

Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten

einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik

eine Nachbefragung

Iris Finsterer
2008

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
der Ludwig- Maximilians- Universität München
Direktor: Prof. Dr. Gerd Schulte- Körne

Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten

einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik

eine Nachbefragung

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig Maximilians- Universität zu München

vorgelegt von
Iris Finsterer
aus Augsburg
2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. R. Frank
2. Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. Karl Heinz Brisch

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Susanne Stübner
Prof. Dr. Hellmuth Braun- Scharm

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 29. 05. 2008

DANKSAGUNG

Allen voran danke ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med R. Frank für die engagierte Unterstützung während meiner Arbeit. Vor allem in der anstrengenden Phase der Zusammenschrift der Arbeit weckte er in mir Ressourcen und es gelang ihm durch seine hervorragende Betreuung mich fortwährend für dieses Thema zu begeistern und unermüdlich daran zu arbeiten.

Vielen Dank auch allen Mitarbeiterinnen der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität München für viele fruchtbare Anregungen während diverser Gesprächsrunden, insbesondere Frau M. Burghardt, die oft die rettende Hilfe bei Problemen mit dem Computer war.

Vielen Dank auch meiner Familie für die langjährige Unterstützung, dass sie meine Höhen und Tiefen mit mir getragen haben und mir Zeit gegeben haben. Mein besonderer Dank gilt meiner Mutter, die während meiner Abwesenheit unsere Kinder betreut hat.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1.1. Qualitätssicherung	3
1.1.1. Patienten- Zufriedenheit als Teil der Qualitätssicherung	6
1.1.2. Patienten- Befragung	8
1.2. Studien zur Zufriedenheit	10
2. FRAGESTELLUNGEN	14
3. METHODIK	16
3.1. Setting	16
3.2. Stichprobe und Erhebungsinstrumente	17
3.2.1. Struktur- und Prozessdaten der Ausgangs-Stichprobe - Basisdokumentation 1999/ 2000	19
3.2.2. Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung	37
3.2.3. Verhaltenseinschätzung durch Selbstbeurteilung des Patienten anhand des YSR (youth self report) (11- 18 Jahre) und YASR (young adult self report) (18- 30 Jahre).....	39
3.3. Auswertungskonzept	42
3.3.1. Zufriedenheit.....	42
3.3.2. Entwicklungsverlauf	42
3.3.3. Berechnung der Gütekriterien.....	42
3.3.4. Einflussvariablen der Zufriedenheit	44
4. ERGEBNISSE	47
4.1. Datenerhebung	47
4.1.1. Antwortverhalten	48
4.1.2. Prüfung auf Verzerrung - Fehlende Daten.....	50
4.1.3. Deskriptive Darstellung der Antworten auf die freien Fragen	54
4.2. Zufriedenheit	59
4.2.1. Einzelfragen (n=67) des FBB (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung)	59
4.2.2. Gesamtbeurteilung Zufriedenheit der Patienten	65
4.2.3. Skalenbildung Zufriedenheit	66
4.2.4. Antwortverhalten und Zufriedenheit	67
4.3. Entwicklungsverlauf	71
4.3.1. Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Jugendlichen (YSR 2002) im Querschnitt.....	71
4.3.2. Verhaltensauffälligkeit und Einflussvariablen	72
4.3.3. Unterschiedliche Sichtweisen - Eltern und Jugendliche.....	74
4.3.4. Unterschiedliche Sichtweisen - Therapeut und Jugendliche	79
4.3.5. Kurzzeitverlauf 1999/2000 - aus Sicht des Therapeuten.....	80
4.3.6. Langzeitverlauf 1999/2000 bis 2002 - aus Sicht der Eltern	81
4.4. Gütekriterien	84
4.4.1. Reliabilitätsprüfung	84
4.4.2. Validitätsprüfung - Explorativer Ansatz - Modellbildung anhand einer Faktorenanalyse.....	84

4.4.3.	Explorativer Ansatz - Gegenüberstellung der Original- Version, Münchner Version und Münchner Kurzversion	90
4.4.4.	Konfirmatorischer Ansatz – Replikations- Untersuchung der Münchner und der Marburger Stichprobe	93
4.4.5.	Vergleich der Münchner und der Marburger Kurzversion	95
4.5.	Einflussvariablen der Zufriedenheit	98
4.5.1.	Bivariate Verfahren	98
4.5.2.	Einflussvariablen auf Antwortverhalten und Zufriedenheit	102
4.5.3.	Multivariate Verfahren	111
4.5.4.	Vergleich der bivariaten und multivariaten Ergebnisse.....	117
5.	DISKUSSION	120
5.1.	Ausgangs- Stichprobe.....	121
5.2.	Methodik der Befragung.....	125
5.2.1.	Antwortverhalten	127
5.3.	Zufriedenheit im Vergleich.....	130
5.3.1.	Gesamt- Zufriedenheit	131
5.3.2.	Teil- Zufriedenheiten	133
5.4.	Entwicklungsverlauf.....	136
5.5.	Einflussvariablen	140
5.5.1.	Einflussvariablen im Stichproben- Vergleich.....	140
5.5.2.	Einflussvariablen und Zufriedenheit.....	151
5.6.	Güte des Fragebogens.....	154
5.6.1.	Reliabilität.....	154
5.6.2.	Validität	154
5.6.3.	Kurzversion.....	160
5.7.	Ausblick	162
5.7.1.	Verbesserungsvorschläge	162
5.7.2.	Strukturqualität- Finanzen	165
6.	ZUSAMMENFASSUNG.....	168
	LITERATURVERZEICHNIS.....	171
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	179
	TABELLENVERZEICHNIS.....	180
	ANHANG	181
	LEBENS LAUF.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

1. EINLEITUNG

Anregungen zum Qualitätsmanagement in der Medizin reichen in die dreißiger Jahre des vergangenen Jahrhunderts zurück und sind historisch eng mit entsprechenden Bestrebungen in der Chirurgie verbunden. Dieses Fach hat erstmals Fehleranalysen bzw. Misserfolgsstatistiken als wissenschaftliches Instrument eingesetzt, mit dem Ziel Fehler zu minimieren.

Qualitätsverbesserungen in der Medizin werden in allgemeinen, öffentlichen Diskussionen verpflichtend gefordert (Bundesvereinigung 03.02.2006).

Mit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes 1989 und des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 sind in der Bundesrepublik Deutschland Qualitätssichernde Maßnahmen für alle Bereiche der Medizin verbindlich geworden.

Seit dem 01.01.1989 sind durch das Gesundheitsreformgesetz alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 137 Sozialgesetzbuch V dazu verpflichtet, „...*sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden....*“ (Bundesvereinigung 03.02.2006).

Qualitätsverbesserungen sind für den Patienten im Klinikalltag wichtig, werden aber selten durchgeführt (Bundesvereinigung 03.02.2006).

Nachfolgend wird der Begriff **Qualität** anhand verschiedener Autoren definiert.

Qualität ist an sich ein neutraler Begriff, mit dem die Eigenschaft, der Wert oder die Beschaffenheit einer Sache, eines Produktes oder einer Dienstleistung ausgedrückt werden kann. Sie ist somit keine absolute, unveränderliche Größe, sondern lässt sich nur in relativen Merkmalen ausdrücken.

Qualität ist definiert als „...*die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht...*“ oder als „... *die Übereinstimmung einer subjektiv als relevant angesehenen Merkmalsauswahl mit einem subjektiv vorgegebenen Anforderungsprofil beurteilt wird....*“ (Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung an Psychiatrischen Kliniken 1996).

Die Qualitätsbeurteilung ist als „... *Abweichungen zwischen der Ist- und der Ausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen....*“ (Eichhorn 1993)).

Die American Medical Association legte 1986 eine sehr differenzierte **Definition von Qualität** für den Bereich der Medizin vor (American Medical Association, 1986).

Danach beinhaltet die Qualität medizinischer Leistungen folgende Aspekte:

- Betonung von Gesundheitsförderung, Vorbeugung von Krankheit und Invalidität, Früherkennung und Behandlung
- Zeitgerechte Behandlungsmaßnahmen ohne unnötige Verzögerung, Unterbrechung, voreiligen Behandlungsabschluss oder Behandlungsverlängerung
- Gewährleistung der Teilnahme und Kooperation der Patienten am Prozess der Behandlung und Therapieentscheidungen
- Festhalten an erprobten Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft bei sachkundigem und angemessenem Einsatz anderer Gesundheitsberufe und Technologien
- Einfühlsame Behandlung unter Berücksichtigung der durch die Krankheit verursachten Anspannung und Angst, Sorge für das Wohlbefinden der ganzen Familie

- Erreichen eines guten Behandlungsergebnisses durch den sinnvollen Gebrauch von Technologien und anderen Behandlungsmöglichkeiten
- Ausreichende Dokumentation des Befindens der Patienten, um eine gleichmäßige und kollegiale Beurteilung zu erreichen

Aus dieser umfassenden Definition wird deutlich, dass Qualität nur im Hinblick auf bestimmte Standards beurteilbar ist. Diese Standards werden aus quantitativen und qualitativen Normen abgeleitet und sind für die Durchführung Qualitätssichernder Maßnahmen unverzichtbar.

Aus beiden Aussagen geht hervor, dass **Qualität** nur an zuvor festgelegten Auswahlkriterien gemessen werden kann.

Standards müssen festgelegt werden und durch Vergleichsgruppen überprüft und verbessert werden.

Von der Qualität der Ergebnisse lässt sich auf die Qualität des Prozesses schließen und umgekehrt. Dazu kommt, dass Qualität vor allem nicht durch externe Kontrolle, sondern nur durch interne Maßnahmen verbessert werden kann.

Internes Qualitätsmanagement sollte das Ziel für Kliniken sein, langfristig und systematisch die Qualität ihrer Leistungen zu optimieren.

Qualitätsmanagement soll Hilfestellung geben bei Entscheidungen über bedarfs- und bedürfnisgerechte Angebote, bei der Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen und im Hinblick auf ein verändertes Berichtswesen bei dem auch finanzielle Aspekte berücksichtigt werden müssen (Appel und Fuß 2003).

Qualitätsmanagement kostet Zeit und sollte von der Praxisleitung selbst wahrgenommen werden (Bellabarba 2007). Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die Schulung eines Praxisinhabers und eines Mitarbeiters in Qualitätsmanagement- Seminaren (Schuster 2007).

Die Orientierung an Leitlinien soll die Qualitätssicherung unterstützen (Schmid 2006).

1.1. Qualitätssicherung

Bei der Qualitätsbeurteilung darf nicht nur die als objektiv angesehene Betrachtung des Behandlungserfolges durch den Therapeuten beurteilt werden sondern vielmehr muss für den Therapeuten das Augenmerk auf die als subjektiv angesehene Betrachtungsweise des Patienten selbst über den persönlichen Erfolg oder Misserfolg und Zufriedenheit mit seiner Behandlung liegen.

