden zumindest annähernd das Niveau der Allgemeinbevölkerung, während die restlichen vier Bereiche noch deutlich häufiger problembehaftet waren.

Im *stationären* Bereich liegen ebenfalls Ergebnisse zur mit dem ILK gemessenen Lebensqualität vor. Remschmidt und Matthejat (2006) untersuchten im Marburger Evaluationsprojekt in einer groß angelegten Studie unter anderem die Lebensqualität zu drei Zeitpunkten, wobei der späteste eine 1,5-Jahres-Katamnese darstellte. Für den ILK gaben sie zum Katamnese-Zeitpunkt einen mittleren Problemscore aus Elternsicht von 2,41 an, der etwas günstiger lag als der der Tübinger Tagesklinik (2,67). Der Lebensqualitätsscore lag mit 18,70 Punkten dagegen etwas ungünstiger als der in Tübingen (19,08). Die beiden einzigen Einzelitems, die in der Studie genannt werden, weisen jeweils einen etwas ungünstigeren Durchschnittswert auf als in der Tübinger Tagesklinik (Psychische Gesundheit: 2,72 vs. 2,61 Punkte; Gesamtbefinden: 2,37 vs. 2,21).

In einer 20-Jahres-Katamnese der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Klinik Haus Vogt (Fleischhaker et al.: 2008) wurde ebenfalls unter anderem die Lebensqualität nach stationärer Therapie untersucht, und zwar mit der Kurzversion des World Health Organisation Quality of Life Interview (WHOQOL-BREF). Der ILK kam bei den längst erwachsenen ehemaligen Patienten nicht als Erhebungsinstrument in Frage. Als Ergebnis zeigte sich analog zum Ergebnis der vorliegenden Studie, dass für die einzelnen Subskalen der Lebensqualität das Niveau der Allgemeinbevölkerung nicht erreicht, das der akut psychiatrisch Kranken dagegen übertroffen wurde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Lebensqualität der ehemaligen Patienten der Tübinger Tagesklinik aus Sicht der Eltern und der Kinder und Jugendlichen selbst in dem Bereich liegt, der sich erwarten ließ: zwischen dem Niveau der Allgemeinbevölkerung und dem Niveau akut psychiatrisch behandelter Patienten. Die Bereiche Schule und psychische Gesundheit werden sowohl von den ehemaligen Tagesklinik-Patienten als auch von der Allgemeinbevölkerung und allen hier zitierten Studien am häufigsten als problematisch angesehen. Die einzige zum Vergleich heranziehbare Studie im Tagesklinik-Setting (Pollitt 2007) lieferte für die einzeln analysierten Lebensbereiche auf allen Ebenen ähnliche Ergebnisse, während Studien im ambulanten Setting in einzelnen Lebensbereichen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung günstigere Ergebnisse zutage förderten. Dies ist wohl Ausdruck davon, dass Patienten, die stationär oder teilstationär behandelt werden, in der Regel schwerer erkrankt sind und damit auch eine geringere Lebensqualität aufweisen als Patienten, die ambulant geführt werden können (vgl. Mattejat et al. 2003; Mattejat et al. 2005). Die beiden angeführten Studien aus dem stationären Bereich lieferten bezüglich der Lebensqualität tendenziell ähnliche Ergebnisse wie die vorliegende Studie.

### 4.3 Beurteilung der Behandlung

Bei der mit dem FBB ermittelten Beurteilung der Behandlung wurden die Bereiche Gesamtbeurteilung, Beurteilung des Behandlungserfolgs und Beurteilung des Behandlungsverlaufs einschließlich der Beziehung zum Therapeuten und der Rahmenbedingungen der Behandlung analysiert. Dabei wurden zunächst die Absolutwerte aus Sicht der verschiedenen Beurteiler einander vergleichend gegenübergestellt. Diese Absolutwerte wurden dann im Einzelnen aufgeschlüsselt und den Vorschlägen der FBB-Autoren entsprechend interpretiert. Schließlich wurden die Ergebnisse eingeordnet durch einen Vergleich mit Mittelwerten aus klinischen Referenzstichproben und die Ermittlung von Prozenträngen.

Die Darstellung der Absolutwerte ergab sowohl bei den Kindern/Jugendlichen als auch bei deren Eltern eine im Mittel als „gut“ zu bewertende Gesamtbeurteilung der Behandlung, einen als „überwiegend erfolgreich“ zu bewertenden Behandlungserfolg und eine „überwiegend zufriedene“ Beurteilung des Behandlungsverlaufs einschließlich der Beziehung zum Therapeuten und den Rahmenbedingungen der Behandlung. Somit lagen alle Mittelwerte der großen Skalen in der zweitgünstigsten Kategorie.

Bei der Einordnung dieser Ergebnisse durch Vergleich mit Mittelwerten aus klinischen Referenzstichproben zeigten sich für die meisten Haupt- und Unterskalen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Tagesklinik-Stichprobe und der Vergleichsstichprobe (s. Tab. 17). Der gemeinsame Elternwert konnte hier nicht in den Vergleich eingeschlossen werden, da ein solcher Wert in den Referenzstichproben nicht ermittelt wurde. Lediglich beim Vergleich der Mütterwerte zeigten sich in den Erfolgsskalen Erfolg der Behandlung, Erfolg in Bezug auf die familiären Beziehungen und Erfolg in Bezug auf sich selbst bei den Müttern der Tagesklinik signifikant günstigere Ergebnisse. Somit kann gefolgert werden, dass sich die Tagesklinik-Stichprobe insgesamt nicht wesentlich von den Referenzstichproben unterscheidet.

Auch die Einordnung der Tagesklinik-Stichprobe durch Betrachtung von Prozenträgen bestätigt dieses Bild. In der Gesamtbeurteilung lagen Beurteilerübergreifend die meisten Einzelergebnisse im durchschnittlichen Prozentrangebier, die über- und unterdurchschnittlichen Ergebnisse hielten sich in etwa die Waage. Die Beurteilung des Behandlungserfolgs ergab bei den verschiedenen Beurteilern bezogen auf die Prozenträge die günstigsten Resultate; hier überwogen die überdurchschnittlichen Einschätzungen die unterdurchschnittlichen leicht. Umgekehrt überwogen bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufs die unterdurchschnittlichen Einschätzungen die überdurchschnittlichen leicht, wobei die häufigste Kategorie auch hier die durchschnittliche war.

Bei allen Hauptskalen zeigte sich, dass die Eltern günstigere Beurteilungen abgaben als ihre Kinder. Diese Differenz war bei der Gesamtbeurteilung und bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufs stärker ausgeprägt als bei der Beurteilung des Therapieerfolgs. Dies zeigte sich auch daran, dass die Eltern bei der Gesamtbeurteilung am häufigsten der Kategorie „sehr gut“ zugeordnet werden konnten und mit dem Behandlungsverlauf am häufigsten „vollständig zufrieden“ waren, während bei den ehemaligen Patienten stets die zweitgünstigsten Kategorien („gut“, „überwiegend zufrieden“ und „überwiegend erfolgreich“) zahlenmäßig überwogen.

Die Kinder/Jugendlichen bewerteten die Beziehung zum Therapeuten am günstigsten, gefolgt vom Erfolg der Behandlung, während die Rahmenbedingungen der Behandlung am ungünstigsten beurteilt wurden. Die Gesamtbeurteilung liegt als integrierender Gesamtwert logischerweise in der Mitte dieser drei Skalen. Bei den Eltern wurde der Therapieverlauf günstiger bewertet als der Erfolg.

Auch in den Referenzstichproben (Mattejat & Remschmidt 1998: 34), von denen sich die Tagesklinik-Stichprobe wie dargestellt nicht wesentlich unterscheidet, findet sich das Muster, dass die Mütter und Väter auf allen Skalen günstigere Werte erreichen als ihre Kinder, also in jeder Hinsicht

zufriedener mit der Therapie sind.<sup>3</sup> Ferner erreichen in den Referenzstichproben und weiteren untersuchten Stichproben, genau wie in der Tagesklinik-Stichprobe, die Skalen der Prozessqualität (Verlauf der Behandlung, Beziehung zum Therapeuten) günstigere Werte als die der Ergebnisqualität, also als die Erfolgsskalen. Eine Ausnahme hiervon bilden die nur von den Patienten beurteilten Rahmenbedingungen der Behandlung, die in allen Stichproben am ungünstigsten beurteilt werden. Weiterhin wird bei den Unterskalen des Therapieerfolgs in der Tagesklinik-Stichprobe wie in den Referenzstichproben der Erfolg hinsichtlich des Patienten von allen Beurteilern günstiger eingeschätzt als der Erfolg hinsichtlich der Familienbeziehungen und hinsichtlich der Eltern (Mattejat & Remschmidt 1998: 33-34; Remschmidt & Mattejat 2003).

Die Beurteilung der Behandlung wurde auch in einigen anderen Tageskliniken untersucht. Dabei setzten Pollitt (2007), Bormann-Kischkel (2008 und 2009) und Hoffmann (2006) den FBB ein, Kiser (1996) ermittelte die Behandlungszufriedenheit mit wenigen eigenen Fragen.

Pollitt (2007) setzte den FBB in der Tagesklinik Neuwied ein Jahr nach Aufnahme ein und ermittelte dabei Mittelwerte von 3,4 bei den Eltern und 3,3 bei den Patienten, also wie in der Tübinger Tagesklinik jeweils Werte in der zweitgünstigsten Kategorie „gut“. Der Absolutwert der Eltern war in Tübingen praktisch gleich (3,36), bei den ehemaligen Tübinger Patienten ungünstiger (2,79). Auch in Pollitts Studie erreichten die Eltern also wie in Tübingen und in den Referenzstichproben günstigere Ergebnisse als ihre Kinder.

Bormann-Kischkel et al. (2008) untersuchten an der kinderpsychiatrischen Tagesklinik in Regensburg ebenfalls unter anderem die Beurteilung der Behandlung, indem sie zum Ende der Behandlung den FBB einsetzten. Sie ermittelten dabei für Väter, Mütter und Patienten jeweils einen sehr günstigen Gesamtwert von 3,4, der knapp noch als „gut“ bezeichnet werden muss, auch

---

<sup>3</sup> Einzig in der als Projekt-Stichprobe bezeichneten Referenzstichprobe erreichen die Patienten in der Skala Erfolg der Behandlung einen günstigeren Mittelwert als die Mütter und Väter (Mattejat & Remschmidt: 34). Einen gemeinsamen Elternwert gibt es in den Referenzstichproben nicht, sondern nur Mutter- und Vater-Skalen.



wenn er sehr nahe an einem „sehr gut“ liegt. Damit sind die Werte bei den Müttern genau gleich wie in der Tübinger Tagesklinik, bei den Vätern sind sie in Tübingen etwas ungünstiger (3,18), bei den Kindern/Jugendlichen eindeutig ungünstiger (2,79). Allerdings füllten in Regensburg nur zehn Patienten den FBB aus, in Tübingen nur elf Väter, so dass die Vergleiche mit Vorsicht interpretiert werden sollten.

In einem ähnlichen Studiendesign untersuchten Bormann-Kischkel et al. (2009) in einer Multi-Center-Studie an neun bayerischen Tageskliniken wiederum die Beurteilung der Behandlung mit dem FBB am Ende der Therapie. Hier schätzen alle Beurteiler (Patienten, Eltern, Therapeuten) wie in der Tübinger Tagesklinik den Erfolg der Behandlung als „gut“ ein. Weitere oder genauere Werte aus Patienten- oder Elternsicht zum Vergleich mit den in dieser Studie ermittelten Werten finden sich nicht.

Hoffmann (2006) untersuchte an der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf bei einer vollständigen stationären und teilstationären Inanspruchnahmepopulation die Behandlungszufriedenheit mit dem FBB. Sie ermittelte bei den Müttern und Vätern jeweils eine als gut (Mittelwert jeweils 2,8), bei den Patienten eine als mäßig (Mittelwert 2,1) zu bewertende Gesamtbeurteilung der Behandlung. Damit lagen die Werte deutlich ungünstiger als die der Tübinger Tagesklinik, zeigten aber ebenfalls das bekannte Muster, dass die Eltern die Therapie günstiger bewerteten als die Kinder und Jugendlichen. Auffällig ist, dass die Beziehung zum Therapeuten (Mittelwert 1,8, entspricht „teilweise zufrieden“) aus Sicht der Patienten bei Hoffmann im Gegensatz zur Tübinger Tagesklinik und zu den Referenzstichproben ungünstiger beurteilt wurde als der Erfolg der Behandlung und die Rahmenbedingungen der Therapie.

Schließlich untersuchten auch Kiser et al. (1996) in ihrer Follow-up-Studie unter anderem die Zufriedenheit mit einer tagesklinischen Therapie in den USA, allerdings nicht mit dem in Deutschland erst später entwickelten FBB, sondern mit wenigen eigenen Fragen – insofern ist ein aufschlussreicher Vergleich mit den hier ermittelten Ergebnissen kaum möglich. Es kann lediglich berichtet

werden, dass 54% der Eltern angaben, mit der Behandlung zufrieden gewesen zu sein, während weitere 32% eher zufrieden waren („somewhat satisfied“). Dies erscheint als günstiges Resultat. Zum Vergleich mit der Tübinger Tagesklinik könnte die Gesamtbeurteilung der Behandlung durch die Eltern herangezogen werden: Hier bewerteten knapp 94% der Befragten die Therapie insgesamt mit gut oder sehr gut.

Im ambulanten Setting untersuchte Pollitt (2009) unter anderem die Zufriedenheit mit der Behandlung mit dem FBB ein Jahr nach Beginn der Therapie. Sie fand wie in der Tübinger Tagesklinik sowohl bei den Eltern (3,2) als auch bei den Patienten (3,2) eine als „gut“ zu wertende Gesamtbeurteilung der Behandlung. Der Elternwert lag in der Tübinger Tagesklinik etwas günstiger (3,36), der der Kinder und Jugendlichen ungünstiger (2,79). Auch bei Pollitt wurde der Behandlungsverlauf bzw. die Beziehung zum Therapeuten günstiger bewertet als der Behandlungserfolg.

Weiterhin nahmen Finsterer et al. (2009) die Zufriedenheit mit der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung am Klinikum der Universität München in den Blick. Die Gesamtbeurteilung fiel auch hier positiv aus und lag mit Werten von 2,66 bei den Jugendlichen und 3,20 bei den Eltern in einem ähnlichen, wenn auch etwas ungünstigeren Bereich als in der Tübinger Tagesklinik. Wiederum zeigte sich das Muster, dass die Beziehung zum Therapeuten deutlich besser beurteilt wurde als der Erfolg der Therapie.

Für den stationären Bereich existiert die 20-Jahres-Katamnese des Haus Vogt in Titisee-Neustadt, welche die Behandlungszufriedenheit mit dem FBB untersuchte (Fleischhaker et al. 2008). In dieser langen Rückschau zeigte sich bei der Gesamtbeurteilung der Behandlung durch die ehemaligen Patienten, die als einzige befragt wurden, mit einem Wert von 2,44 eine insgesamt als „mäßig“ zu bewertende Therapie. Die Tübinger Tagesklinik lag sowohl in der Gesamtbeurteilung als auch in den Skalen Behandlungserfolg und Beziehung zum Therapeuten deutlich günstiger, lediglich bei den Rahmenbedingungen der Behandlung sind die Werte annähernd gleich.

Auch im K-FB-Tü (Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen) wurden ergänzend zum FBB Fragen zur Therapiezufriedenheit gestellt, die zum Teil auf die Spezifika der Tübinger Tagesklinik eingingen. So betrachteten die Eltern die Einbeziehung in die Therapie insgesamt und die Anzahl der Telefonate, Hausbesuche und Elterngespräche in der großen Mehrheit als genau richtig, vor allem Hausbesuche und Elterngespräche wurden vereinzelt als zu wenig empfunden.

Auch die Beurteilung der einzelnen Therapieangebote fiel – soweit die Eltern diese beurteilen konnten – meist günstig aus. Vor allem die Elterngespräche wurden sehr positiv bewertet. Das Elterntaining wurde zwar insgesamt ebenfalls günstig bewertet, aber von allen Angeboten am ungünstigsten.

Die Einzelfragen zur Zufriedenheit mit der Tagesklinik wurden ebenfalls insgesamt sehr günstig beurteilt, beispielsweise sahen fast 90% der Befragten ihre Erwartungen an die Tagesklinik erfüllt. Schließlich würden 85,7% die Tagesklinik „auf jeden Fall“ weiterempfehlen, 11,4% würden sie „eher“ weiterempfehlen; eine von 35 befragten Familien (2,9%) antwortete auf die Frage nach der Weiterempfehlung mit „teils teils“. Von einer Weiterempfehlung eher oder auf jeden Fall absehen würde keiner der Befragten. Somit kann die subjektive Therapiezufriedenheit mit der Tagesklinik als hoch angesehen werden.

Insgesamt zeigte sich also bei der Beurteilung der Behandlung durch den FBB ein auf allen Ebenen als positiv zu bewertendes Ergebnis. Von den Referenzstichproben unterschied sich die hier untersuchte Tagesklinik-Stichprobe nicht wesentlich, wobei der Behandlungserfolg tendenziell etwas günstiger, der Behandlungsverlauf einschließlich der Rahmenbedingungen der Behandlung tendenziell etwas ungünstiger als die Vergleichsstichproben zu sein schien, wenn auch nach wie vor auf hohem Niveau. Im Vergleich zu den angeführten Studien zur Therapiezufriedenheit fand sich die Tagesklinik-Stichprobe in ähnlichen Bereichen wieder. In der großen Mehrheit der Fälle war die Beurteilung der Behandlung positiv, zum Teil ungünstiger als in der Tübinger Tagesklinik, zum Teil noch günstiger, vor allem bei den Urteilen der

(ehemaligen) Patienten. Mit dem K-FB-Tü konnte ebenfalls eine hohe Therapiezufriedenheit ermittelt werden, vor allem bei Betrachtung der hohen Quote von 85,7% der Eltern, welche die Tagesklinik „auf jeden Fall“ weiterempfehlen würden.

#### **4.4 Verhalten und Symptombelastung**

Das mit der Child Behavior Checklist (CBCL) ermittelte aktuelle Verhalten der ehemaligen Patienten aus Sicht der Eltern wurde dargestellt anhand der Syndromskalen, der Kompetenzskalen und schließlich im Vergleich zum Verhalten zu Therapiebeginn.

Die Analyse der Syndromskalen hatte ergeben, dass die Kinder und Jugendlichen bezüglich ihres Verhaltens insgesamt von ihren Eltern im Mittel als grenzwertig auffällig eingestuft wurden. Sie erreichten also in dieser Hinsicht nicht die Durchschnittswerte der Normalbevölkerung. Andererseits war der Mittelwert auch nicht im auffälligen Bereich. Somit kann der Befund aus der Analyse der Lebensqualität bestätigt werden, dass die Tagesklinik-Stichprobe sich am ehesten zwischen der Allgemeinbevölkerung und einer klinisch auffälligen Population verorten lässt.

Externalisierende Auffälligkeiten waren häufiger zu finden als internalisierende, und die Skalen Aufmerksamkeitsprobleme, aggressives Verhalten, dissoziales Verhalten und ängstlich-depressiv stellten sich am häufigsten als auffällig oder grenzwertig auffällig heraus.

Die – wie bereits erwähnt – mit Vorsicht zu interpretierenden Kompetenzskalen wiesen die Kinder/Jugendlichen im Mittel als unauffällig aus, sie erreichten mit einem mittleren Gesamt-T-Wert von knapp 48 sogar fast den Durchschnittswert der Allgemeinbevölkerung. Auch in den drei Unterskalen Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule waren die Werte zum großen Teil unauffällig.

Somit kann gesagt werden, dass die ehemaligen Patienten zwar in einer auf Verhaltensprobleme fokussierten Sichtweise, also bei Betrachtung der Syndromskalen, als grenzwertig auffällig gelten konnten und schlechtere Werte erreichten als die Allgemeinbevölkerung. Stellt man jedoch die Ressourcen in den Vordergrund, betrachtet also die Kompetenzskalen, erwiesen sich die ehemaligen Patienten als durchaus „normal“.

Schließlich hatte der Vergleich mit zu Therapiebeginn erhobenen CBCL-Daten ergeben, dass 12 von 14 Kindern/Jugendlichen, bei denen eine „alte“ CBCL vorlag, sich verbesserten und die anderen beiden gleiche Werte erreichten wie zu Therapiebeginn, so dass insgesamt von einer signifikanten Verbesserung gesprochen werden kann.

Das Verhalten bzw. die Veränderung des Verhaltens nach einer Therapie wurde in vielen Studien untersucht. Zunächst werden diejenigen diskutiert, die ebenfalls die CBCL verwendeten, im Anschluss diejenigen, die das Verhalten mit anderen Instrumenten erfassten.

In der Tagesklinik Neuwied ermittelte Pollitt (2007) einen zu Beginn der Therapie deutlich auffälligen Gesamtauffälligkeitswert (T-Wert 70,7), der sich zwölf Monate später stark verbessert hatte, aber immer noch knapp im grenzwertig auffälligen Bereich war (60,6). Die Größenordnung der Veränderung lag damit sehr ähnlich wie in der Tübinger Tagesklinik, wo sich der mittlere Gesamt-T-Wert von 73,0 auf 62,4 verbessert hatte und am Ende ebenfalls grenzwertig auffällig war.

Die Studie von Bachmann et al. (2010) verglich für 306 Patienten aus neun ambulanten Praxen in einem naturalistischen Design die CBCL-Werte zu Beginn der Therapie mit den Werten ein Jahr später. Diese Therapiegruppe wurde nicht-randomisiert mit einer Gruppe verglichen, die nur an diagnostischen Maßnahmen oder an wenigen Therapiesitzungen teilnahm. Bei allen Patienten insgesamt und auch bei den vier Subgruppen ADHS, Angststörung, depressive Störung und Verhaltensstörung zeigte sich wie in der Tübinger Tagesklinik eine signifikante Symptomreduktion. Die bei Bachmann et

al. angegebenen Gesamtrohwerte der CBCL sanken in dieser Studie von 40,8 Punkten auf 28,8 (2010: 113), die in der Tübinger Tagesklinik von 66,1 auf 37,7 Punkte. Der geringere Ausgangswert bei Bachmann et al. spiegelt die geringere Problembelastung der ambulant behandelten Patienten wider.

Trotz der Symptomreduktion nach einem Jahr konnten die Autoren in der Gesamtgruppe keinen Therapieeffekt nachweisen, da die Kontrollgruppe sich nicht signifikant von der Therapiegruppe unterschied. Lediglich für die beiden Subgruppen mit den Diagnosen ADHS und Angststörungen konnte ein Effekt der Therapie gefunden werden. Dies zeigt, dass die Interpretation der Symptomreduktion auch in der Tübinger Tagesklinik mit Vorsicht zu erfolgen hat, da diese Symptomreduktion nicht notwendigerweise einen Therapieeffekt darstellen muss, sondern unter anderem auch der Faktor Zeit hierfür verantwortlich sein kann - wie bei zahlreichen anderen hier zitierten Studien ohne Kontrollgruppe auch.