Qualitätssicherung bedeutet Transparenz, d.h. umfassende Information und Miteinbeziehung des Patienten in die Behandlungsplanung.

Nach *Donabedian (Donabedian 1980)* teilen *Mattejat und Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1995)* den Begriff Qualitätssicherung ein in:

- **Strukturqualität** (mit demographischen, finanziellen Aspekten, personellen Ressourcen und Qualifikation der Ärzte und anderer Berufsgruppen),
- **Prozessqualität** (mit der Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe) und
- **Ergebnisqualität** (mit der Effektivität und Effizienz der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen und dem Behandlungserfolg).

Prozess- und Ergebnisqualität kann wiederum in die Schwerpunkte Diagnostik, Therapie und Aus- und Weiterbildung unterteilt werden. Die vier Aufgaben der Qualitätssicherung unterteilen sich in die Bereiche (Mattejat und Remschmidt 1995):

- Erstellung von Standards bzw. Leitlinien (Soll- Werte)
- Erfassung der tatsächlichen Situation (Ist- Werte)
- Analyse der tatsächlichen Situation und Vergleich mit Standards (Ist- Soll- Vergleich)
- Entwicklung und Implementierung von Qualitätsverbesserungen

Die **Strukturqualität** beinhaltet die quantitative und qualitative Gesamtheit der gesundheitspolitischen, organisatorischen, finanziellen, baulichen, apparativen und personellen Ressourcen, die den gezielten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen.

Strukturqualität reicht von der Qualität des Versorgungssystems eines Landes, der Abgestimmtheit des Versorgungsangebotes einer definierten Region, übergeordneten Prinzipien der psychiatrischen Pflichtversorgung, der Gemeindenähe sowie der Enthospitalisierung chronisch kranker Patienten bis hin zur Garantie, für den einzelnen psychisch Kranken, eine seiner Erkrankung und seinen Lebensumständen entsprechende und nach heutigem Kenntnisstand optimale Diagnostik, Behandlung und Nachsorge zu erhalten.

Strukturqualität umfasst damit auch die Qualifikation des ärztlichen, pflegerischen und übrigen therapeutischen Personals, die Funktionalität der örtlichen und überörtlichen Verwaltungen, die Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber auch die fachliche Differenzierung spezieller therapeutischer und diagnostischer Angebote in Form von Behandlungs- bzw. Stationskonzepten für bestimmte psychiatrisch psychotherapeutische Patientengruppen und die Binnendifferenzierung der Kliniken (Klieser et al. 1995; Kulka 1995; Rössler und Salize 1995).

Entscheidende Anstöße zur strukturellen Qualitätsverbesserung des psychiatrischen Versorgungssystems hat bereits die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 gegeben.

Prozessqualität ist im wesentlichen Gegenstand der internen Qualitätssicherung (Gaebel 1995). Sie umfasst die Gesamtheit der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kongruenz zwischen expliziten Standards und der konkreten Durchführungsmodalitäten, z.B. hinsichtlich der Interaktion von Maßnahmen.

Im Einzelnen beinhaltet die Prozessqualität Kriterien wie:

- Einzelne Therapieformen (z.B. Psychotherapie, Pharmakotherapie)
- Aufnahmeindikationsregeln und Platzierung in Spezialstationen
- Stationäre Diagnostik- und Therapiekontrollen
- Zusatzinterventionen in Gesamtbehandlungsplänen
- Charakteristika des therapeutischen Milieus
- Verweildauersteuerung und Entlassungsplanung
- Einleitung poststationärer Therapie und Nachsorge

Donabedian (Donabedian 1988) unterscheidet hier zwischen technischen und interpersonellen Aspekten des ärztlichen Handelns, die gemeinsam die Güte des diagnostischen und therapeutischen Prozesses bestimmen.

Die technischen Aspekte, das heißt das Wissen, die fachspezifische Urteilsfähigkeit und Fertigkeiten sind Bestandteile von Praxisstandards.

Insbesondere in der Psychiatrie und Psychotherapie sind diese technischen Betrachtungsweisen in einen Kontext interpersoneller Qualifikationen eingebettet wie insgesamt die interpersonellen Aspekte in diesem Feld der Medizin eine besondere Bedeutung besitzen. Ein besonderer Gesichtspunkt ist hierbei die Teamarbeit. Möglicherweise sind für die interpersonelle Qualität die psychisch Kranken und ihre Angehörigen die kompetenteren Beurteiler.

Unter **Ergebnisqualität** wird das Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel (Sollzustand) und Behandlungsergebnis (Ist- Zustand) verstanden. Diese dritte Dimension des modernen Qualitätsbegriffs stellt eine Voraussetzung für Qualitätssichernde Maßnahmen dar (Möller et al. 1995).

Ergebnisqualität in der Psychiatrie und Psychotherapie, die sich in der Besserung der Beschwerden oder in der Erreichung bestimmter Therapieziele zeigen könnte, hat die Mehrdimensionalität psychischer Erkrankung zu berücksichtigen, die in der Erhebung des sog. Outcomes der Behandlung einbezogen werden sollten.

Gaebel (Gaebel 1995) unterscheidet folgende Merkmalsbereiche:

- Psychopathologische Symptome/Syndrome
- Kognitive Defizite
- Rückfallgefährdung
- Psychosoziale Beeinträchtigung
- Bewältigungsverhalten
- Subjektives Wohlbefinden
- Lebensqualität
- Therapie- Nebenwirkungen

Diese sehr verschiedenen Outcome-Größen verdeutlichen, wie komplex die Erfassung der Ergebnisqualität sein kann.

Es gilt dabei auch zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Merkmale Beurteilungskriterien darstellen, die auf verschiedene stabile Funktionssysteme verweisen, deren Erhebungsnotwendigkeit verlaufsspezifisch variiert.

Zu unterscheiden ist zudem zwischen dem stationären Kurzzeit- Outcome und dem poststationären Langzeit- Outcome, der nur durch weitere katamnestiche Erhebungen erfassbar ist.

Mit der Forderung nach einer umfassenden Qualitätssicherung stehen alle Bereiche der Medizin vor der Herausforderung, die Qualität der durchgeführten Versorgungsmaßnahmen kontinuierlich zu überprüfen.

Ziel der Qualitätsbemühungen ist die Verbesserung der Patientenversorgung.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird die **Perspektive der Patienten** in besonderer Weise in den Vordergrund gerückt.

Qualitätsmanagement ist definiert als das Ziel der Qualitätsverbesserung und ist kein einmaliger Vorgang sondern eine kontinuierliche Aufgabe.

„..... Aufgabe einer darauf aufbauenden Qualitätssicherung ist es dann, durch eine systematische Analyse die Ursachen von Soll-/ Ist- Abweichungen aufzudecken und diese dann durch Einleitung geeigneter Korrekturmaßnahmen zu beseitigen, mit dem Ziel, gegenwärtig bestehenden Qualitätsdefizite zukünftig zu vermeiden.....“ (Eichhorn 1993).

Qualitätssicherung repräsentiert hier einen Teilaspekt einer Entwicklung in der Gesundheitsversorgung, in der die Rollen zwischen Ärzten, Therapeuten, Pflege und Patienten neu definiert werden.

Qualität kann auf zwei sehr unterschiedlichen Wegen bestimmt werden:

- **objektiv**,
 - insbesondere in Form von **Effektivität** (Wirksamkeit von Maßnahmen für die Erreichung von Zielen)
 - in Form von **Effizienz** (Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes) der Leistung
- **subjektiv**, vor allem durch die betroffenen Patienten und/oder ihre Angehörigen

Neben den erfassbaren Qualitätsmaßen mit standardisierten Fremdbeurteilungsskalen oder über **objektive** Parameter für Effektivität (wie Liegedauer, Wiederaufnahmerate, Nebenwirkungen, Rezidivrate, Folgeerkrankungen oder Überlebensdauer), wird die Bedeutung **subjektiver** Qualitätsbewertungen durch die Patienten und ihre Angehörigen betont.

Gerade für die Bewertung der Ergebnisqualität werden die objektiven Veränderungsindices und Parameter nicht allein als hinreichend erachtet (Leimkühler 1995).

Der **Patient** wird als ein aktiver und mündiger Partner im Behandlungsprozess gesehen. Der Patient selbst muss an der Gesundheit mitwirken. Wenn die Mitwirkung des Patienten für den Gesundungsprozess wichtig ist, ist auch seine Meinung und sein subjektives Urteil über die Behandlung von großer Bedeutung. Welche Möglichkeiten bieten sich in der Klinik an, den Patienten in dieser Weise einzubinden? Die Erhebung des subjektiven Urteils in Form der Patientenzufriedenheit eröffnet hierzu einen Weg.

Zufriedenheit ist ein Ziel professioneller Behandlung, weil ein zufriedener Patient gut mit dem Arzt und Therapeuten zusammenarbeitet (Speedling und Rose 1985).

Patientenzufriedenheit stellt insofern einen wichtigen Teil der Ergebnisqualität dar. Sie beschreibt die vom Patienten wahrgenommene Qualität der medizinischen Versorgung.

1.1.1. Patienten- Zufriedenheit als Teil der Qualitätssicherung

Zu einer umfassenden **Qualitätssicherung** gehört, die Betrachtung des **Behandlungserfolges** durch den **Therapeuten** zu erfassen und die **Zufriedenheit der Patienten zu erfragen**.

Zufriedenheit ist ein „*Produkt eines komplexen psychosozialen Regulationsprozesses(...), das „ stärker von subjektiven als von objektiven Komponenten geprägt ist*“ (Leimkühler und Müller 1996).

Es ist schwer, Zufriedenheit systematisch zu evaluieren.

Die Erfassung der **Patienten- Zufriedenheit** gehört in den USA und in Großbritannien schon seit Jahren zu einem festen Bestandteil der Qualitätssicherung, die unter anderem das Ziel hat, Qualitätsunterschiede auch zwischen Kliniken zu erfassen (Leimkühler 1995).

Der Begriff der **Patienten- Zufriedenheit** geht auf das in der Konsumentenbewegung verwendete Konzept der Kundenzufriedenheit zurück (Lingenfelder und Schneider 1991).

Danach messen Patienten, analog zu Kunden in der Wirtschaft, verschiedene Attribute der erhaltenen medizinischen Behandlung, vergleichbar einer Dienstleistung, an ihren vorhandenen Erwartungen.

In der berichteten Zufriedenheit drücken sie das Ausmaß an Übereinstimmung zwischen erwarteter und erhaltener Behandlung aus.

Zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Erwartungen und Zufriedenheit sind verschiedene Modelle formuliert worden:

- Das „Diskrepanz-Modell“ geht davon aus, dass Zufriedenheit die wahrgenommene und quantitativ beschreibbare Diskrepanz zwischen den individuellen Wünschen und dem real Erhaltenen ausdrückt. Dieses Modell liegt den meisten Zufriedenheitsmessungen zugrunde.
- Das „Erfüllungs-Modell“ definiert Zufriedenheit als Differenz zwischen dem Erwarteten und dem Erhaltenen, ohne dabei diese Differenz zu quantifizieren.
- Das „Equity- Modell“ stellt die Bedeutung sozialer und intra- individueller Vergleiche in den Mittelpunkt. Zufriedenheit entspricht danach der wahrgenommenen Ausgewogenheit von eigenen Investitionen und dem Ergebnis bzw. dem Vergleich des eigenen „Netto- Ergebnis“ mit dem anderer Personen.

Zur Definition der **Patienten- Zufriedenheit** wurden ausgehend von der klassischen Einteilung der Qualität medizinischer Versorgung in einen technischen und einen interpersonellen Aspekt verschiedene Taxonomien entwickelt (Donabedian 1988).

Ware et al. unterscheiden acht Komponenten von **Patienten- Zufriedenheit** (Ware et al. 1995):

- Interpersonelles Verhalten (Art des Umgangs des Klinikpersonal mit den Patienten)
- Technische Qualität der Versorgung (Erfüllung hoher Diagnose- und Behandlungsstandards)
- Zugang zur Behandlung (Aufwand, einen Termin zu vereinbaren, Wartezeiten)
- Finanzen
- Effizienz und Outcome (Tatsächliche Hilfe in der Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit)
- Kontinuität (Wird die Behandlung vom gleichen Arzt weitergeführt?)
- Physische Umgebung (Zustand der Gebäude, Freundlichkeit und Atmosphäre)
- Verfügbarkeit (z.B. Sind genügend Betten vorhanden?)

Hansson formulieren folgende Komponenten von **Patienten- Zufriedenheit** (Hansson et al. 1993):

- Patienten-Personal-Beziehung
- Einfluss der Patienten auf die Behandlung
- Behandlungsinhalte und -methoden
- Soziale Aktivitäten und Übungsmöglichkeiten
- Stationsatmosphäre
- Kompetenz des Personals

Auf der Grundlage dieser Vorgaben lässt sich **Patienten- Zufriedenheit** folgendermaßen definieren:

„Patientenzufriedenheit wird als ein Teil der Qualität der medizinischen und psychologischen Versorgung betrachtet. Sie stellt die subjektive Bewertung einer medizinischen Versorgungsleistung durch den Patienten dar. Grundlage dieser Bewertung ist das Ausmaß der Erfüllung a priori bestehender Erwartungen. Patientenzufriedenheit lässt sich in verschiedene Dimensionen untergliedern, die Settingspezifisch variieren können. Das führt dazu, dass Patientenzufriedenheit in der Forschungspraxis letztlich oft operational definiert wird“ (Jacob und Bengel 2000).

Patienten- Zufriedenheit ist eindeutig auf die medizinische Versorgung abgestellt und darf nicht mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit verwechselt werden.

Lebenszufriedenheit ist vielmehr ein eigenständiges Konstrukt, das die Dimensionen „kognitive Bilanz“ der Erreichung eigener Lebensziele und „Glück“ als zeitlich ausgedehnte affektive Komponente des Wohlbefindens sowie die vorübergehenden affektiven Komponenten „positiver Affekt“ und „negativer Affekt“ beinhaltet (Jacob und Bengel 2000).

Die Behandlungsplanung gilt es sehr individuell auf den Einzelfall abzustimmen und somit von der spezifischen Konstellation mit sehr vielen Einflussfaktoren abhängig zu machen.

*„Das gemeinsame Ziel aller Maßnahmen des Qualitätsmanagements in der Medizin ist, einen möglichst hohen Grad der Zielerreichung des Behandlungsauftrages sicherzustellen, Gesundheit wiederzuerlangen oder soweit wie möglich wiederherzustellen(...). Im Rahmen der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** bedeutet das, seelische Beeinträchtigung, die die Patienten und oft auch ihr unmittelbares Lebensumfeld belasten, zu reduzieren oder zu heilen“* (Mattejat und Remschmidt 1995).

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird in der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** mit der Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)/ BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie)/ BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.) (2. und 3. Auflage) gearbeitet, die unter anderem durch das multiaxiale Klassifikationsschema die Probleme der Kinder beschreibt.

1.1.2. Patienten- Befragung

Zur Erfassung psychopathologischer Zustände und deren Veränderungen durch therapeutische Maßnahmen werden als Kriterium sowohl Fremd- als auch Selbstbeurteilungen verwendet. Untersuchungen zeigen, dass Selbstbeurteilungen und Fremdbeurteilungen unterschiedliche Informationen liefern und dazu beitragen können, systematische Fehler auf der jeweils anderen Ebene zu kompensieren.

In psychologischen Untersuchungen wird häufig die „Likert- Skala“ verwendet.

Ein Problem dieser Skalen ist, dass sie nicht genau die Bedingungen von Skalen gleich erscheinender Intervalle erfüllen. Dies würde beispielsweise voraussetzen, „dass ein Skalenwert von 10 eine Einstellung kennzeichnet, die genau als halb so positiv empfunden wird wie eine Einstellung mit dem Skalenwert 20“ (Stahlberg und Frey 1997).

Schmidt, Brunner et al. (Schmidt et al. 1975) weisen darauf hin, dass spezielle Verfahren, die als objektiv, direkt und ungetarnt gelten, anfällig gegenüber Reaktionstendenzen bei den Probanden sind.

Wie gerade auch die Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit gezeigt haben, besitzen Personen nicht immer eine explizite und klar formulierte Meinung gegenüber bestimmten Einstellungsobjekten.

Mit der Bitte zur Selbsteinschätzung werden damit eventuell erst Einstellungen geschaffen, die andernfalls nicht so formuliert worden wären. Solche spontanen Einstellungen können sehr instabil sein. An dieser Stelle werden die Grenzen der Selbsteinschätzungen deutlich. Es zeigt sich damit auch wieder die Notwendigkeit, gerade im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich Selbstbeurteilungsverfahren durch Fremdbeurteilungsverfahren sowie globale durch mehrdimensionale Skalen zu ergänzen.

Komplexere Einstellungsskalen, die aus einer größeren Zahl von einzelnen Items bestehen, besitzen eine hohe Reliabilität (Stahlberg und Frey 1997).

Zur Einschätzung der Versorgungsqualität entwickelten *F. Mattejat und H. Remschmidt* Fragebögen „**Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung**“ (FBB) (Mattejat und Remschmidt 1998) in drei Versionen.

Sie erfassen die Sicht der kindlichen und jugendlichen Patienten, ihrer Eltern und der Therapeuten und stufen damit die Zufriedenheit mit der Diagnostik, Behandlung und weiteren Therapieempfehlungen im Anschluss an die Behandlung vorwiegend im stationären Bereich systematisch ein.

Die Fragebogenversion für die Jugendlichen besteht aus 20 Fragen mit einer fünfstufigen Likert-Skalierung, die sich auf den Behandlungsprozess und das Ergebnis der Behandlung beziehen. Die Autoren haben ihr Konzept durch Faktorenanalyse überprüft und den Bereichen *Beziehung Patient-Therapeut*, *Erfolg der Behandlung* und *Rahmenbedingungen der Behandlung* für den jugendlichen Patienten zugeordnet. Die Fragen werden für diese drei Bereiche jeweils gemittelt als Skalen zusammengefasst.

In einer Untersuchung zur Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kamen *Mattejat und Remschmidt* (Mattejat und Remschmidt 1998) zu dem Ergebnis, dass Rückschlüsse von Zufriedenheitsangaben auf die tatsächlich erlebte Qualität der zu beurteilenden Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nicht ohne weiteres zulässig sind, sondern immer vom subjektiven Empfinden des Einzelnen beeinflusst werden.

„... die FFB- Angaben sind reliabel und subjektiv valide, aber sie besitzen nur eine geringe intersubjektive Validität (Mattejat und Remschmidt 1993).

Die Gütekriterien wurden an einer Marburger Klinik- Stichprobe stationärer Patienten (Projekt-Stichprobe n=89) spätestens drei Monaten nach Beendigung der Therapie von Mattejat und Remschmidt bestimmt.

Die Reliabilität, gemessen anhand Cronbachs Alpha als Maß der inneren Konsistenz von > 0.80 , wurde als gut eingestuft.

An einer weiteren „Klinikstichprobe“ von $n= 584$ und „Qualitätssicherungs- Stichprobe“ von $n=114$ ergaben sich ebenfalls Cronbachs- Alpha- Werte $> 0,80$.

Anhand des Testhandbuches stimmen die Ergebnisse aller drei Stichproben gut überein und zeigen, *„dass die FBB- Skalen bei allen Beurteilern eine relativ hohe innere Konsistenz aufweisen...()....Die Konsistenzanalysen zeigen demnach, dass die FBB- Skalen in sich relativ homogen sind und das Reliabilitätskriterium der inneren Konsistenz gut erfüllen.“* (Mattejat und Remschmidt 1998).

Bei der Bestimmung der Retest- Reliabilität an der Projekt-Stichprobe von $n=89$ im Abstand zwischen 11 und 37 Monaten nach Entlassung wurden anhand Pearson- Korrelationen Werte von 0,36 bis 0,79 erzielt (Mattejat und Remschmidt 1998).

Eine wichtige Voraussetzung ist die folgerichtige Verwendung des Fragebogens, das bedeutet, dass die Ausfüllenden darüber aufgeklärt werden, dass alle Angaben vertraulich behandelt werden und der Schweigepflicht unterliegen.

1.2. Studien zur Zufriedenheit

Befragungen der Patienten, deren Eltern oder Therapeuten zur Zufriedenheit wurden von Mattejat und Remschmidt in Marburg (Mattejat und Remschmidt 1998) publiziert. Ursprünglich war ein Vergleich mit den Marburger Ergebnissen geplant. In der Folgezeit wurden weitere Studien publiziert, mit denen die Münchner Ergebnisse verglichen wurden.

Die Vergleichbarkeit und Wiederholbarkeit der Marburger Untersuchungsergebnisse an stationären Patienten wurde bei ambulanten Patienten der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München geprüft. Mit den Ergebnissen der Studien von Hirschberg und Peiser in Hildesheim als Gruppentherapie- Patienten einer ambulanten Praxis (Hirschberg und Peiser 2006), von Elkemann in Münster als psychosomatische Konsiliar- Patienten einer Kinderklinik (Elkemann 2006) und von Bredel als stationäre Patienten der Klinik in Heidelberg (Bredel 2002; Bredel et al. 2004) wurden die Daten verglichen. Im Folgenden werden die Studien kurz dargestellt, in der Diskussion im Detail beschrieben.

Stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Marburg

Mit dem **Marburger Fragebogen** zur „*Beurteilung der Behandlung*“ (Mattejat und Remschmidt 1998) haben erstmals *Mattejat und Remschmidt* den Versuch unternommen die Zufriedenheitsangaben dreier Personengruppen, des Patienten selbst, seiner Eltern und die des Therapeuten, zu analysieren und zu systematisieren. Mattejat zeigt in seiner Studie auf, dass Patienten selbst dann zufrieden sind, wenn keine Verbesserung der Symptomatik eintritt. „...*Möglicherweise prägt sich der Aspekt der Rahmenbedingungen auch nur bei stationären Patienten als gesonderte Dimension aus, dies wäre erst an einer ambulanten Stichprobe zu überprüfen...*“ (Mattejat und Remschmidt 1998).

Heidelberg

2002 wurde in einer **Heidelberger Studie** die Entwicklung des Evaluationsbogens auf die eigene **stationäre Situation** einer Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeschnitten und nur ein **Teil der Fragen** des standardisierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung von Mattejat und Remschmidt, 1998 verwendet (Bredel et al. 2004). Die Ergebnisse aus der Arbeit **Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten** von Susanne Bredel, Heidelberg (Bredel 2002) werden in der Diskussion dargestellt, mit der Marburger Fragestellungen verglichen und überprüft. Jugendliche, Eltern und Therapeuten wurden parallel erfasst. Die Befragung umfasst *Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit*. Das Behandlungserleben beinhaltet zum großen Teil Items, die mit dem Marburger und dem Münchner Synonym für Patient- Therapeuten – Beziehung vereinbar sind. Die Befragung wurde in Form eines Interviews direkt im Anschluss an die Behandlung gehalten. Beim Auftreten von Verständnis- Schwierigkeiten konnte individuell nachgefragt werden.

Stationäre Behandlung in der Kinderklinik

Münster

Aus der **Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin** der Westfälischen Wilhelms-Universität **Münster** wurde durch eine prospektiven Feldstudie zur **psychosomatischen** Konsiliar- Arbeit mit Eltern und Patienten speziell die Zufriedenheit der Patienten anhand **der 7 therapeutenbezogenen Fragen** der Marburger Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung erfragt (Elkemann 2006).

Ambulante Behandlung

Hildesheim

In einer **Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis** in **Hildesheim** wurde **ambulant** anhand einer **Studie** mit dem Thema „Kontrakte im Rahmen der **gruppentherapeutischen Arbeit** mit Kindern und Jugendlichen“ die **Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern** mit den **vollständigen** Marburger Fragebögen untersucht (Hirschberg und Peiser 2006). Die Befragung umfasste Gruppen mit und ohne Elternberatung.

München

Für die Mitarbeiter der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München war es ein Anliegen die *Zufriedenheit der Patienten* mit der Behandlung festzustellen.

Zur Befragung wurde der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) für den Patienten angewandt (Mattejat und Remschmidt 1998).

Die Studien aus **Hildesheim** und **München** sind mit der Marburger Studie *vollständig* vergleichbar, während die Studie aus **Heidelberg** auf *Itemebene* und die Studie aus **Münster** auf *Therapeutenebene* vergleichbar ist.

In der Diskussion werden diese Studien im Detail dargestellt.

Es bestehen vier parallele Arbeiten in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität München:

- „Nachbefragung zur Zufriedenheit von **Patienten** einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik“ (Iris Finsterer)
- „Nachbefragung zur Zufriedenheit der **Eltern** mit der Behandlung ihres Kindes“ (Thomas Schunck)
- „Nachbefragung zur Zufriedenheit der zuweisenden und behandelnden **Ärzte**“ (Belda Karamete)
- „Nachbefragung zur Zufriedenheit der involvierten **Jugendhilfe- Beteiligten**“ (Katharina Hemmer)

Die Ausgangsstichprobe für die Studie bestand aus insgesamt **138 Familien**.

Hieraus ergaben sich die unterschiedlichen Ausgangs- Stichproben der vier Arbeiten.

Tabelle 1 Ausgangs- Stichprobe für die Zufriedenheit der Münchner Studie 1999/2000

Zufriedenheit mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik in München			
Ausgangs- Stichproben der vier Arbeiten	Eltern- Stichprobe (Thomas Schunck)	135*	138 Familien der Jahre 1999/2000
	Jugendlichen- Stichprobe (Iris Finsterer)	96**	
	Ärzte- Stichprobe (Belda Karamete)	121	
	Jugendhilfe- Stichprobe (Katharina Hemmer)	45	

* 3 junge Erwachsene gaben keine Zustimmung zur Befragung ihrer Eltern (hier liegt nur der Fragebogen für Jugendliche vor)

**1 Patient war verstorben (hier liegt nur der von der Mutter beantwortete Eltern-Fragebogen vor)

2. FRAGESTELLUNGEN

Der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (Mattejat und Remschmidt 1998) ermittelt die **Zufriedenheit** der Kinder bzw. Jugendlichen der Ludwig- Maximilians- Universität München bei einer ambulanten Versorgung in der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München.

Die **Gesamt- Zufriedenheit** und **einzelne Teil- Bereiche der Zufriedenheit**, wie *Erfolg der Behandlung, Beziehung Patient- Therapeut* und *Rahmenbedingungen der Behandlung* wurden untersucht.

- **Wie hoch ist die Zufriedenheit der Jugendlichen?**
 - Wie hoch ist die **Gesamt- Zufriedenheit**?
 - Wie hoch ist die Gewichtung der **Teil- Zufriedenheiten** in den Bereichen:
 - Erfolg der Behandlung
 - Erfolg selbst
 - Erfolg Familienbeziehung
 - Beziehung Patient- Therapeut
 - Rahmenbedingungen der Behandlung?
 - Welche Teil-Zufriedenheit hat die größte Bedeutung?

- **Wie ist der Entwicklungsverlauf** (Basisdokumentation und YSR-Verhaltensfragebogen)

- **Gütekriterien des Fragebogens**
 - **Reliabilität**
 - **Validität**
 - **Modellbildung als Explorativer Ansatz – Faktorenanalyse**
 - **Konfirmatorischer Ansatz- Vergleich der Münchner Studie mit weiteren Studien**
 - unterschiedlichem Setting,
 - anderer Stichprobe,
 - anderer Arbeitsgruppe,
 - verschiedenen zeitlichen Abläufen und Zeitabständen
 - **Kann die Kurzversion in die Routinediagnostik integriert werden?**

- **Welche Einflussvariablen lenken die Zufriedenheit?**
 - **Kurzzeitverlauf**
Struktur- und Prozess- und Ergebnisdaten (Ausgangssituation Basisdokumentation 1999/2000)
 - **Langzeitverlauf**
Verhaltensfragebogen YSR von 2002
 - Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den **Einfluss- Variablen** und der **Zufriedenheit**?

- **Welche Verbesserungsvorschläge sind möglich?**

3. METHODIK

3.1. Setting

In der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Ludwig- Maximilians- Universität in München mit der Bezeichnung Ambulanz liegt der Schwerpunkt auf Diagnostik und Beratung.

Es handelt sich um eine kleine Ambulanz, in der Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen, hauptsächlich im Schul- und Jugendalter, versorgt werden.

Es handelt sich um junge Menschen mit Störungen aus dem gesamten Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie Entwicklungsverzögerung, emotionale Probleme, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Syndrome. Vorrang haben komplexe Problemkonstellationen, die einen multidisziplinären Ansatz erfordern.

Das interdisziplinäre Team besteht aus einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, einer Psychologin, Sozialpädagoginnen, einer Dokumentationsassistentin und einer Sekretärin.

Die besondere Situation liegt in der Multidisziplinarität mit der engen Zusammenarbeit von Arzt, Psychologin und Sozialpädagogin.

Eine ambulante Untersuchung umfasst in der Regel folgende Bereiche:

- Ärztliche und psychologische Diagnostik
- Entwicklungs- und Familienanamnese
- Videogestützte Interaktionsbeobachtung
- Neurophysiologische Untersuchung
- Familienberatung
- Kurztherapien
- Vermittlung von Hilfen insbesondere in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe

Schwerpunkte der Arbeit sind:

- Beobachtung der Wechselwirkung zwischen Problemen der Kinder und Jugendlichen und der familiären und psychosozialen Situation
- Systemische auf die Gesamtsituation bezogene Diagnostik und Kurztherapie
- Hilfen bei der Bewältigung schwerwiegender chronischer Erkrankungen
- Beratung von Fachleuten und Institutionen

Das Ziel ist die Erarbeitung und Umsetzung umfassender Versorgungskonzepte.

3.2. Stichprobe und Erhebungsinstrumente

Die Umfrage erfasst konsekutiv 96 jugendliche Patienten, die im Zeitraum der Jahre 1999 und 2000 zur ambulanten Beratung oder Behandlung an der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität München gewesen waren und zur Befragung 2002 über 11 Jahre alt waren.

Eingeschlossen sind Einmalkontakte von Patienten und Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung 11 Jahre und älter waren

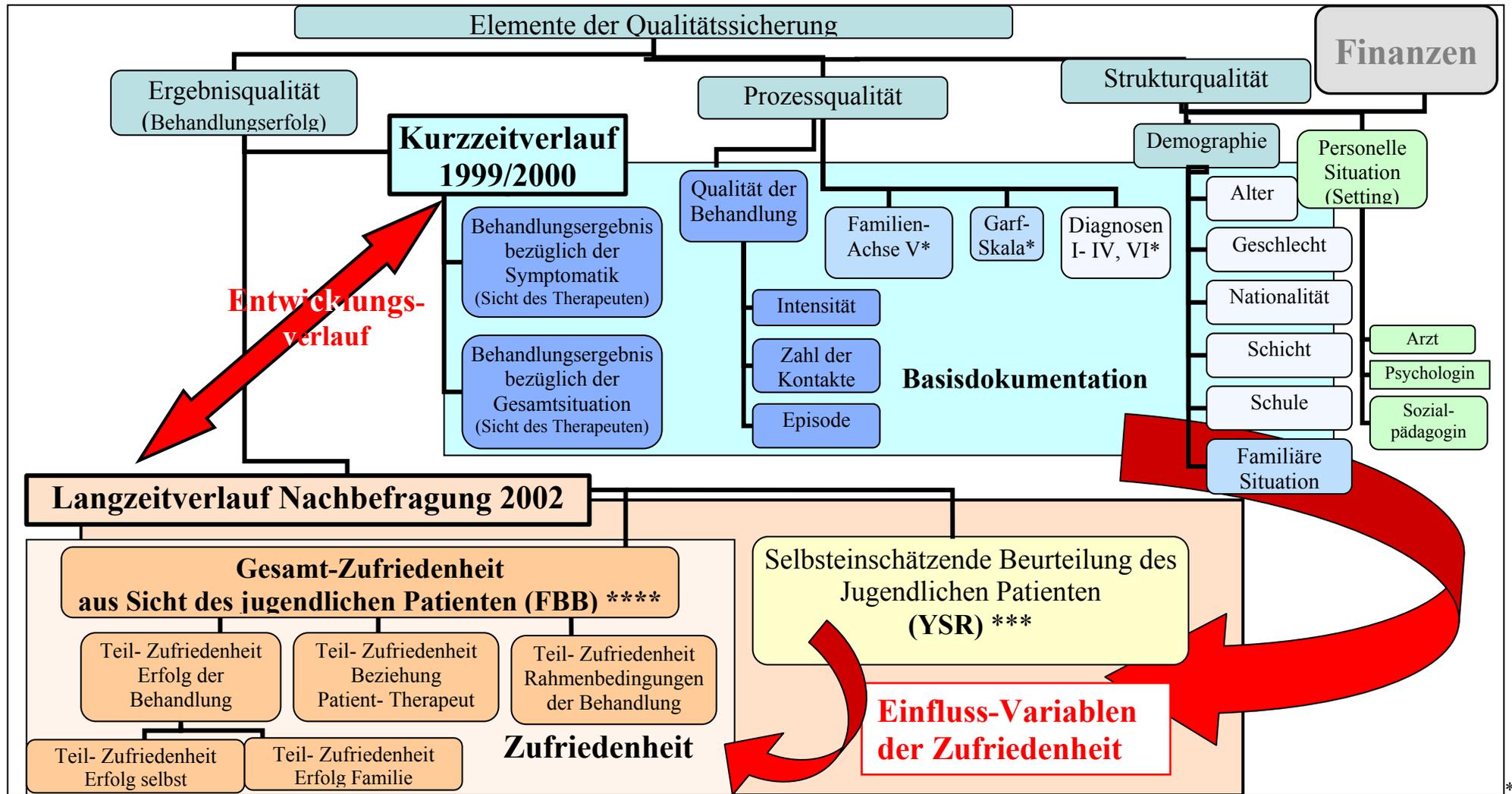
Ausgeschlossen sind Gutachtensfragestellungen