Pollitt (2009) ermittelte in ihrer Studie im ambulanten Bereich ebenfalls die Symptombelastung der Patienten anhand der CBCL, und zwar zu den Zeitpunkten Anmeldung, Therapiebeginn, sechs Monate und zwölf Monate nach Therapiebeginn. Die Veränderungen in der Wartezeit zwischen Anmeldung und Therapiebeginn wurden mit den Veränderungen während und nach der Therapie verglichen (Eigenkontrollgruppendesign). Zum Zeitpunkt der Anmeldung lag der mittlere Gesamt-T-Wert mit 67,3 Punkten im auffälligen Bereich, zu Beginn der Therapie nach drei bis vier Monaten Wartezeit mit 65,5 Punkten ebenfalls, wenn auch schon niedriger. Zwölf Monate nach Behandlungsbeginn lag der Wert bei 60,4 Punkten im unteren Grenzbereich der Auffälligkeit (Pollitt 2009: 132). Verglichen mit der Tübinger Tagesklinik zeigte sich in dieser ambulanten Studie also ebenfalls eine Abnahme der Symptomlast in den grenzwertig auffälligen Bereich, wenn auch von einem – vermutlich dem ambulanten Setting geschuldeten – niedrigeren Ausgangsniveau aus.

Es zeigten sich bei Pollitt also bedeutsame Verbesserungen in der Psychopathologie. Allerdings konnte bei vergleichender Betrachtung der

Eigenkontrollgruppe eine Wirksamkeit der Therapie im Sinne einer Symptomreduktion nicht nachgewiesen werden (Pollitt 2009: 102-110).

Die internalisierenden Auffälligkeiten waren im ambulanten Setting in Neuwied ähnlich ausgeprägt wie die externalisierenden, wenngleich – im Unterschied zur Tübinger Tagesklinik – zum letzten Untersuchungszeitpunkt die Subskala der internalisierenden Auffälligkeiten etwas auffälliger war als die der externalisierenden. Insgesamt lagen ein Jahr nach Therapiebeginn aber beide Skalen im Mittel im unauffälligen Bereich (Pollitt 2009: 133-134). In der vorliegenden Arbeit lag die Skala der internalisierenden Auffälligkeiten ebenfalls im unauffälligen Bereich, die der externalisierenden war grenzwertig auffällig.

Weiterhin wurde die CBCL – neben einer Reihe anderer Instrumente – von Green et al. (2001) eingesetzt, um den „health gain“ der vollständigen Inanspruchnahmepopulation einer stationär und teilstationär arbeitenden kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung in England zu untersuchen. Mit der CBCL wurde ermittelt, dass sich sowohl die externalisierenden wie auch die internalisierenden Auffälligkeiten zwischen Therapiebeginn und Follow-up sechs Monate nach Entlassung signifikant verringerten. Auch die meisten anderen Indikatoren der Verhaltensveränderung aus Sicht der Therapeuten, Lehrer und unabhängiger Beobachter verbesserten sich signifikant, während dies für das familiäre Funktionsniveau nicht galt.

In der Studie von van Bokhoven et al. (2006), die im stationären wie im teilstationären Bereich das Outcome von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens („disruptive behavior disorder“) untersuchte, wurde ebenfalls unter anderem die CBCL eingesetzt. Hier zeigte sich, dass zum Follow-up-Zeitpunkt (im Mittel 5,1 Jahre nach der Therapie) noch 70% der Jugendlichen bezüglich externalisierenden Verhaltens auffällig waren und 4% im Grenzbereich. In der Tübinger Tagesklinik lag zum Befragungszeitpunkt ein etwas geringerer Anteil im auffälligen bzw. Grenzbereich externalisierenden Verhaltens, nämlich 45,5% bzw. 12,1%. Die vorliegende Studie der Tübinger Tagesklinik ist mit dieser niederländischen Studie insofern gut vergleichbar als ein ähnlicher mittlerer Katamnese-Zeitraum vorliegt (Tübinger Tagesklinik: 3,3

Jahre), die Quote männlicher Studienteilnehmer ähnlich hoch ist (van Bokhoven et al.: 89,4% (2006: 81); Tübinger Tagesklinik: 85,7%) und als auch in Tübingen Störungen des Sozialverhaltens zu den häufigsten Diagnosen gehörten. Insgesamt fand sich bei van Bokhoven et al. bei Betrachtung aller Indikatoren – darunter Schulbesuche, Delinquenz, Rauchen, das Vorliegen der Diagnose Störung des Sozialverhaltens – ein heterogenes Outcome mit nahezu ebenso vielen negativen wie günstigen Ergebnissen.

In den USA setzten Kiser et al. (1996) zur Untersuchung der Symptomverbesserung im tagesklinischen Bereich ebenfalls die CBCL ein, dazu eine Reihe weiterer Instrumente zur Evaluation der Behandlung insgesamt. Bis auf die in der amerikanischen CBCL zusätzlich vorhandene Subskala „sex problems“ zeigten sich in allen Subskalen signifikant günstigere Werte beim Follow-up nach einem Jahr als zu Therapiebeginn. Dies galt auch für die Gesamtauffälligkeit, die internalisierenden und die externalisierenden Auffälligkeiten. Insgesamt lagen die Werte der drei übergeordneten Skalen zum Zeitpunkt des Follow-up bei Kiser et al. sehr nahe bei den Werten der Tübinger Tagesklinik, auch hier dominierten die externalisierenden Probleme im Vergleich zu den internalisierenden.

Eine weitere, von Grizenko (1997) vorgelegte Follow-up-Studie über das Outcome von Tagesklinik-Patienten im nordamerikanischen Raum setzte zur Ermittlung des Verhaltens bei Kindern mit schweren Verhaltensstörungen zwar nicht die CBCL ein, sondern das ebenfalls von Achenbach entwickelte Revised Child Behavior Profile (RCBP), ist mit der vorliegenden Arbeit aber aufgrund einiger Ähnlichkeiten recht gut vergleichbar. Es finden sich eine ähnliche Fallzahl (Grizenko: n = 33, Tübingen: n = 35), jeweils ein hoher Anteil männlicher Studienteilnehmer (Grizenko: 90,9%; Tübingen: 85,7%), eine ähnliche Diagnosenstruktur (Grizenko: ADHD, conduct disorder, oppositional defiant disorder; Tübingen: häufigste Diagnosen ADHS und Störungen des Sozialverhaltens) und ein vergleichbarer Follow-up-Zeitraum (Grizenko: 5 Jahre; Tübingen: im Mittel 3,3 Jahre). Grizenko ermittelte mit dem RCBP signifikante Verbesserungen zwischen Therapiebeginn und Entlassung im Gesamtwert und



bei den externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten. Beim 5-Jahres-Follow-up hatten sich die Werte wieder etwas verschlechtert, waren aber immer noch signifikant günstiger als zu Therapiebeginn und lagen sämtlich nicht mehr im klinisch auffälligen Bereich. Es finden sich bei Grizenko also ähnliche Resultate wie in der vorliegenden Arbeit, wenngleich hier der Gesamtauffälligkeitswert und die externalisierenden Auffälligkeiten noch grenzwertig auffällig waren.

Auch bei Milin et al. (2000), die wie Grizenko eine Studie aus Kanada vorlegten, die allerdings ein tagesklinisches Schulprogramm untersuchte, wurde unter anderem die Veränderung des Verhaltens mit der CBCL analysiert. Die Veränderung der drei übergeordneten Skalen zwischen Therapiebeginn und Follow-up nach einem Jahr war vergleichbar mit der Tübinger Tagesklinik. So entwickelte sich der Gesamtauffälligkeitswert von 71,9 Punkten (auffällig) zu 62,3 Punkten (grenzwertig auffällig) (Tübingen: 73,0 → 62,4).

Bormann-Kischkel et al. (2009) ermittelte in einer Multi-Center-Studie an bayerischen Tageskliniken mithilfe des SDQ, den die Patienten und ihre Eltern zu Beginn und am Ende der Therapie bearbeiteten, ebenfalls eine signifikante Symptomverbesserung. Aus Elternsicht konnte dies in allen erfragten Problembereichen unabhängig von der Hauptdiagnose berichtet werden, aus Patientensicht insbesondere bei der Hyperaktivität. In einer weiteren Studie an der kinderpsychiatrischen Tagesklinik Regensburg hatten Bormann-Kischkel et al. (2008) ebenfalls mit dem SDQ aus Elternsicht zwischen Beginn und Ende der Therapie eine Symptomreduktion in allen Skalen ermittelt.

Fleischhaker et al. (2008), deren 20-Jahres-Katamnese über die kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Klinik Haus Vogt mit der vorliegenden Studie recht gut vergleichbar ist – beide Studien weisen ein (vorwiegend) querschnittliches Design auf und untersuchen die Lebensqualität, die aktuelle Symptombelastung, die Beurteilung der Behandlung – analysierten die körperliche und psychische Symptomatik mit der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R). Sie fanden für alle Subskalen höhere Werte als für die Allgemeinbevölkerung, also eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

stärkere Belastung der ehemaligen Patienten. Betrachtet man die Mittelwerte der übergeordneten CBCL-Skalen der ehemaligen Tübinger Patienten, lagen auch diese mit T-Werten von über 50 über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung, aber zumindest für die internalisierenden Auffälligkeiten gerade noch im klinisch unauffälligen Bereich, für die externalisierenden Auffälligkeiten und den Gesamt-T-Wert im Grenzbereich.

Bezüglich der Symptombelastung der ehemaligen Patienten der Tübinger Tagesklinik lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Verortung der Stichprobe in den Bereich zwischen Allgemeinbevölkerung und klinische Population auch hier angesichts der grenzwertig auffälligen Befunde plausibel erscheint. Die externalisierenden Probleme überwogen die internalisierenden, was zur Diagnosenstruktur der Tagesklinik mit einer Häufung von ADHS und Störungen des Sozialverhaltens passt. Die signifikante und klinisch deutliche Verbesserung des Verhaltens ist ein erfreuliches Ergebnis, das aber mangels Kontrollgruppe nicht leichtfertig als therapiebedingt gelten darf. Teilweise hatte sich nämlich in den hier angeführten Studien gezeigt, dass trotz Symptomreduktion ein Effekt der Therapie nicht sicher nachzuweisen war (z.B. Bachmann et al. 2010; Pollitt 2009). Das Ausmaß der Symptomreduktion und die Werte zum Zeitpunkt des Follow-up waren in den meisten Studien vergleichbar mit den Resultaten der Tübinger Studie.

#### **4.5 Lebensumstände und deren Bewertung durch die Eltern**

Die Eruiierung der Lebensumstände der befragten ehemaligen Patienten wurde mithilfe des K-FB-Tü (Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen) vorgenommen. Da der K-FB-Tü ein eigens für diese Studie konstruiertes Instrument ist, sind Vergleiche mit anderen Studien kaum möglich. Die Ergebnisse des K-FB-Tü sollen vor allem das Bild der Tagesklinik-Stichprobe ergänzen und weitere Hinweise für deren Einordnung liefern.

Die retrospektive Betrachtung der Entwicklung des Familienbefindens hatte ergeben, dass die Eltern dieses sowohl direkt nach der Behandlung als auch sechs Monate später und zum Befragungszeitpunkt im Mittel als verbessert ansahen, und zwar zwischen den Kategorien „etwas besser“ und „viel besser“ liegend, wobei die niedrigsten Werte sechs Monate nach Behandlung, die höchsten zum Befragungszeitpunkt genannt wurden. Dasselbe Muster fand sich für die Beurteilung des Geschwisterverhältnisses, wenn auch auf insgesamt niedrigerem Niveau. Hierbei muss die eingeschränkte Validität retrospektiver Einschätzungen bedacht werden; der subjektive Eindruck einer Verbesserung aber ist zumindest ein Hinweis auf eine tatsächliche Verbesserung.

Auch bei der Beurteilung des Verhältnisses zu den einzelnen Geschwistern und der Entwicklung dieses Verhältnisses seit Beendigung der Tagesklinik-Therapie zeigte sich jeweils ein als günstig zu wertendes Resultat. So wurde das Geschwisterverhältnis von den Eltern mehrheitlich als „(eher) gut“ bezeichnet, und bei der Entwicklung desselben überwog die Kategorie „(eher) verbessert“ die Kategorie „(eher) verschlechtert“ deutlich. Dieses Ergebnis passt wiederum zum insgesamt als günstig zu bezeichnenden Outcome der Tagesklinik-Patienten.

Bei Kindern mit getrennt lebenden Eltern zeigte sich auch in der Beziehung zum getrennt lebenden leiblichen Elternteil – sofern diese Beziehung noch vorhanden war – ein eher günstiges Resultat, ebenso im Kontakt der getrennt lebenden Eltern untereinander. Demgegenüber war der Kontakt zum neuen Lebenspartner der getrennt lebenden Elternteile zwar ebenfalls mehrheitlich (eher) gut, aber auch in mehreren Fällen problembehaftet.

Die große Mehrheit von 30 der 35 befragten Familien gab an, die Empfehlungen der Tagesklinik umgesetzt zu haben. Auch diese Angaben müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da diese Antworten auch ihrer Erwünschtheit wegen gegeben worden sein könnten. Dennoch kann auf eine gewisse Kooperationsbereitschaft und Therapiemotivation seitens der befragten Familien geschlossen werden, die sich auch in der recht großen Anzahl an

Folgemaßnahmen zeigt. Diese Maßnahmen können also sowohl Indiz einer weiteren Therapienotwendigkeit als auch einer Therapiebereitschaft sein.

Den Übergang nach der Tagesklinik-Behandlung in die genannten Folgemaßnahmen bewerteten die Eltern mit großer Mehrheit positiv – über 80% bewerteten ihn als problemlos.

Bei der Frage nach belastenden Lebensereignissen hatte sich gezeigt, dass 22 von 35 Kindern aus Sicht ihrer befragten Elternteile ein solches Ereignis zu verkraften hatte, ein Indikator für die wohl überdurchschnittlich belastete Vergangenheit der Tagesklinik-Stichprobe.

Die einzelnen Bereiche des Tagesablaufs wie beispielsweise Aufstehen, das Erledigen der Hausaufgaben, Zu-Bett-Gehen und das Einhalten von Regeln bewerteten die Eltern sämtlich mit Mittelwerten, die im günstigen Bereich lagen, allerdings gerade bei der Einhaltung von Regeln und auch anderen Kategorien nur knapp. Dies ist als ein weiteres Indiz zu werten, dass die Tagesklinik-Stichprobe trotz eines zwar eher günstigen Resultats nach wie vor mit Problemen behaftet ist, die wohl über diejenigen der Allgemeinbevölkerung hinausgehen.

#### **4.6 Schlussfolgerung aus der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit ging der Frage nach, wo die ehemaligen Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Tübingen einige Jahre nach der Therapie bezüglich Lebensqualität, Symptomlast, Therapiezufriedenheit und Lebensumständen zu verorten sind. Ferner wurde eruiert, ob im Vergleich zum Beginn der Therapie eine Symptomverbesserung beobachtet werden konnte. Dabei wurden folgende Hypothesen untersucht:

**Hypothese 1:** Die Tagesklinik-Stichprobe erreicht nach der Therapie hinsichtlich Lebensqualität und Symptombelastung ein besseres Niveau als

akut klinisch-auffällige Kinder und Jugendliche, nicht jedoch das Niveau der Normalbevölkerung.

**Hypothese 2:** Die Symptombelastung zum Katamnese-Zeitpunkt ist geringer als zu Therapiebeginn.

**Hypothese 3:** Die ehemaligen Patienten und deren Eltern sind mit der Behandlung und mit ihren Lebensumständen zufrieden und erreichen vergleichbare Ergebnisse wie andere klinische Stichproben.

**Hypothese 1** kann im Wesentlichen als bestätigt gelten. Hinsichtlich der mit dem ILK bestimmten Lebensqualität lassen sich die Kinder und Jugendlichen bei Betrachtung der mittleren Absolutwerte aus Sicht der ehemaligen Patienten selbst und aus Sicht ihrer Eltern sowohl von der Allgemeinbevölkerung als auch von einer klinischen Vergleichsstichprobe statistisch signifikant abgrenzen, so dass sie in der Tat „dazwischen“ zu verorten sind. Eine Einschränkung muss bei der Einordnung der *einzelnen* Kinder und Jugendlichen als auffällig oder unauffällig gemacht werden, da hier die Referenzstichproben der Allgemein- und der klinischen Bevölkerung so nahe beieinander liegen, dass es kaum möglich ist, „dazwischen“ zu liegen. Die gefundenen Ergebnisse stimmen mit den wenigen vorliegenden vergleichbaren Studien im Wesentlichen überein. Bei den ambulanten Studien zeigten sich tendenziell geringere Einschränkungen der Lebensqualität als bei den teilstationären und stationären.

Auch für die mit der CBCL ermittelte Symptombelastung lässt sich die Tagesklinik-Stichprobe wie bei der Lebensqualität verorten: Die ehemaligen Patienten wurden hinsichtlich des Gesamtauffälligkeitswerts als „grenzwertig auffällig“ eingestuft, ebenso für die externalisierenden Auffälligkeiten. Lediglich die internalisierenden Auffälligkeiten fanden sich gerade noch im unauffälligen Bereich. Somit kann auch bezüglich der Symptombelastung keine eindeutige klinische Auffälligkeit, aber eben auch keine dem Niveau der Allgemeinbevölkerung entsprechende „Normalität“ festgestellt werden.

**Hypothese 2** kann ebenfalls als bestätigt gelten. Die Symptombelastung reduzierte sich bei den 14 zum Vergleich zur Verfügung stehenden CBCLs signifikant und wesentlich von einem im deutlich auffälligen Bereich liegenden Mittelwert zu Therapiebeginn (Gesamt-T-Wert: 73,0) auf einen im Grenzbereich liegenden Mittelwert zum Katamnese-Zeitpunkt (62,4). In vergleichbaren Studien hatten sich größtenteils Symptomreduktionen in ähnlichen Größenordnungen gezeigt.

Schließlich kann **Hypothese 3** ebenfalls partiell bestätigt werden, im Vergleich zu anderen Stichproben lassen sich jedoch auch Unterschiede in der Bewertung bestimmter Zufriedenheitsaspekte identifizieren. Zunächst ist festzuhalten, dass die ehemaligen Patienten und deren Eltern die Behandlung in der Tagesklinik insgesamt als „gut“ beurteilten. Der Therapieerfolg ließ sich als „überwiegend erfolgreich“ charakterisieren, mit dem Behandlungsverlauf einschließlich der Beziehung zum Therapeuten und den Rahmenbedingungen der Behandlung waren die Befragten im Mittel „überwiegend zufrieden“.

Der Vergleich mit der Referenzstichprobe erbrachte für die meisten Haupt- und Unterskalen keine signifikanten Unterschiede, allerdings erreichten die Mütter der Tagesklinik-Stichprobe in der Gesamt-Erfolgsskala und in den Unterskalen Erfolg in Bezug auf die familiären Beziehungen und Erfolg in Bezug auf sich selbst signifikant günstigere Werte als die Referenzstichprobe. Hierbei ist allerdings – wie im übrigen in der gesamten Arbeit – die der Rücklaufquote von 37,2% geschuldete Selektivität der vorliegenden Stichprobe zu berücksichtigen, die dieses Ergebnis relativiert. Somit können die beiden Stichproben insgesamt als vergleichbar zufrieden betrachtet werden.

Bei der Einordnung der einzelnen FBB-Ergebnisse in Prozenträge, die wiederum in Kategorien von deutlich unter- bis deutlich überdurchschnittlich eingeteilt werden, entstand ein leicht abgewandeltes Bild: Während sich bei der Gesamtbeurteilung der Behandlung Beurteiler-übergreifend die unter- und überdurchschnittlichen Ergebnisse in etwa die Waage hielten, verhielt es sich bei den anderen Skalen etwas anders. Beim Behandlungserfolg überwogen die günstigen Kategorien die ungünstigen, beim Therapieverlauf bzw. der

Beziehung zum Therapeuten und den Rahmenbedingungen der Behandlung die ungünstigen Kategorien die günstigen, wenn auch nur leicht. Die Beurteilung des Behandlungserfolgs kann in dieser Betrachtungsweise also als etwas günstiger als in den Referenzstichproben betrachtet werden, die Beurteilung des Therapieverlaufs als etwas ungünstiger, wenn auch jeweils auf hohem Niveau der Zufriedenheit.

Auch die im K-FB-Tü erhobenen Daten, die vor allem die Lebensumstände und die speziell auf die Tagesklinik bezogene Zufriedenheit erfragten, ergaben eine recht hohe Zufriedenheit und eine tendenziell positive Bewertung der Lebensumstände seit Beendigung der Therapie in der Tagesklinik. Freilich war hier durch das Fehlen von Referenzstichproben und vergleichbarer Studien kein Vergleich mit Normalwerten der Allgemeinbevölkerung oder mit anderen Studien möglich.

### **Kritischer Ausblick**

Abschließend soll eine kritische Beleuchtung dieser Arbeit erfolgen und Implikationen der gefundenen Ergebnisse und der kritischen Auseinandersetzung hiermit dargestellt werden.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit lag auf der Analyse der drei Evaluierungsdimensionen Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität und Behandlungserfolg bzw. symptomatische Verbesserung, wie dies für die Bewertung kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsprogramme üblich ist und gefordert wird (Winkler 2009; Mattejat & Remschmidt 2006b: 39). In einer Effectiveness-Studie wurde untersucht, wie tagesklinische Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter alltäglichen klinischen Bedingungen mit nicht-selektiertem Patientengut funktioniert. Auch diese Studienart wird für die Erforschung des Therapie-Outcomes in der Literatur gefordert (Weisz & Jensen 2001: 12; Mattejat et al. 2006: 1; Graf Schimmelmann, Schulte-Markwort & Richter 2001: 186).

Fasst man die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zusammen, kommt man zu dem Fazit, dass die Lebensqualität und die Symptombelastung der ehemaligen Patienten besser sind als bei akut psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, dass sich die Symptombelastung im Vergleich zum Therapiebeginn reduziert hat und dass die Behandlung und die Lebensumstände im Wesentlichen günstig beurteilt werden. Insofern kann die eingangs gestellte Frage nach dem Erfolg und dem Nutzen tagesklinischer Therapie anhand der untersuchten Stichprobe positiv beantwortet werden.

Streng genommen ist festzustellen, dass die im Vergleich zur akut klinisch erkrankten Population positive Verortung und die Symptomreduktion zwar erfreulich sind, jedoch nicht zwingend der tagesklinischen Therapie zuzuschreiben sind – der Nachweis der Effektivität der Behandlung wäre nur in einem Kontrollgruppen-Design zu erbringen gewesen.

Weiterhin muss die Teilnehmerquote von 37,2% kritisch erwähnt werden. Eine solche Quote birgt die Gefahr der Verzerrung der Studienergebnisse, da möglicherweise in erster Linie die mit der Therapie Zufriedenen teilnehmen. Dieser Vorbehalt muss bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden.

Insofern wäre es in künftigen Studien sinnvoll, die Patienten und deren Eltern bereits zum Zeitpunkt der Anmeldung für die Therapie über eine solche qualitätssichernde und evaluative Studie in Kenntnis zu setzen und diese als Vollerhebung direkt zu implementieren. So könnte man die Kinder und Jugendlichen in der Wartezeit zwischen Anmeldung und Therapiebeginn als Eigenkontrollgruppe betrachten und untersuchen, wie dies beispielsweise von Pollitt (2009) für den ambulanten Bereich praktiziert wurde. Der Nachteil eines solchen Designs wäre der erheblich höhere organisatorische, personelle und damit auch finanzielle Aufwand durch die notwendige Integrierung der Befragungen in den Behandlungsverlauf zu mehreren Messzeitpunkten. Andererseits könnten so durch höhere Fallzahlen auch differenzierte Analysen hinsichtlich der Bedingungen des Erfolgs durchgeführt werden, was dann für eine gezielte Verbesserung der Therapiemodalitäten genutzt werden könnte.