Der Vergleich von Entwicklungsdaten zu unterschiedlichen Erhebungs- Zeiten ermöglicht die Beurteilung eines langfristigen Verlaufes.

- Die **Basisdokumentation** erfasst die Ausgangsdaten der **Jahre 1999 und 2000**.
- Der **Fragebogen zur Zufriedenheit** und der **Fragebogen für Jugendliche (YSR)** oder **(YASR)** wurde **2002** erhoben.

Die drei Instrumente werden im Folgenden im Detail beschrieben.

Abbildung 1 Patienten- Befragung zur Zufriedenheit als Teil der Qualitätssicherung



*Achsen des multiaxialen Klassifikationssystems (Remschmidt et al. 2001)

**Garf- Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie

*** YSR- Youth- self- report (Achenbach und Edelbrock 1987)

**** FBB Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat und Remschmidt 1998)

Therapiebeginn=1999/ 2000

Befragung=2002

Personbezogene Variable
Familienbezogene Variable

Therapeutenbezogene Variable

3.2.1. Struktur- und Prozessdaten der Ausgangs-Stichprobe - Basisdokumentation 1999/ 2000

Die Basisdokumentation ist ein standardisiertes, daher vergleichbares Instrument der Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)/ BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie)/ BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.) und beschreibt die Ausgangsdaten (Dilling et al. 1992) der Patienten.

Zur besseren Lesbarkeit und um Wiederholungen zu vermeiden, werden die Variablen der Basisdokumentation zugleich mit den Ergebnissen beschrieben.

Folgende Daten der Basisdokumentation n= 96 wurden herangezogen:
Die Variablen wurden dichotomisiert.

Personenbezogene Variablen

- Geschlecht
- Alterseinteilung zu Beginn der Therapie (1999-2000)
- Nationalität
- Schichtzugehörigkeit
- Schulbildung
- Die 6 Achsen der multiaxialen Diagnose im Kinder- und Jugendalter
 - erste Achse: Klinisch- psychiatrisches Syndrom
 - zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen
 - dritte Achse: Intelligenzniveau
 - vierte Achse: Körperliche Symptomatik
 - sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Familienbezogene Variablen

- Familiäre Situation
- fünfte Achse der multiaxialen Diagnose im Kinder- und Jugendalter:
Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie (GARF- Skala; global assessment of relationship functioning)

Therapeutenbezogene Variablen

- Beratungs- und Behandlungskontakte
- Behandlungsepisoden
- Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik
- Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

Die Jugendlichen- Stichprobe (n=96) wurde anhand aller nachfolgenden Einflussvariablen mit der Gesamt- Stichprobe (n=138) verglichen. Bis auf die Variablen Alter und Schule konnte bei der Verteilung keine wesentliche Verzerrung festgestellt werden.

3.2.1.1. Personenbezogene Variablen

Geschlecht

Jungen (n=59) und Mädchen (n=37)

Alter

In den Jahren 1999 und 2000, waren von 96 Patienten im Alter von 8 – 23 Jahren in der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians – Universität in München.

Das Alter wurde in drei Gruppen eingeteilt.

Zu **Beginn der Therapie** in den Jahren 1999 und 2000 waren 96 Patienten im Alter von 8 – 23 Jahren und wurde in drei Gruppen von unter 11 Jahren (n=15), im Alter von 11- 18 Jahren (n=73) und über 18 Jahre (n=8) unterteilt. Der Altersdurchschnitt bei Beginn der Therapie lag bei 13.9 Jahren.

Diese Altersangabe wurde nur zur deskriptiven Statistik gewertet.

Für diese Studie wurden alle Patienten ausgewählt, die **zum Zeitpunkt der Befragung 2002** über 11 Jahre alt waren, da der YSR- Verhaltensfragebogen nach Achenbach ab einem Alter von 11 Jahren einsetzbar ist. Die Jugendlichen wurden in die beiden Kategorien *Jugendlich* im Alter zwischen 11 und 18 Jahren (n=67) und *Junge Erwachsene* im Alter über 18 Jahren (n=29) unterteilt. Der Altersdurchschnitt betrug 16.8 Jahre.

Schulbildung

Die Schulbildung der einzelnen Patienten wurde anhand des besuchten Schultyps im Zeitraum 1999 - 2000 ermittelt.

Die Schultypen *Sonderschule*, *Sonderschulform- unabhängige Orientierungsstufe*, *Grundschule*, *Hauptschule*, *Realschule*, *Gymnasium*, *Berufsschule* und *Hochschule/ Universität* wurde in folgende vier Gruppen zusammengefasst.

1. Grundschule und Sonderschulform unabhängige Orientierungsstufe
 2. Hauptschule, Realschule und Berufsschule
 3. Gymnasium und Universität
 4. Sonderschule
- 10 Patienten besuchen die Sonderschule
 - Im Alter unter 11 Jahren besuchen 11 Patienten die Grundschule
 - Im Alter zwischen 11 und 18 Jahren wird am häufigsten das Gymnasium besucht (19 Patienten).
An 2. Stelle steht die Hauptschule mit 16 Patienten und an letzter Stelle mit 8 Patienten die Realschule.
 - Von den über 18 jährigen Patienten besuchen 4 Patienten die Berufsschule und je 1 Patient das Gymnasium und die Universität.

Nationalität

Die Nationalität der Patienten war deutsch, arabisch, britisch, jugoslawisch und türkisch und wurde zur Auswertung in *Deutsch* (n=85) und *andere Nationalitäten* (n=11) aufgeteilt.

Schicht

Die Schicht der Patienten wurde anhand der Berufe der Eltern 1999/ 2000 folgendermaßen definiert (Kleining und Moore 1968):

1. ungelernte Arbeiter
2. angelernte Berufe
3. Facharbeiter/ Handwerker/Angestellte/Beamte im einfachen Dienst
4. Mittlere Angestellte/ Beamte
5. Höherqualifizierte Angestellte/ Beamte
6. Leitende Angestellte
7. Kleinstselbständige/ ambulantes Gewerbe
8. kleine selbständige Gewerbetreibende
9. Selbständige Handwerker/ Landwirte/ Kleine Betriebe
10. Mittlere Betriebe
11. Akademiker/ Freie Berufe/ Größere Unternehmer

Diese 11 Untergruppen wurden in fünf Schichtgruppen zusammengefasst:

1. **Unterschicht** mit Berufen wie ungelerner Arbeiter oder angelernte Berufe
2. **Unteren Mittelschicht** mit Berufen wie Facharbeiter, Handwerker, Angestellte und Beamte im einfachen Dienst oder Kleinste Selbständige und ambulantes Gewerbe oder Kleinste, selbständige Gewerbetreibende
3. **Mittelschicht** mit Berufen wie mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst oder selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Geschäfte, Betriebe)
4. **Oberen Mittelschicht** mit Berufen wie höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst oder selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (mittlere Geschäfte, Betriebe)
5. **Oberschicht** mit Berufen wie leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst oder Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer

Diese Einteilung wurde in die drei Gruppen Unter-, Mittel- und Oberschicht zusammengefasst.

15% der Patienten gehören der Unterschicht (n=14), 55% der Patienten der Mittelschicht (n=53) und 30% der Patienten der Oberschicht (n=29) an.

Ein deutlicher Anteil von 23% (n=22) der Patienten der universitären Ambulanz kommt aus Akademikerfamilien. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung liegt eine Verzerrung vor.

Tabelle 2 Geschlecht, Alter, Schule, Nationalität, Schicht

Demographische Daten				Anzahl der Patienten n=96						
Geschlecht	männlich		59							
	weiblich		37							
Alter	unter 11 Jahren		15							
	im Alter von 11- 18 Jahren		73*							
	im Alter über 18 Jahren		8							
Schul- bildung**					Alter zu Beginn der Therapie in Jahren					
					<11	11-18	>18			
	Sonderschule		10		2	8	-			
	Grundschule und Sonderschulform unabhängige Orientierungsstufe	Sonderschulform- unabhängige Orientierungsstufe		7	26	2	4	1		
		Grundschule		19		11	8	-		
	Hauptschule, Realschule und Berufsschule	Hauptschule		16	31	-	16	-		
		Realschule		8		-	8	-		
		Berufsschule		7		-	3	4		
Gymnasium/ Universität	Gymnasium		20	21	-	19	1			
	Hochschule/ Universität		1		-	-	1			
Nationalität	Deutsch		85							
	andere Nationalität	arabisch		4	11					
		britisch		1						
		jugoslawisch		2						
türkisch		4								
Schicht- gruppen	Unterschicht		ungelernte Arbeiter		5		14			
			angelernte Berufe		9					
	Mittelschicht	untere Mittelschicht	Facharbeiter/ Handwerker/Angestellte/Beamte im einfachen Dienst		18		53			
			Kleinstselbständige/ ambulantes Gewerbe		1					
			kleine selbständige Gewerbetreibende		4					
		mittlere Mittelschicht	Mittlere Angestellte/ Beamte		11				23	
			Selbständige Handwerker/ Landwirte/ Kleine Betriebe		5					
		obere Mittelschicht	Höherqualifizierte Angestellte/ Beamte		9				16	
	Mittlere Betriebe		5							
	Oberschicht	Akademiker/ Freie Berufe/ Größere Unternehmer		22		29				
Leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst		7								

*Die Differenz der Patientenzahl von 73 zu 70 Patienten zwischen 11 und 18 Jahren bei der Elternbefragung durch T. Schunck, ergibt sich dadurch, dass bei 3 Eltern der Patienten auf Wunsch der Jugendlichen keine Elternbefragung durchgeführt werden durfte.