Insgesamt sind die in der vorliegenden Arbeit ermittelten Ergebnisse erfreulich, bedürfen aber explizit im nur spärlich untersuchten tagesklinischen Bereich noch der Bestätigung durch weitere Studien.

## 5 Zusammenfassung

**Einführung und Fragestellung:** Das tagesklinische Behandlungssetting in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebte in den letzten Jahrzehnten durch zahlreiche neue tagesklinische Behandlungseinheiten einen beachtlichen Aufschwung. Die Studienlage zu diesem Setting ist allerdings, gerade was die häufig geforderten Effectiveness-Studien im alltäglichen therapeutischen Raum betrifft, bisher als recht dünn zu bezeichnen. Um dem Rechnung zu tragen, untersucht die vorliegende Arbeit im Sinne einer solchen Effectiveness-Studie den Erfolg und Nutzen der kinder- und jugendpsychiatrischen tagesklinischen Therapie anhand der Tagesklinik des Universitätsklinikums Tübingen. Als Beurteilungsmaß hierfür dienen:

1. eine Verortung der Stichprobe der ehemaligen Patienten hinsichtlich ihrer Lebensqualität und ihrer Symptombelastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und zu klinischen Referenzstichproben;
2. die Veränderung der Symptombelastung im Vergleich zum Therapiebeginn;
3. die Zufriedenheit mit der Behandlung und mit den aktuellen Lebensumständen.

**Methodik:** Es konnten 35 von 94 Patienten (37,2%), die zwischen der Tagesklinik-Eröffnung 2003 und Ende 2008 behandelt wurden, für die Studie rekrutiert werden. Unter den insgesamt heterogenen Diagnosen stellten Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen die häufigsten dar. Die ehemaligen Patienten und deren Eltern füllten im Mittel 3,3 Jahre nach Behandlungsende jeweils das ILK (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) und den FBB (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung) aus, die Eltern zusätzlich die CBCL (Child Behavior Checklist) und den K-FB-Tü (Katamnese-Fragebogen über die Behandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik Tübingen). Die CBCL wurde in den Fällen, in denen es möglich war, mit einer bereits zu Therapiebeginn erhobenen CBCL verglichen.

**Ergebnisse:** Bezüglich der Lebensqualität und der Symptombelastung lag die Tagesklinik-Stichprobe ungünstiger als die Allgemeinbevölkerung und günstiger als Stichproben akut psychiatrisch Erkrankter. Im Vergleich zum Beginn der Therapie hatte sich die Symptombelastung signifikant und deutlich reduziert. Die Therapiezufriedenheit lag auf einem hohen Niveau, das abgesehen von leichten Abweichungen dem vergleichbarer Stichproben entsprach.

**Diskussion:** Um diese positiven Ergebnisse tatsächlich stringent der Therapie zuschreiben zu können, müssten erstens unter streng theoretischen Forschungskriterien im Sinne randomisierter kontrollierter Studien Kontrollgruppen eingesetzt werden und zweitens durch eine Rekrutierung schon bei der Anmeldung zur Therapie die Teilnehmerquote erhöht werden. Insgesamt geben die Ergebnisse dieser Studie des therapeutischen Alltags dennoch Anlass zu der Annahme, dass die Therapie der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Tübingen erfolgreich und nützlich war und sind damit sehr erfreulich.

## 6 Literaturverzeichnis

ACHENBACH T M. Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile. Burlington 1991.

ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST:  
Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen;  
deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18).  
Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen  
Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P.  
Melchers & K. Heim. Köln 1998: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und  
Familiendiagnostik.

ATTESLANDER P. Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin 2008.

BACHMANN M, BACHMANN C J, JOHN K, HEINZEL-GUTENBRUNNER  
M, REMSCHMIDT H, MATTEJAT F. The effectiveness of child and  
adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting.  
World Psychiatry 2010; 9(2):111-117.

BLOCK B M, ARNEY K, CAMPBELL D J, KISER L J, LEFKOVITZ P M, SPEER  
S K. American Association for Partial Hospitalization Child and  
Adolescent Special Interest Group: Standards for child and adolescent  
partial hospitalization programs. International Journal of Partial  
Hospitalization 1991; 7(1):13-21.

BORMANN-KISCHKEL C, RUß M, HOCHKÖNIG C, KASTL S, WAGNER  
V, EBNER E, LINDER M. Behandlungsevaluation in einer  
kinderpsychiatrischen Tagklinik. Nervenheilkunde 2008; 27(11a):36-37.

BORMANN-KISCHKEL C, ZÜGNER C, BERGER O, FEHN T, REDMANE  
I, RÖDER S, SILC M, FISCHER U, STEINMANN S, VOACK-BETZ A,  
ZAKIS D. Wie zufrieden sind Patienten, Eltern und Therapeuten mit der  
Behandlung? Eine Multi-Center-Studie an bayerischen Tageskliniken.  
Handout beim Kongress der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamburg.  
März 2009.

BORTZ J. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg  
2005.

BORTZ J, LIENERT G A. Kurzgefaßte Statistik für die klinische  
Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben.  
Heidelberg 1998.

- BRAUN-SCHARM H, DÜNNER-KRAMP M, FERNÁNDEZ M, HASSLER B, HOTZ E, IARRICCIO P, MASTROGIACOMO C, MÖSCH H P, POZZI G, SCHERRER BRAUN J, STEINHAUSEN H-C. Die Tagesklinik für Jugendliche (TKJ) am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zürich (ZKJP) der Universität Zürich: Konzept und erste Erfahrungen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 2001; 152(1):11-18.
- BREDEL S, BRUNNEN R, HAFFNER J, RESCH F. Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2004; 53(4):256–76.
- BÜHL A. PASW 18. Einführung in die moderne Datenanalyse. München 2010.
- DIEKMANN A. Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg 2007.
- DOAN R J, PETTI T A. Clinical and demographic characteristics of child and adolescent partial hospital patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989; 28(1):66-69.
- DÖPFNER M, BERNER W, SCHMIDT M H. Effekte einer teilstationären Behandlung verhaltensauffälliger und entwicklungsrückständiger Vorschulkinder. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 1989; 17:131-139.
- DÖPFNER M, SCHMECK K, BERNER W, LEMKUHL G, POUSTKA F. Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. Z Kinder Jugendpsychiatr 1994; 22:189-205.
- EISERT H-G, EISERT M. Stationäre Behandlung, teilstationäre Behandlung und home treatment: Möglichkeiten und konkrete Durchführung verschiedener Behandlungsmodalitäten. In H. Remschmidt, M. H. Schmidt (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-treatment im Vergleich (S. 14-28). Stuttgart 1988.
- FALLER H, LANG H. Medizinische Psychologie und Soziologie. Heidelberg 2006.
- FINSTERER I, SCHUNCK T, HEMMER K, KARAMETE B, FRANK R. Zufriedenheit mit der Behandlung aus der Sicht von Jugendlichen, deren Eltern, Ärzten und Jugendhilfe-Mitarbeitern. Handout beim Kongress der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamburg. März 2009.

FLEISCHHAKER C, BOCK K, HENNINGHAUSEN K, HORWATH D, KUHN-HENNINGHAUSEN C, RAUH R, WEWETZER G, DRÖMANN S, SCHULZ E. 20-Jahres-Katamnese der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Klinik Haus Vogt. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2008; 36(3):191-203.

GEHRMANN J, SCHWARZ M, ABEDI G, BOIDA E, WOLF J F, FIES U, SCHWAHN R, PELLARIN M. Tagesklinik als therapeutischer Entwicklungsraum: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2008; 18(2):56-68.

GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ DER LÄNDER (HRSG.). Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Erarbeitet von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz. 2007.

GRAF SCHIMMELMANN B, SCHULTE-MARKWORT M, RICHTER R. Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2001; 29(3):178-188.

GREEN J, KROLL L, IMRIE D, FRANCES F M, BEGUM K, HARRISON L, ANSON R. Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001; 40(3):325-332.

GRIZENKO N. Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: A five-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36(7):989-997.

HOFFMANN D. Evaluation der Behandlungszufriedenheit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik am Beispiel des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg 2006.

HUSS M, JENETZKY E, LEHMKUHL U. Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2001; 50:31-44.

KÄHLER C. Therapieevaluation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik. Die Methode des Goal Attainment Scaling. Hamburg 2004 (zugleich Dissertation Universität Münster 2004).

- KISER L J, PRUITT D B, MCCOLGAN E B, ACKERMAN B J. A survey of child and adolescent day-treatment programs: Establishing definitions and standards. *International Journal of Partial Hospitalization*. 1986; 3(4):247-259.
- KISER L J, MILLSAP P A, HICKERSON S, HESTON J D, NUNN W, PRUITT D B, ROHR M. Results of treatment one year later: child and adolescent partial hospitalization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(1):81-90.
- KRENTZ, H. *Statistische Analysen und Datenverwaltung mit SPSS in der Medizin*. Aachen 2002.
- KROMREY, H. *Empirische Sozialforschung*. Stuttgart 2009.
- MAYER H. *Interview und schriftliche Befragung*. München 2002.
- MATTEJAT F, KÖNIG U, BARCHEWITZ C, FELBEL D, HERPERTZ-DAHLMANN B, HOEHNE D, JANTHUR B, JUNGSMANN J, KATZENSKI B, KIRCHNER J, NAUMANN A, NÖLKE P, SCHAFF C, SCHULZ E, WARNKE A, WIENAND F, REMSCHMIDT H. Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Kindheit und Entwicklung*. 2005; 14(1):39-47.
- MATTEJAT F, REMSCHMIDT H. Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung. Göttingen 1998.
- MATTEJAT F, REMSCHMIDT H. Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2006 a; 34(6):445-454.
- MATTEJAT F, REMSCHMIDT H. ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern. Manual. Bern 2006 b.
- MATTEJAT F, SIMON B, KÖNIG U, QUASCHNER K, BARCHEWITZ C, FELBEL D, HERPERTZ-DAHLMANN B, HÖHNE D, JANTHUR B, JUNGSMANN J, KATZENSKI B, NAUMANN A, NÖLKE P, SCHAFF C, SCHULZ E, WARNKE A, WIENAND F, REMSCHMIDT H. Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2003; 31(4):293–303.

- MATTEJAT F, TROSSE M, JOHN K, BACHMANN M, REMSCHMIDT H. kjp-Qualität - Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Abschlussbericht. Marburg 2006.
- MILIN R, COUPLAND K, WALKER S, FISHER-BLOOM E. Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(3):320-328.
- POLLITT B. Ergebnisse der tagesklinischen Erhebung. 2007, S. 1-9. URL: <http://www.kinder-und-jugendpsychiatrie-neuwied.de/qualitaetsicherung/text1.pdf> (Stand: 29.01.2011).
- POLLITT B. Wirksamkeit und Nutzen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Eine kontrollierte Therapiestudie an einer klinisch-repräsentativen Stichprobe. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Marburg 2009.
- PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE IM KINDES- UND JUGENDALTER AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM TÜBINGEN. Tagesklinik. Konzeption und Gestaltung der Homepage: Barth M G, Kleefeld H, Hauser J. <<http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ppkj/>>. Version 2011, Abruf am 04.03.2011.
- REINHARD H G. Die kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik. *Nervenarzt*. 1987; 58:509-513.
- REMSCHMIDT H. Allgemeine Gesichtspunkte. In H. Remschmidt, K. Quaschner, F. M. Theisen (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung* (S. 355-359). Stuttgart 2008.
- REMSCHMIDT H, MATTEJAT F. Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Arztebl* 2003; 100(16):A1066–1072.
- REMSCHMIDT H, MATTEJAT F. Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse aus dem Marburger Evaluationsprojekt. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2006; 34(6):455-464.
- REMSCHMIDT H, SCHMIDT M H (HRSG). Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-treatment im Vergleich. Stuttgart 1988.



- REMSCHMIDT H, SCHMIDT M H, MATTEJAT F, EISERT H-G, EISERT M. Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 1988; 16:124-134.
- REMSCHMIDT H, SCHMIDT M, POUSTKA F (HRSG.). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. Bern 2008.
- SCHEPKER R. Tagesklinik: Die „nette“ Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie? *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.* 2008; 18(1):15-25.
- SCHLÜTER-MÜLLER S, ARBEITLANG C. Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 1995; 44:85-92.
- SCHMIDT M H, REMSCHMIDT H. Einführung und Fragestellung. In H. Remschmidt, M. H. Schmidt (Hrsg.): *Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-treatment im Vergleich* (S. 3-6). Stuttgart 1988.
- SCHNELL R, HILL P B, ESSER E. *Methoden der empirischen Sozialforschung.* München 2008.
- THIEME H. Bilder, Zahlen und Gedanken zur kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniklandschaft in Deutschland. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.* 2008; 18(1):3-14.
- VAN BOKHOVEN I, WALTER MATTHYS W, VAN GOOZEN S H M, VAN ENGELAND H. Adolescent outcome of disruptive behaviour disorder in children who had been treated in in-patient and day-treatment settings. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 15(2):79–87.
- WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 10 (Supplement 1):12-18.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION/DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT M H (HRSG.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien.* Bern 2010.

WINKLER R. Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Theorie und Praxisbeispiele zu Bewertungsdimensionen, Indikatoren und Instrumenten. HTA-Projektbericht 2009; 27.

WIRTZ M, NACHTIGALL C. Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1. Weinheim und München 2006.

ZIMET S G, FARLEY G K. Day Treatment for Children in the United States. J Am Acad Child Psychiatry. 1985; 24(6):732-738.

## 7 Anhang

### 7.1 Der K-FB-Tü

#### KATAMNESE-FRAGEBOGEN ÜBER DIE BEHANDLUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK TÜBINGEN (K-FB-TÜ)

DATUM UND ORT DER BEFRAGUNG:.....20..... IN ..... FRAGEBOGEN-NUMMER:.....

BEFRAGTE PERSON(EN) (MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH):

MUTTER  VATER  KIND  ANDERE:.....

ART DER BEFRAGUNG:

INTERVIEW IN DER TAGESKLINIK  HAUSBESUCH  TELEFONAT  SCHRIFTLICHE BEFRAGUNG

#### 1. DAS IN DER TAGESKLINIK BEHANDELTE KIND

1.1. Angaben zum Kind:

<b>Vor- und Nachname:</b>			
Geburtsdatum:	Alter:	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Anschrift:			
Telefonnummern:	Festnetz: Handy:		

1.2. Tagesklinik-Behandlung von ..... bis .....

#### 2. FAMILIENZUSAMMENSETZUNG

2.1. Die leiblichen Eltern

2.1.1. Angaben zu den leiblichen Eltern:

	Leibliche Mutter:	Leiblicher Vater:
Nachname		
Alter		
Staatsangehörigkeit		
(Hoch-) Schulabschluss		
Erwerbstätig? <i>Falls ja: erwerbstätig als?</i>		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

2.1.2. Die leiblichen Eltern...

...leben zusammen:	<input type="checkbox"/> JA, seit.....	<input type="checkbox"/> NEIN
...sind verheiratet:	<input type="checkbox"/> JA, seit.....	<input type="checkbox"/> NEIN
...sind getrennt lebend:	<input type="checkbox"/> JA, seit.....	<input type="checkbox"/> NEIN
...sind geschieden:	<input type="checkbox"/> JA, seit.....	<input type="checkbox"/> NEIN
...die Mutter ist allein erziehend:	<input type="checkbox"/> JA, seit.....	<input type="checkbox"/> NEIN
...der Vater ist allein erziehend:	<input type="checkbox"/> JA, seit.....	<input type="checkbox"/> NEIN
...einer der Elternteile ist verstorben:	<input type="checkbox"/> JA, am.....	<input type="checkbox"/> NEIN

Erläuterungen: .....

**2.2. Geschwister, Halbgeschwister und Stiefgeschwister**

2.2.1. Wie viele Geschwister hat das Kind? .....

2.2.2. Geschwisterposition des Kindes:  1. (ältestes Kind)  2.  3.  4.  5.  .....

*Erläuterungen hierzu (z.B. bei Halbgeschwistern, veränderte Familienzusammensetzung):*

.....  
 .....

2.2.3. Kamen *nach der Behandlung in der Tagesklinik* neue Geschwister, Halbgeschwister oder Stiefgeschwister hinzu?  JA  NEIN

*Falls ja:*

- Wie viele Geschwister kamen hinzu? .....
- Wann kamen die Geschwister dazu? .....
- Handelt es sich um Geschwister, Halbgeschwister oder Stiefgeschwister? .....

.....

2.2.4. Gab es *seit Beendigung der Behandlung in der Tagesklinik* Veränderungen in der Familienzusammensetzung (z.B. Trennung vom Partner, neuer Partner, Kinder des Partners neu in der Familie, Trennung von Geschwistern,...)?  JA  NEIN

*Falls ja:*

Welche Veränderungen gab es und wann waren diese? .....

.....  
 .....

2.2.5. Angaben zu den Geschwistern:

	1	2	3	4	5
Vor- & Nachname					
Geburtsdatum/ Alter					
Schulart/KiGa/ Ausbildung					
Leibliches Kind von?					
Adoptivkind?					
Pflegekind?					
Verhältnis zum in der Tagesklinik behandelten Kind	<input type="checkbox"/> (eher) gut <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> (eher) schlecht	<input type="checkbox"/> (eher) gut <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> (eher) schlecht	<input type="checkbox"/> (eher) gut <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> (eher) schlecht	<input type="checkbox"/> (eher) gut <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> (eher) schlecht	<input type="checkbox"/> (eher) gut <input type="checkbox"/> teils/teils <input type="checkbox"/> (eher) schlecht
Wie hat sich das Verhältnis zum in der Tagesklinik behandelten Kind seit der Tagesklinik entwickelt?	<input type="checkbox"/> (eher) verbessert <input type="checkbox"/> in etwa gleich geblieben <input type="checkbox"/> (eher) ver- schlechtert	<input type="checkbox"/> (eher) verbessert <input type="checkbox"/> in etwa gleich geblieben <input type="checkbox"/> (eher) ver- schlechtert	<input type="checkbox"/> (eher) verbessert <input type="checkbox"/> in etwa gleich geblieben <input type="checkbox"/> (eher) ver- schlechtert	<input type="checkbox"/> (eher) verbessert <input type="checkbox"/> in etwa gleich geblieben <input type="checkbox"/> (eher) ver- schlechtert	<input type="checkbox"/> (eher) verbessert <input type="checkbox"/> in etwa gleich geblieben <input type="checkbox"/> (eher) ver- schlechtert

2.2.6. Mit wem lebt das Kind, das in der Tagesklinik war, zurzeit im gemeinsamen Haushalt?  
Bitte kreuzen Sie alle entsprechenden Personen an.

- leibliche Mutter       leiblicher Vater       Lebensgefährte/in der Mutter       Lebensgefährte/in des Vaters
- Geschwister 1       Geschwister 2       Geschwister 3       Geschwister 4
- Geschwister 5
- Oma       Opa
- andere Person(en): .....

- Das Kind lebt im Heim.
- Das Kind lebt im Internat.
- Das Kind lebt anderswo: .....

Falls Ihr Kind nicht zu Hause lebt: Wie oft kommt Ihr Kind nach Hause? .....

### 2.3. Nur bei getrennt lebenden Elternpaaren

2.3.1. Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden leiblichen Elternteil.     JA     NEIN

Falls ja:

2.3.1.1. Wie häufig hat das Kind Kontakt? .....

2.3.1.2. Die Umgangsregelung ist entstanden durch...

- ...die Eltern untereinander / einvernehmlich
- ...Vermittlung durch eine Beratungsstelle
- ...Vermittlung durch das Jugendamt
- ...das Familiengericht
- ...Sonstiges (bitte erläutern): .....

2.3.1.3. Besteht ein begleiteter Umgang (unter Aufsicht)?       JA     NEIN

Erläuterungen: .....

2.3.1.4. Wie würden Sie die Beziehung des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil beschreiben?

- sehr gut     eher gut     teils teils     eher schlecht     sehr schlecht

2.3.1.5. Wie klappt zurzeit die Zusammenarbeit mit dem anderen Elternteil (z.B. Absprachen, Übergabesituationen)?

- sehr gut     eher gut     teils teils     eher schlecht     sehr schlecht

Erläuterungen: .....

Falls weder Sie noch das Kind Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil haben:

2.3.1.6. Seit wann besteht kein Kontakt? .....

2.3.1.7. Woran scheitert der Kontakt? .....

2.3.1.8. Will das Kind eigentlich Kontakt? .....

2.3.2. Falls Sie aktuell einen Lebenspartner haben: Angaben zum/zur aktuellen Lebenspartner/in

	Aktuelle(r) Lebenspartner/in der Mutter	Aktuelle(r) Lebenspartner/in des Vaters
Alter		
(Hoch-) Schulabschluss		
Die Partnerschaft besteht seit		
Erwerbstätig? <i>Falls ja: erwerbstätig als?</i>		

2.3.3. Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihrem aktuellen Lebenspartner und Ihrem Kind beschreiben?  
 sehr gut     eher gut     teils teils     eher schlecht     sehr schlecht

**3. VERHALTEN DES KINDES UND MÖGLICHE PROBLEMBEREICHE**

**3.1. Probleme, die zur Behandlung in der Tagesklinik führten**

3.1.1. Wie haben sich die Probleme, die *vor der Behandlung* in der Tagesklinik bestanden, seit Beendigung der Behandlung in der Tagesklinik entwickelt?

	Art des Problems	Veränderung
Hauptproblem		<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> schlechter
Problem 2		<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> schlechter
Problem 3		<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> schlechter
Problem 4		<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> schlechter

**3.2. Mögliche aktuelle Probleme**

3.2.1. Sehen Sie bei Ihrem Kind *zurzeit* Probleme, zum Beispiel im Verhalten?     JA     NEIN

3.2.2. Sieht eine andere Person (Lebenspartner, Geschwister des Kindes, Großeltern, Lehrer,...) bei Ihrem Kind *zurzeit* Probleme, zum Beispiel im Verhalten?     JA     NEIN

*Falls ja, wer sieht die Probleme?*

mein(e) Lebenspartner/in     Geschwister des Kindes     Großeltern     Lehrer  
 eine andere Person/andere Personen: .....

*Falls Sie oder eine andere Person Probleme sehen:*

Um welche Probleme handelt es sich? Versuchen Sie, das konkrete Verhalten des Kindes zu beschreiben.

Hauptproblem	
Problem 2	
Problem 3	
Problem 4	

Seit wann bestehen die Probleme?
Wer fühlt sich durch die Probleme am meisten belastet?

3.2.3. Bitte lesen Sie die Angaben in der folgenden Tabelle durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Felder an.

	1	2	3	4	5
	viel schlechter	etwas schlechter	unverändert	etwas besser	viel besser

Wie ging es Ihnen als Familie nach der Behandlung in der Tagesklinik **im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung?**

1. <i>Direkt nach der Behandlung</i> ging es uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Ca. 6 Monate</i> nach der Behandlung ging es uns ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Heute</i> geht es uns...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie war das Verhältnis der Geschwister untereinander Nach der Behandlung in der Tagesklinik **im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung?**

4. <i>Direkt nach der Behandlung</i> war das Verhältnis der Geschwister untereinander...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Ca. 6 Monate</i> nach der Behandlung war das Verhältnis der Geschwister untereinander...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Heute</i> ist das Verhältnis der Geschwister untereinander...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen, z.B. bei mehreren Geschwistern: .....