** Von 8 Patienten fehlen die Angaben bezüglich des Schultyps. Davon waren 7 Patienten im Alter von 11- 18 Jahre und 1 Patient über 18 Jahre.

3.2.1.2. Die sechs Achsen der Diagnose im Kinder- und Jugendalter

Diagnosen wurden anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO gestellt.(Remschmidt et al. 2001)

Erste Achse: Klinisch- psychiatrisches Syndrom

1. keine psychiatrische Diagnose

2. Organische, einschließlich symptomatischer psychische Störungen (F0)

Unter organische und psychische Störungen F0 fallen definitionsgemäß „...*psychische Erkrankungen mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Erkrankung, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, bei Erkrankungen, Verletzungen oder Störungen, die das Hirn direkt oder im besonderen Maße betreffen; oder sekundär, beispielsweise bei Systemerkrankungen oder Störungen, die das Gehirn nur als eines von vielen Organen oder Körpersystemen betreffen...*“ (Remschmidt et al. 2001)

3. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

Unter diesen Abschnitt fallen Störungen, deren Schweregrad von einer unkomplizierten Intoxikation und schädlichen Gebrauch bis zu eindeutig psychotischen Störungen und Demenz reicht, die aber alle auf dem Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen, wie Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa, Kokain, Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel und andere, beruhen. Diese stehen dann an zweiter oder dritter Stelle hinter dem F. (Remschmidt et al. 2001)

4. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)

Schizophrenie ist für diese Gruppe die häufigste und wichtigste Störung mit grundlegenden und charakteristischen Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Aktivität.

Schizotype Störungen weisen zahlreiche Störungen der Schizophrenie auf, jedoch fehlen Halluzinationen, Wahn und schwere Verhaltensstörungen. Genetisch stehen sie mit der Schizophrenie in Verbindung.

Wahnhaftige Störungen stehen wahrscheinlich nicht genetisch mit der Schizophrenie in Verbindung, sind jedoch schwer davon zu unterscheiden. (Remschmidt et al. 2001)

5. Affektive Störungen (F3)

Bei Affektiven Störungen (F3) bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. (Remschmidt et al. 2001)

6. Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4)

Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) umfassen phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionstörungen), somatoforme Störungen und andere neurotische Störungen. (Remschmidt et al. 2001)

7. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5) umfassen Essstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (nicht verursacht durch eine organische Störung oder Erkrankung), psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett (nicht andernorts klassifizierbar), psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. (Remschmidt et al. 2001)

8. Spezifische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) beschreiben eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen früh im Verlauf der individuellen Entwicklung als Folge konstitutioneller Faktoren wie auch sozialer Erfahrungen, während andere später im Leben erworben werden.

“Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an.” (Remschmidt et al. 2001)

9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

Verhaltens- und emotionale Störungen (F9) umfassen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Ticstörungen, andere Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und nicht näher bezeichnete psychische Störungen. (Remschmidt et al. 2001)

Die Diagnosen wurden in die Gruppen *keine psychiatrische Diagnose in Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen* und *Andere Störungen* zusammengefasst.

Beschreibung der **14 Patienten**, bei denen keine psychiatrische Diagnose gestellt, aber Probleme in anderen Bereichen beschrieben wurden:

4 Patienten hatten eine Entwicklungsstörung

1 Patient hatte eine körperliche Symptomatik

2 Patienten hatten sowohl eine körperliche Symptomatik, als auch eine Entwicklungsstörung

2 Patienten hatten ohne psychiatrische Diagnose eine Intelligenzminderung

5 Patienten hatten überhaupt keine psychiatrische Diagnose, wovon 4 Patienten in der 1. Episode und 1 Patient in der 3. Episode vorstellig war.

Lediglich **4 Patienten** hatten weder eine psychiatrische Diagnose, noch eine Entwicklungsstörung, noch eine Intelligenzminderung noch eine körperliche Symptomatik.

Zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Die unter F80 bis F89 in ICD 10 zusammengefassten Störungen haben folgende Merkmale:

- Einen Beginn, der ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt
- Eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind.
- Einen stetigen Verlauf, der nicht die für viele psychische Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive zeigt. (Remschmidt, H., Schmidt, M. Poustka, F.2001)

Die Einteilung zur Diagnose der Zweiten Achse wurde konnte in *keine Entwicklungsstörung* (n=84) und *Entwicklungsstörung* (n=12) eingeteilt werden.

Dritte Achse: Intelligenzniveau

Zur Auswertung wurden die Intelligenzniveaus in die drei Gruppen *normale bis hohe Intelligenz*, *niedrige Intelligenz* und *fehlende Daten über das Intelligenzniveau* zusammengefasst.

Verteilung der Intelligenz innerhalb der Stichprobe entspricht der Normalverteilung.

75% der Patienten (n=72) hatten eine normale bis hohe Intelligenz, wobei die meisten eine durchschnittliche Intelligenz aufwiesen.

Bei 14% der Patienten (n=13) lag eine niedrige Intelligenz oder Intelligenzminderung vor.

Von 8 Patienten lagen keine Werte vor, hiervon hatten 8 Patienten Einmalkontakte und 3 Patienten 2-10 Termine.

Vierte Achse: Körperliche Symptomatik

Körperliche Erkrankungen wurden in die drei Gruppen *keine körperliche Symptomatik*, *neurologische Diagnose*, *somatische Diagnose* und *fehlende Daten* eingeteilt.

Bei 72% (n=69) der Patienten lag keine körperliche Symptomatik vor und bei 11% (n=11) der Patienten lag eine körperliche Symptomatik vor, davon hatten 3 Patienten eine neurologische Diagnose, 6 Patienten eine somatische Diagnose und 2 Patienten eine neurologische und somatische Diagnose.

Von 16 Patienten lagen keine Angaben über körperliche Symptomatik vor, hiervon hatten 8 Patienten Einmalkontakte, 7 Patienten 2-10 Termine und 1 Patient 11-20 Termine.

Sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Die Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus beschreibt „...*die psychische, soziale und berufliche (schulische) Leistungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Evaluation...Außer bei sehr akuten Störungsbildern sollte sie für den Zeitraum der vergangenen drei Monate beurteilt werden...*“ (Remschmidt et al. 2001) und wurde in sieben Gruppen eingeteilt, die zur Auswertung in drei Gruppen zusammengefasst wurden.

29% (n=28) der Patienten hatten eine leichte, 54% (n=52) der Patienten eine deutliche und 9% (n=9) der Patienten eine gravierende Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus.

Von 7 Patienten lagen keine Werte vor, hiervon hatten 4 Patienten Einmalkontakte und 1 Patient hatte 2 Termine und von 2 Patienten liegen keine Angaben vor.

Tabelle 3 Diagnosen

Diagnosen			Anzahl der Patienten n=96	
Achse I: Psychiatrische Diagnose	keine psychiatrische Diagnose		14	
	Inter-nalisierende Störungen	Affektive Störungen (F3)	11	38
		Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4)	23	
		Emotionale Störungen des Kindesalters (F93,0 und 93,1)	4	
	Exter-nalisierende Störungen	Hyperkinetische Störungen (F90)	3	31
		Störungen des Sozialverhaltens (F91)	4	
		Kombinierte des Sozialverhaltens und der Emotionen Störungen mit depressiver Störung (F92)	20	
		Emotionale Störungen mit sozialer Überempfindlichkeit (F93,2)	3	
	Andere Störungen	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F94)	1	13
		Organische und psychische Störungen (F0)	3	
		Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	4	
		Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	2	
		Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend, wie Ticstörungen (F95)	2	
andere (F 98) wie Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen im frühen Kindesalter, Stottern, Poltern, Stereotype Bewegungsstörungen	2			
Achse II: Entwicklungsstörungen	keine Entwicklungsstörung		80	
	Entwicklungsstörung	Entwicklungsstörungen des Sprechens (F80,90)	1	12
		Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81,00)	3	
		Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten (F81,30)	2	
		Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82,00)	1	
		Kombinierte Entwicklungsstörungen (F83,00)	5	
Fehlende Daten (davon hatten 3 Patienten Einmalkontakte, 1 Patient 2-10 Termine)		4		
Achse III: Intelligenzniveau	Normale bis hohe Intelligenz	hohe bis überdurchschnittliche Intelligenz (IQ 115-129)	4	72
		Normvariante, durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)	68	
	Intelligenzminderung	niedrige bis unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ 70-84)	7	13
		Intelligenzminderung (IQ 50-69)	6	
Fehlende Daten (davon hatten 8 Patienten Einmalkontakte und 3 Patienten 2- 10 Termine)		11*		

*Sämtliche fehlende Daten gingen nicht in die weitere Berechnung mit ein.

Diagnosen			Anzahl der Patienten n=96	
Achse IV: Körperliche Symptomatik	keine körperliche Symptomatik		69	
	Neurologische Diagnose	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (G07)	1	3
		Polyneuropathie (G63)	1	
		Fehlbildung des Rückenmarks (Q06)	1	
	Somatische Diagnose	Sehschwäche infolge Frühgeburt (H25)	1	6
		Status asthmaticus (J46)	1	
		Aktinische Keratose (L57)	1	
		Klinefelter- Syndrom (Q98)	1	
		Fehlbildung der Herzsepten (Q21)	1	
	Neurologische und somatische Diagnose	Muskel- und Skelettdeformitäten (Q68)	1	2
Infantile Zerebralparese mit Epilepsie(G80, G40)		1		
	Infantile Zerebralparese mit juveniler Osteochondrose der Hüfte und des Beckens (G80, M91)	1		
Fehlende Daten (davon hatten 8 Patienten Einmalkontakte, 7 Patienten 2-10 Termine und 1 Patient 11-20 Termine)			16*	
Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus	Leichte Beeinträchtigung	Befriedigende Anpassung	2	28
		Leichte soziale Beeinträchtigung	6	
		Mäßige soziale Beeinträchtigung	20	
	Deutliche Beeinträchtigung	Deutliche soziale Beeinträchtigung	29	52
		Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	23	
	Gravierende Beeinträchtigung	Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	8	9
		Patient braucht beträchtliche Betreuung	1	
Fehlende Daten (davon hatten 4 Patienten Einmalkontakte, 1 Patient 2 Termine und von 2 Patienten liegen keine Angaben vor)			7*	

*Sämtliche fehlende Daten gingen nicht in die weitere Berechnung mit ein.