.....

3.2.4. Wurde das in der Tagesklinik behandelte Kind schon einmal straffällig bzw. hatte es schon einmal Kontakt mit der Polizei (z.B. Klauen, Drogen, Alkohol)?  JA  NEIN

*Falls ja*, bitte erläutern weshalb, wann und wie häufig:.....

.....

**4. MAßNAHMEN SEIT BEENDIGUNG DER BEHANDLUNG IN DER TAGESKLINIK**

4.1. Welche Empfehlungen gab es am Ende der Behandlung in der Tagesklinik? .....

4.2. Wurden nach Beendigung der Behandlung in der Tagesklinik Empfehlungen umgesetzt bzw. erfolgten weitere Maßnahmen und Behandlungen?  JA  NEIN

Falls ja: Welche Art der Behandlung/Beratung/schulischen Unterstützung erfolgte?  
 (Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, Ergotherapie, Beratungsgespräche, ambulante  
 Behandlung oder Therapie, stationäre Behandlung, Nachhilfeunterricht, Sonstiges)

Art der Maßnahme/ bei wem?	Beginn und ggf. Ende	Häufigkeit (z.B. 2 mal pro Woche)	Bewertung der Maßnahme
			<input type="checkbox"/> sehr hilfreich <input type="checkbox"/> etwas hilfreich <input type="checkbox"/> nicht hilfreich
			<input type="checkbox"/> sehr hilfreich <input type="checkbox"/> etwas hilfreich <input type="checkbox"/> nicht hilfreich
			<input type="checkbox"/> sehr hilfreich <input type="checkbox"/> etwas hilfreich <input type="checkbox"/> nicht hilfreich
			<input type="checkbox"/> sehr hilfreich <input type="checkbox"/> etwas hilfreich <input type="checkbox"/> nicht hilfreich
			<input type="checkbox"/> sehr hilfreich <input type="checkbox"/> etwas hilfreich <input type="checkbox"/> nicht hilfreich

Falls die Empfehlungen der Tagesklinik nicht umgesetzt wurden: Was waren die Gründe?  
 Mehrfachnennungen sind möglich.

- Die Umsetzung der Empfehlungen wäre zu teuer gewesen.
- Der zeitliche Aufwand wäre zu groß gewesen.
- Die Wartezeit war zu lange.
- Die Entfernung war zu groß.
- Die Maßnahme hätte meiner Ansicht nach nicht viel gebracht.
- Mein Kind wollte die Maßnahme nicht machen.
- Sonstige Gründe: .....

4.3. Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?  JA  NEIN

Falls ja: Weshalb? .....

Seit wann? .....

**5. ÜBERGANG VON DER BEHANDLUNG IN DER TAGESKLINIK ZU ANSCHLIEßENDEN MAßNAHMEN**

5.1. Der Übergang nach der Tagesklinik-Behandlung in die Weiterbetreuung war gut geplant und vorbereitet.

- trifft überhaupt nicht zu  trifft eher nicht zu  trifft eher zu  trifft genau zu

5.2. Bei der nach der Tagesklinik geplanten Maßnahme ergaben sich Probleme in der Umsetzung (z.B. Wartezeit, ausbleibende Genehmigung durch z.B. Jugendamt oder Krankenkasse).

- trifft überhaupt nicht zu  trifft eher nicht zu  trifft eher zu  trifft genau zu

**6. SCHULE UND AUSBILDUNG**

6.1. Aktuelle Schule bzw. Ausbildungsstätte des Kindes:

Schulart / Ausbildungsstätte: .....

Klasse: .....

Ausbildung zur / zum: .....



- 6.2. Welche Schule(n) besuchte Ihr Kind **vor** der Behandlung in der Tagesklinik?  
Bitte tragen Sie ein.

Schulart	Klasse	Schuljahr

- 6.3. Welche Schule(n) besucht(e) Ihr Kind **nach** der Behandlung in der Tagesklinik bzw. welche Ausbildung macht(e) es?  
Bitte tragen Sie ein:

Schulart - Ausbildung	Klasse	(Schul-)Jahr

- 6.4. Gibt es aktuell Schwierigkeiten in der Schule bzw. in der Ausbildung?

...bezüglich der Leistung?  JA  NEIN

⇒ falls ja, bitte erläutern: .....

...bezüglich der Lehrer/innen bzw. Ausbilder/innen?  JA  NEIN

⇒ falls ja, bitte erläutern: .....

...bezüglich der Mitschüler/innen bzw. anderen Auszubildenden?  JA  NEIN

⇒ falls ja, bitte erläutern: .....

- 6.5. Gab es einen Wechsel der Klasse innerhalb der Schule?  JA  NEIN

⇒ falls ja, bitte Gründe erläutern: .....

- 6.6. Gab es Schulwechsel bzw. einen Wechsel oder Abbruch der Ausbildung?  JA  NEIN

⇒ falls ja, bitte Gründe erläutern: .....

⇒ Von welcher Schulart in welche? .....

- 6.7. Gab es andere Schwierigkeiten in der Schule bzw. der Ausbildung?  JA  NEIN

⇒ falls ja, bitte erläutern: .....

- 6.8. Die Leistungen meines Kindes liegen im Vergleich zu den anderen Klassenkameraden bzw. Auszubildenden im...  
 ...oberen Bereich     ...mittleren Bereich     ...unteren Bereich

**7. BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE**

- 7.1. Gab es im Leben Ihres Kindes belastende Lebensereignisse (zum Beispiel problematisch erlebte Geburt von Geschwistern, Trennungserfahrungen, Scheidung der Eltern, Tod wichtiger Bezugspersonen o.ä.)?     JA     NEIN

Falls ja, welche Ereignisse und wann? .....

.....

**8. FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG**

- 8.1. Welche Hobbys hatte Ihr Kind vor der Tagesklinik-Behandlung? .....
- .....

- 8.2. Wie viele Stunden pro Woche verbrachte Ihr Kind vor der Tagesklinik-Behandlung mit der Ausübung von Hobbys? .....

- 8.3. Bitte beschreiben Sie, welchen Hobbys Ihr Kind seit Beendigung der Behandlung in der Tagesklinik nachging (im zeitlichen Verlauf und aktuell).  
 .....  
 .....

- 8.4. Wie viele Stunden pro Woche verbringt Ihr Kind zurzeit mit der Ausübung der Hobbys? .....

- 8.5. Tagesablauf – Wie funktionieren in letzter Zeit die alltäglichen Abläufe?

	0	1	2	3	4
	Sehr schlecht	eher schlecht	teils teils	eher gut	sehr gut
1. Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Weg zur Schule/ Ausbildungsstätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hausaufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einhalten von Regeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8.6. Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit den folgenden Medien?

	Zeit in Minuten	
Fernsehen		Art der Sendungen:
Internet (Chatten,...)		Was genau?
Internetspiele		Welche?
Computer- oder Videospiele		Welche?
Bücher lesen		Welche?
Zeitschriften lesen		Welche?

- 8.7. Welche Medien hat Ihr Kind im Kinderzimmer?  
 keine       Fernseher       Spielkonsole  
 Computer ohne Internetzugang       Computer mit Internetzugang  
 Sonstige:.....

**9. LEBENS- UND WOHSITUATION**

- 9.1. Fanden seit dem Aufenthalt in der Tagesklinik ein oder mehrere Umzüge der Familie/des Kindes statt?       JA     NEIN

*Falls ja:*

Wann und von wo nach wo? .....

- 9.2. Hat das Kind zeitweise in einem anderen Land gelebt?       JA     NEIN  
*Falls ja, von wann bis wann und wo? .....*

- 9.3. Hat einer der Elternteile zeitweise in einem anderen Land gelebt?       JA     NEIN  
*Falls ja, von wann bis wann und wo? .....*

- 9.4. Wie würden Sie Ihre aktuelle Wohnsituation beschreiben?  
 sehr schlecht       eher schlecht       in Ordnung       eher gut     sehr gut

- 9.5. Wir wohnen...  
 zur Miete, seit: .....       in eigener Wohnung, seit: .....  
 im eigenen Haus, seit: .....

- 9.6. Das Kind...  
 ...hat ein eigenes Zimmer     ...teilt sich sein Zimmer mit.....

- 9.7. Wie würden Sie Ihre aktuelle finanzielle Situation einschätzen?  
 sehr schlecht       eher schlecht       in Ordnung       eher gut     sehr gut

- 9.8. Welche Rolle spielt die Religion in Ihrem Familienleben?  
 große Rolle     geringe Rolle     keine Rolle  
 Religionszugehörigkeit: .....

**10. KÖRPERLICHE UND PSYCHISCHE PROBLEME IN DER FAMILIE**

- 10.1. Gibt es in der Familie schwere körperliche oder psychische Erkrankungen (inklusive Suchtproblematik)?

<b>Leibliche Mutter</b>	
Leiblicher Vater	
Aktuelle(r) Lebenspartner(in)	
Geschwister	
Oma	
Opa	
Sonstige Verwandte	

### 11. TAGESKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE IN TÜBINGEN

- 11.1. Mir als Mutter/Vater bzw. uns als Eltern war die Einbeziehung in die Therapie in der Tagesklinik ...  
 viel zu wenig    eher zu wenig    gerade richtig    eher zu viel    viel zu viel
- 11.2. Die Anzahl der **Hausbesuche** empfand ich als:  
 viel zu wenig    eher zu wenig    gerade richtig    eher zu viel    viel zu viel
- 11.3. Die Anzahl der **Elterngespräche** empfand ich als:  
 viel zu wenig    eher zu wenig    gerade richtig    eher zu viel    viel zu viel
- 11.4. Die Anzahl der **Telefonate** empfand ich als:  
 viel zu wenig    eher zu wenig    gerade richtig    eher zu viel    viel zu viel

11.5. Wie hilfreich fanden Sie die einzelnen Therapieangebote in der Tagesklinik?

	1	2	3	4	9
	über- haupt nicht hilfreich	wenig hilfreich	eher hilfreich	sehr hilfreich	kann ich nicht beurteilen
1. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Körper- und Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. soziales Kompetenztraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Einzelstunden des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Elterngespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Elterntraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.6. Bitte nehmen Sie Stellung zu den Aussagen in der folgenden Tabelle. Kreuzen Sie hierfür bitte das entsprechende Kästchen hinter der Aussage an.