3.2.1.3. Familienbezogene Variablen

Familiäre Situation

Die familiäre Situation beschreibt die Zusammensetzung der Familie des Patienten zum Zeitpunkt 1999/2000.

Es wurde die Frage gestellt, ob die *Familie vollständig* oder *nicht vollständig* ist, der Patient in einer *Pflegefamilie*, im *Heim*, *alleine* oder *in einer Ehe bzw. eheähnlichen Gemeinschaft* lebt.

Familie vollständig bedeutet, dass der jugendliche Patient in einer vollständigen Familie lebt, die auch aus dem neuen Lebenspartner eines Elternteils und diesem bestehen kann.

55% (n=55) der Patienten leben in einer vollständigen und 43% (n=41) der Patienten leben in einer unvollständigen Familie.

Davon leben 24 Patienten mit nur einem Elternteil zusammen, 7 Patienten in einer Pflegefamilie, 6 Patienten im Heim, 3 Patienten leben allein und 1 Patient lebt in einer eheähnlichen Gemeinschaft.

Fünfte Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Die Achse fünf beschreibt „...*methodisch diejenigen Aspekte der psychosozialen Situation des Kindes, die in Bezug auf den Entwicklungsstand des Kindes, seinen Erfahrungsschatz und die herrschenden soziokulturellen Umstände signifikant von der Norm abweichen. Die auf dieser Achse einbezogenen Kategorien wurden ausgewählt, weil man aus Erfahrung weiß, dass sich signifikante psychiatrische Risikofaktoren darstellen können...*“ (Remschmidt et al. 2001)

Die neun Haupttypen der psychosozialen Situationen des Kindes sind:

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
 - Mangel an Wärme in der Eltern- Kind Beziehung
 - Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
 - Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
 - Körperliche Kindesmisshandlung
 - Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)
 - Andere
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
 - Psychische Störung, abweichendes Verhalten eines Elternteils
 - Behinderung eines Elternteils
 - Behinderung der Geschwister
 - Andere
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. Abnorme Erziehungsbedingungen
 - Elterliche Überfürsorge
 - Unzureichende elterlich Aufsicht und Steuerung
 - Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
 - Unangemessene Forderungen und Nötigungen durch die Eltern
 - Andere
5. Abnorme unmittelbare Umgebung
 - Erziehung in einer Institution
 - Abweichende Elternsituation

- Isolierte Familie
 - Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
 - Andere
6. Akute, belastende Lebensereignisse
 - Verlust einer liebevollen Beziehung
 - Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
 - Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
 - Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
 - Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)
 - Unmittelbare beängstigende Erlebnisse
 - Andere
 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
 - Verfolgung oder Diskriminierung
 - Migration oder soziale Verpflanzung
 - Andere
 8. Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit
 - Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/ Mitarbeitern
 - Sündenbockzuweisung durch Lehrer/ Ausbilder
 - Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation
 - Andere
 9. Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes
 - Institutionelle Erziehung
 - Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
 - Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
 - Andere

Diese 9 Hauptgruppen enthalten 44 gleichwertige Einzel- Items eines jeden Patienten mit den Kodierungen 0,1 und 2.

Die maximale Summe der psychosozialen Belastung beträgt 88 Punkte. Es wurde eine Gesamt- Summe gebildet. Zur weiteren Berechnung wurde die Summe in drei Gruppen zusammengefasst.

24% (n=23) der Patienten waren mit 0-5 Punkten unauffällig, 34% (n=33) der Patienten mit 6-12 Punkten leicht auffällig und 27% (n=26) der Patienten mit 13-44 Punkten wurden als auffällig bezeichnet
 Von 14 Patienten fehlen die Werte, davon hatten 9 Patienten Einmalkontakte, 3 Patienten 2- 10 Termine und 1 Patient 11-20 Termine, von 1 Patienten fehlen die Angaben zu den Kontakten)

GARF- Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie

Die GARF- Skala (global assessment of family relationship functioning) wird zur Gesamtbeurteilung des Funktionsniveaus von Beziehungen einer Familie oder anderer laufender Beziehungen auf einem hypothetischen Kontinuum mit Werten von 0- 100, das von kompetentem, optimalen Funktionieren bis zu zerstörten, dysfunktionalen Beziehungen reicht, herangezogen. (Saß et al. 1996)

Die GARF- Skala (global assessment of family relationship function) ermöglicht eine Familie oder Beziehungseinheit in folgenden Bereichen einzuschätzen:

- *Problemlösen*: Fertigkeiten beim Bewältigen von Zielen, Regeln und alltäglichen Arbeiten; Anpassungsfähigkeit bei Stress; Kommunikationsfertigkeiten; Fähigkeiten zur Konfliktlösung.
- *Organisation*: Einhaltung interpersoneller Rollen und Subsystemgrenzen; hierarchisches Funktionieren; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.
- *Emotionales Klima*: Tonfall und Spielraum von Gefühlen; Qualität von Fürsorge, Empathie, Engagement und Bindung/ Verpflichtung; Teilen von Werten; gegenseitige affektive Verantwortlichkeit, Respekt und Rücksicht; Qualität sexuellen Funktionierens.

Es erfolgte eine Unterteilung in 3 Gruppen:

35% (n=34) der Patienten hatten eine funktionierende, 40% (n=38) der Patienten hatten eine deutlich dysfunktionale und 21% (n=20) der Patienten hatten eine gravierend dysfunktionale Beziehung in der Familie.

Von 4 Patienten fehlen die Daten, davon hatte 1 Patient Einmalkontakt, 1 Patient 2 Termine und von 2 Patienten liegen keine Angaben vor.

Tabelle 4 Familienbezogene Variablen

Familienbezogene Variablen			Anzahl der Patienten n=96	
Familiäre Situation	Familie vollständig		55	
	Familie unvollständig	Familie nicht vollständig	24	41
		Patient lebt alleine	3	
		Pflegefamilie	7	
		Heim	6	
Ehe/ eheähnliche Gemeinschaft	1			
Achse V: assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	unauffällig (0- 5 Punkte)		23	
	leicht auffällig (6- 12 Punkte)		33	
	auffällig (13-88 Punkte)		26	
	Fehlende Daten (davon hatten 9 Patienten Einmalkontakte, 3 Patienten 2- 10 Termine und 1 Patient 11-20 Termine, von 1 Patienten fehlen die Angaben zu den Kontakten)		14*	
GARF- Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie	funktionierende Beziehung (Werte von 100-61)	funktionierende Beziehung in der Familie (Werte von 100-81)	9	34
		leichte Störung der Beziehung in der Familie (Werte von 80-61)	25	
	Deutlich dysfunktionale Beziehung (Werte von 60-41)	Deutlich dysfunktionale Beziehung in der Familie (Werte von 60-41)	38	38
	Gravierend dysfunktionale Beziehung (Werte von 40-0)	selten zufrieden stellende Beziehung in der Familie (Werte von 40-21)	16	20
		dysfunktionale Beziehung in der Familie (Werte von 20-0)	4	
Fehlende Daten (davon hatte 1 Patient Einmalkontakt, 1 Patient 2 Termine und von 2 Patienten liegen keine Angaben vor)		4*		

*Sämtliche fehlende Daten gingen nicht in die weitere Berechnung mit ein.

3.2.1.4. Therapeutenbezogene Variablen

Beratungs- und Behandlungskontakte

Die Beratungs- bzw. Behandlungskontakte variierten von Einmaltermine bis hin zu 35 Kontakten und wurden in die fünf Gruppen *Einmaltermin*, *2 – 10 Termine*, *11 - 20 Termine*, *über 20 Termine* und *fehlende Daten* unterteilt. Im Durchschnitt ergaben sich $MW=8,29$ Termine mit einer $STD= 6,059$.

19% (n=18) der Patienten hatten Einmaltermine.

51% (n=49) der Patienten hatten 2-10 Termine.

26% (n=25) der Patienten hatten 11-20 Termine.

4% (n=4) der Patienten hatten über 20 Termine.

Behandlungsepisoden

Die Behandlungsepisoden variierten von der Einzelepisode bis zu sechs Episoden, die in die Gruppen *Einzelepisode*, *2 Episoden*, *3 Episoden*, *4 Episoden* und *6 Episoden* eingeteilt wurde.

Zur Auswertung wurden die Behandlungsepisoden in die drei Gruppen *Einzelepisode*, *2 Episoden* und *mehr als 2 Episoden* zusammengefasst.

74% (n=71) der Patienten hatten eine Einzelepisode.

17% (n=16) der Patienten hatten 2 Episoden.

9% (n=9) der Patienten hatten mehr als 2 Episoden.

Von den 18 Einmalterminen waren nur 12 korrekte Einzeltermine, da sie in der 1. Episode lagen.

4 Einzeltermine lagen in der 2. Episode und 2 Einzeltermine in der 3. Episode.

Von den 12 Einmalkontakten der 1. Episode erteilten 9 Patienten keinen Behandlungsauftrag.

Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik (aus Sicht des Therapeuten)

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik wurde zur Auswertung in 3 Gruppen eingeteilt.

9 von 24 Patienten mit **Einmalkontakt in der 1. Episode** erteilten aus Sicht des Therapeuten keinen Behandlungsauftrag.

Bei 29% (n=28) der Patienten war das Behandlungsergebnis nicht beurteilbar, bei 47% (n=45) der Patienten trat eine Besserung ein und bei 21% (n=23) der Patienten ist die Symptomatik gleich geblieben oder hat sich verschlechtert.