	1	2	3	4
	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau zu
1. Mein Kind denkt gerne an den Aufenthalt in der Tagesklinik zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Erwartungen, die ich an die Tagesklinik hatte, wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Im Nachhinein denke ich, dass eine andere Maßnahme meinem Kind besser geholfen hätte als die Tagesklinik (z.B. stationäre Behandlung, ambulante Therapie, Familienhilfe,...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es war gut, dass unser Kind jeden Abend und am Wochenende zu Hause war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Regeln in der Tagesklinik waren zu streng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Entfernung von Wohnort und Tagesklinik war ein Problem für die Behandlung (z.B. lange Busfahrten, Fahraufwand für Familie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich denke gerne an den Aufenthalt meines Kindes in der Tagesklinik zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die feste Tagesstruktur in der Tagesklinik tat meinem Kind gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4
	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft genau Zu
9. Die klaren Regeln in der Tagesklinik waren wichtig für mein Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wir hatten die Befürchtung, dass die Behandlung unseres Kindes bekannt werden könnte (z.B. in der Nachbarschaft).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Altersunterschiede der Kinder in der Tagesklinik waren ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mein Kind wurde wegen der Behandlung in der Tagesklinik gehänselt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die tägliche Umstellung zwischen Tagesklinik und Elternhaus war für unser Kind schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Das Ansehen unserer Familie hat darunter gelitten, dass unser Kind in der Tagesklinik war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Durch die Behandlung in der Tagesklinik verbesserte sich die Kommunikation mit dem Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Durch die Behandlung in der Tagesklinik verbesserte sich meine/unsere Beziehung zum Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nur bei getrennt lebenden Elternpaaren</b>				
17. Mein persönlicher Kontakt zum getrennt lebenden leiblichen Elternteil ist in letzter Zeit gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Der Kontakt meines Kindes zum getrennt lebenden leiblichen Elternteil ist in letzter Zeit gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mit der bestehenden Umgangsregelung bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Durch die Behandlung in der Tagesklinik verbesserte sich die Zusammenarbeit mit dem getrennten Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Durch die Behandlung in der Tagesklinik verbesserte sich die Beziehung des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bereich Schule bzw. Ausbildung</b>				
22. Mit den aktuellen schulischen Leistungen bzw. Ausbildungsleistungen meines Kindes bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mit der aktuellen Gesamtsituation bezüglich Schule bzw. Ausbildung meines Kindes bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Die Schule bzw. Ausbildungsstätte ist mit dem Verhalten meines Kindes zurzeit zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aktuelle Situation</b>				
25. Mein Kind hat gute Freundschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mein Kind hat Schwierigkeiten, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzunehmen oder diese Kontakte aufrecht zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mit den Eigenschaften und Verhaltensweisen meines Kindes komme ich / kommen wir Eltern heute gut zurecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Unser Familienklima ist in letzter Zeit gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.7. An der Tagesklinik schätzte ich besonders: .....

.....

11.8. An der Tagesklinik hat mich gestört: .....

.....

11.9. Würden Sie die Tagesklinik weiterempfehlen?

ja, auf jeden Fall    eher ja    teils teils    eher nein    nein, auf keinen Fall

11.10. Gibt es noch wichtige Kommentare oder Ergänzungen, die Sie erwähnen möchten?

.....

.....

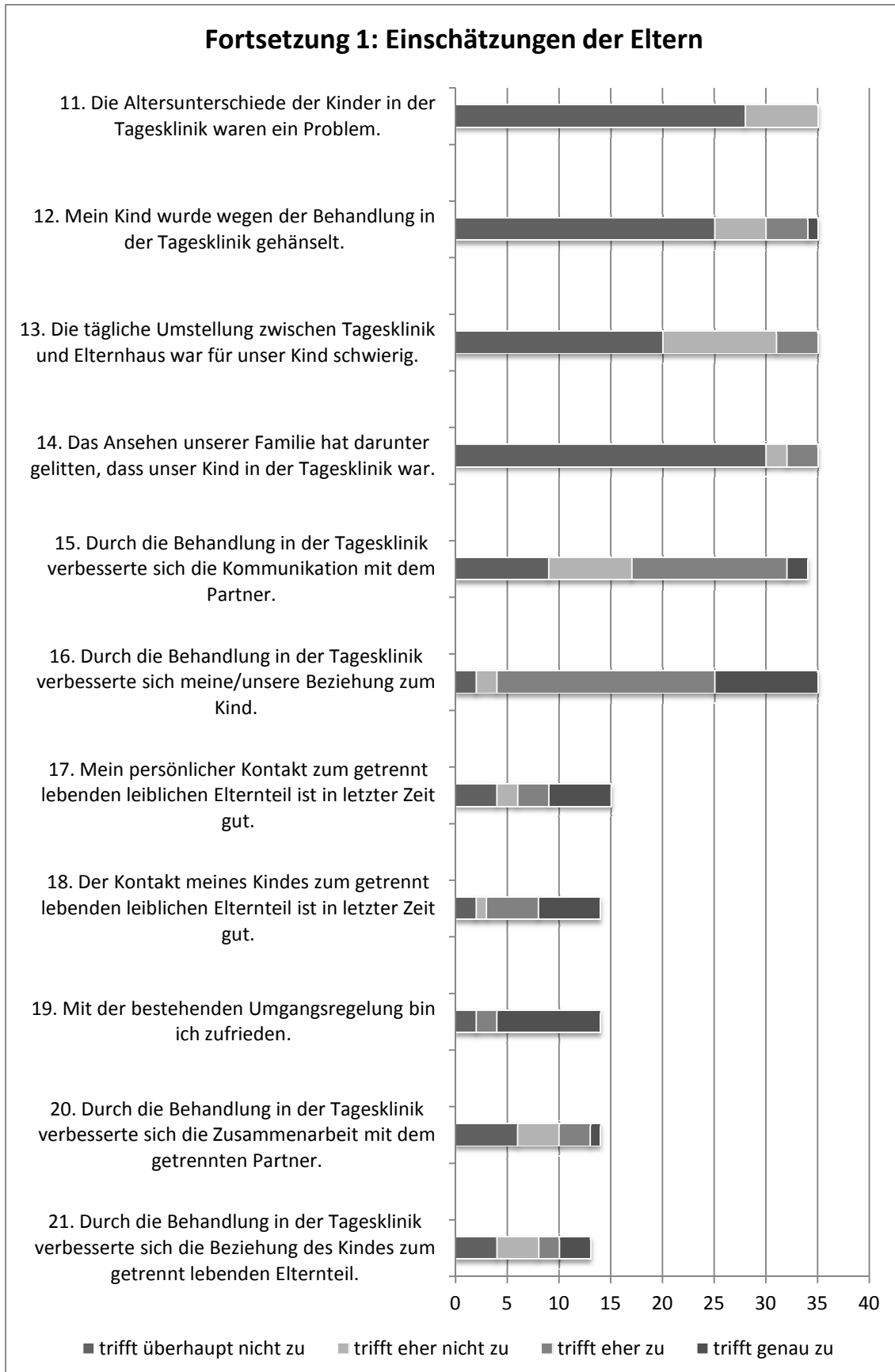
*Herzlichen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!*

## 7.2 Antworten zu Punkt 11.6. des K-FB-Tü

Die **Abbildungen 53-55** zeigen die Antworten zum in Kapitel 3.1.7 vorgestellten Punkt 11.6. des K-FB-Tü, bei dem es um die Zufriedenheit mit der Tagesklinik geht. Der Wortlaut von Punkt 11.6. ist: *Bitte nehmen Sie Stellung zu den Aussagen in der folgenden Tabelle. Kreuzen Sie hierfür bitte das entsprechende Kästchen hinter der Aussage an.*



**Abb. 53:** Antworten zu Punkt 11.6. des K-FB-Tü. Angegeben ist die absolute Anzahl der Antworten.



**Abb. 54:** Antworten zu Punkt 11.6. des K-FB-Tü. Angegeben ist die absolute Anzahl der Antworten.



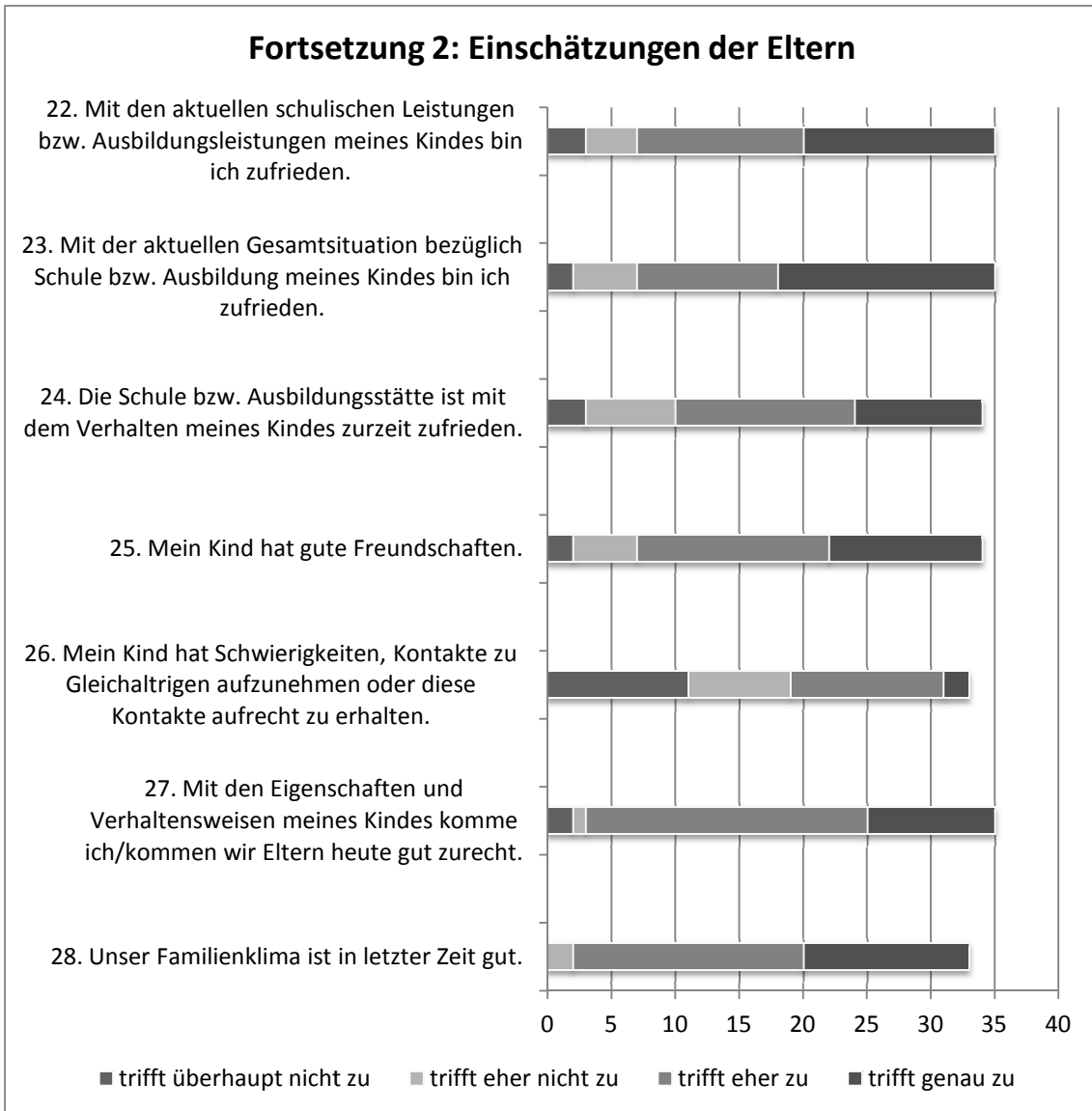


Abb. 55: Antworten zu Punkt 11.6. des K-FB-Tü. Angegeben ist die absolute Anzahl der Antworten.

## Danksagung

Von Herzen danke ich...

...für die Überlassung des Themas und die stets freundliche Betreuung Herrn Prof. Dr. G. Klosinski.

...für die ständige Ansprechbarkeit und die großartige Unterstützung meinem geschätzten Betreuer Dr. Dieter Stösser.

...für die kompetente und freundliche Hilfe bei statistischen Fragen Dr. med. Dipl. Psych. Michael Karle.

...für die tolle organisatorische Hilfe bezüglich der Interviews Rosemarie Königshausen aus dem Sekretariat der Tagesklinik.

...für die freundliche Bereitschaft zur Mitarbeit allen Kindern, Jugendlichen und Eltern, die an der Befragung teilnahmen.

...für die Unterstützung bei Formatierungsfragen meinem Bandbruder Samuel.

...für das geduldige Korrekturlesen meiner Janine.

...für die immer bedingungslose Unterstützung Mama, Papa, Steffen mit Familie, Sarah mit Familie, Svenny, Petra & Edgard mit Familie sowie meinen geliebten drei Damen Janine, Nelly & Mayla.