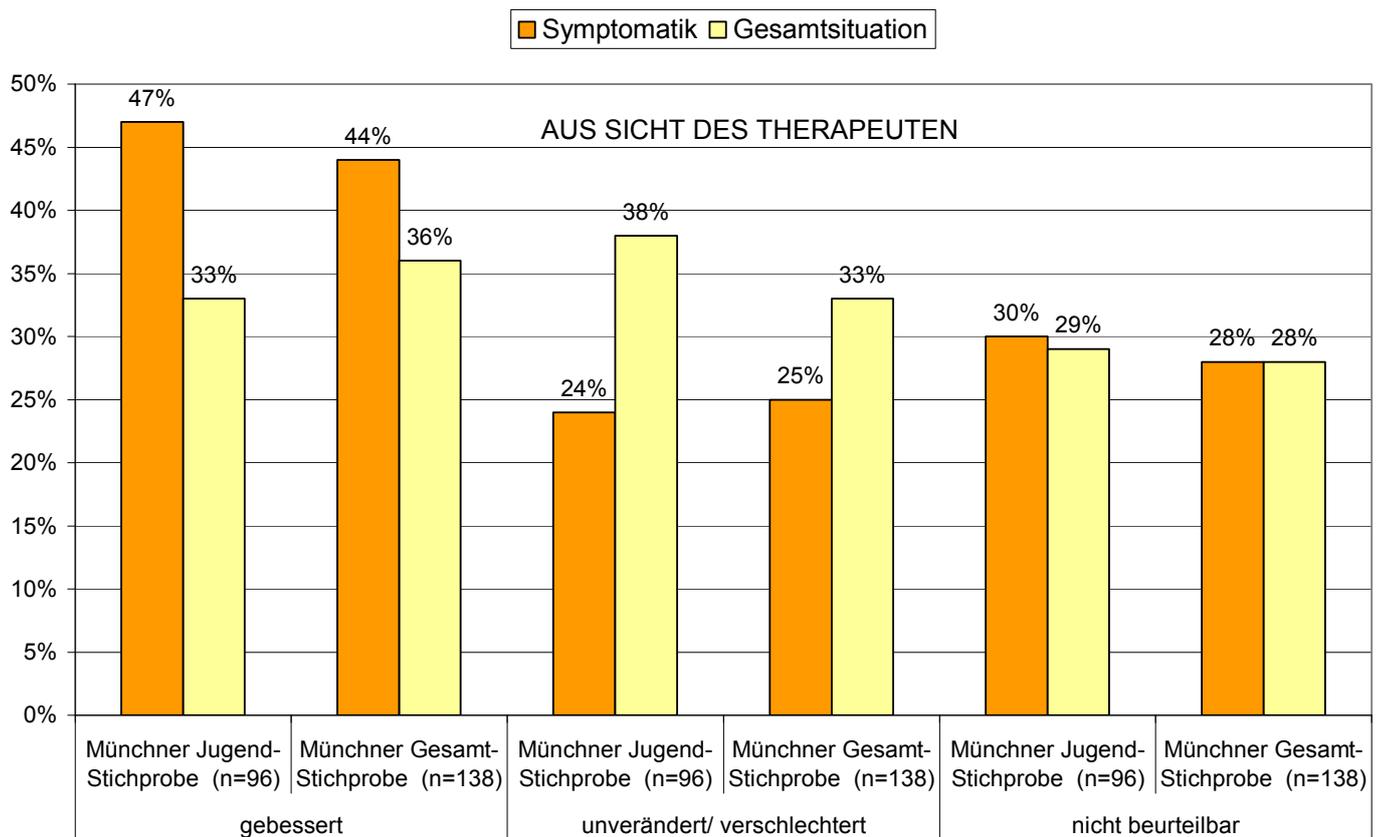
Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation (aus Sicht des Therapeuten)

Auch das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation wurde in 3 Gruppen eingeteilt.

9 von 24 Patienten mit **Einmalkontakt in der 1. Episode** erteilten aus Sicht des Therapeuten keinen Behandlungsauftrag.

Bei 29% (n=28) der Patienten war die Gesamtsituation nicht beurteilbar, bei 33% (n=32) der Patienten trat eine Besserung ein und bei 38% (n=36) der Patienten ist die Gesamtsituation gleich geblieben oder hat sich verschlechtert.

Abbildung 2 Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation in der Teil- Stichprobe der befragten Jugendlichen (n=96) und der Gesamt- Stichprobe (n=138)



Beim Vergleich der Münchner Jugend- Stichprobe mit der Gesamt- Stichprobe lassen sich die gleichen Tendenzen erkennen. Auffallend bei beiden Stichproben ist, dass sich die **Symptomatik** aus Sicht des Therapeuten gebessert hat, aber nicht im gleichen Maß eine Besserung der **Gesamtsituation** eintrat.

Tabelle 5 Therapeutenbezogene Variablen

Therapeutenbezogene Variablen				Anzahl der Patienten n=96			
Behandlungsepisoden	Einzelepisode				71		
	2 Episoden				16		
	mehr als 2 Episoden	3 Episoden		5	9		
		4 Episoden		2			
6 Episoden		2					
Termine MW=8,29 STD=6,059				Termine pro Episode			
	Einzeltermine	18			1. Episode	12	
					2. Episode	4	
					3. Episode	2	
	2-10 Termine	2 Termine	8	49	1. Episode	35	
		4 Termine	3		2. Episode	9	
		5 Termine	3				
		6 Termine	3		3. Episode	5	
		7 Termine	9				
		8 Termine	5				
		9 Termine	5				
	10 Termine	13					
	11- Termine	20	11 Termine	6	25	1. Episode	21
			12 Termine	5			
			13 Termine	3		2. Episode	2
			14 Termine	3			
			15 Termine	1			
			16 Termine	2		3. Episode	2
			17 Termine	3			
		18 Termine	2				
über Termine	20	21 Termine	3	4	1. Episode	3	
		35 Termine	1		2. Episode	1	
				3. Episode	-		
Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik (aus Sicht des Therapeuten)	gebessert	völlig gebessert		1	45		
		deutlich gebessert		11			
		etwas gebessert		33			
	unverändert/ verschlechtert	unverändert		22	23		
		verschlechtert		1			
	nicht beurteilbar	entfällt, kein Behandlungsauftrag		24	28		
nicht beurteilbar		4					
Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation (aus Sicht des Therapeuten)	gebessert	völlig gebessert		-	32		
		deutlich gebessert		10			
		etwas gebessert		22			
	unverändert/ verschlechtert	unverändert		33	36		
		verschlechtert		3			
	nicht beurteilbar	entfällt, kein Behandlungsauftrag		24	28		
nicht beurteilbar		4					

Zusammenhänge in der Ausgangsstichprobe (n=96)

Durch bivariate Verfahren mit Chi- Quadrat-Test wurden Zusammenhänge der Ausgangsstichprobe (n=96) in den Daten der Basisdokumentation geprüft. Signifikante Ergebnisse mit $p \geq 0,05$ lagen nicht vor. Auffällige Tendenzen werden im Folgenden dargestellt.

Tabelle 6 Diagnose und die Zusammenhänge

	Diagnose			
	Keine psychiatrische Diagnose	Internalisierenden Störungen	Externalisierende Störungen	Andere Störungen
Alter	Zwischen 11 und 18 Jahren	Nehmen mit steigendem Alter ab (über 11 J.)	Nehmen mit steigendem Alter zu (unter 11 J.)	
Geschlecht	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Familiäre Situation	Vollständige Familie	Vollständige Familie	Unvollständige Familie	Vollständige Familie
Achse V psychosoziale Umstände	Leicht auffällig	Unauffällig bis leicht auffällig	auffällig	unauffällig
Achse IV- soziale Beeinträchtigung	schwer	leicht	schwer	leicht
GARF- globales Funktionsniveau von Beziehungen in der Familie	Gute Beziehungen	Unbefriedigende Beziehungen	Schlechte Beziehungen	Gute Beziehungen

- *Unter 11 Jahren* sind Jungen, *zwischen 11 und 18 Jahren* tendenziell häufiger Mädchen in Behandlung.
 - *Mit steigendem Alter* nehmen die **internalisierenden Störungen zu** und die **externalisierenden Störungen ab**.
- Keine psychiatrische Diagnose** findet sich am häufigsten im Alter zwischen *11 und 18 Jahren*. In diesem Alter kommen vermehrt schulische Probleme zum Tragen.
- Tendenziell leiden mehr weibliche jugendliche Patienten an **internalisierenden Störungen**, während männliche Jugendliche tendenziell an **externalisierenden Störungen** leiden.
 - Jugendliche mit **externalisierenden Störungen** stammen tendenziell vermehrt aus unvollständigen Familien. Patienten **ohne psychiatrische Diagnose**, mit **internalisierenden** oder **anderen Störungen** leben in der Regel in vollständigen Familien.
 - Patienten **ohne psychiatrische Diagnose** und **anderen Störungen** hatten gute Beziehungen innerhalb der Familie. Patienten mit **internalisierenden Störungen** hatten unbefriedigende Beziehungen innerhalb der Familie und Patienten mit **externalisierenden Störungen** hatten schlechte Beziehungen innerhalb der Familie.
 - Am häufigsten haben Patienten mit **anderen Störungen** *unauffällige* psychosoziale Umstände. Patienten mit **internalisierenden Störungen** haben *unauffällige und leicht auffällige* psychosoziale Umstände. Patienten **ohne** psychiatrische Diagnose haben *leicht auffällige* psychosoziale Umstände. Patienten mit **externalisierenden Störungen** haben am häufigsten *auffällige* psychosoziale Umstände.
 - Patienten **ohne psychiatrische Diagnose** und mit **externalisierenden Störungen** hatten tendenziell eine schwere soziale Beeinträchtigung, Patienten mit **internalisierenden** und **anderen Störungen** hatten eine leichte soziale Beeinträchtigung.

Tabelle 7 Familiäre Situation und die Zusammenhänge

	Familiäre Situation	
	vollständig	unvollständig
Alter	unter 11 Jahren und über 18 Jahren	zwischen 11 und 18 Jahren
Geschlecht	weiblich	männlich
Schicht	Mittelschicht Oberschicht	Unterschicht
Schule	Grundschule Realschule Gymnasium	Sonderschule Sonderschulunabhängige Orientierungsstufe Hauptschule
GARF- Funktionsniveau von Beziehungen in der Familie	globales v Gute Beziehung	Unbefriedigende bis schlechte Beziehung

- Bei Patienten, die eine Sonderschule, Sonderschul- unabhängige Orientierungsstufe oder Hauptschule besuchen sind **unvollständige Familien** tendenziell häufiger. Bei Patienten, die die Grundschule, Realschule oder das Gymnasium besuchen sind die Familien in der Regel **vollständig**.
- Eine deutliche Tendenz ergab, in der Unterschicht befinden sich mehr Jugendliche aus **unvollständigen Familien** und in der Mittel- und Oberschicht mehr Jugendliche aus **vollständigen Familien**.
- Patienten aus **vollständigen Familien** haben tendenziell eine bessere Beziehung zu ihrer Familie, als Patienten aus **unvollständigen Familien**.
- *Unter 11 Jahren* und *über 18 Jahren* lebten die Patienten überwiegend in **vollständigen Familien**. Patienten *zwischen 11 und 18 Jahren* lebten überwiegend in **unvollständigen Familien**.
- In der Unter- bzw. Oberschicht befanden sich tendenziell mehr männliche Jugendliche, in der Mittelschicht mehr weibliche Jugendliche in Behandlung.

Eine Reihe von Variablen korrelieren miteinander. Das erschwert einzelne „erklärende“ Variablen herauszuarbeiten. Bei dieser geringen Stichprobengröße ist dies nicht möglich.

3.2.2. Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung

Der Marburger Fragebogen FBB von F. Mattejat und H. Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1998) besteht aus 20 Fragen mit einer fünfstufigen Likert- Skala von 0 bis 4.
(0 = überhaupt nicht, 1 = kaum, 2 = teilweise, 3 = überwiegend, 4 = ganz genau).

Gesamt- Zufriedenheit

Ergebnisqualität und Prozessqualität zusammen (alle 20 Fragen) ergaben die **Gesamt- Zufriedenheit** der Patienten mit der Behandlung.

Skalenbildung

Nach der Auswertungsvorschrift des Marburger Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) werden die 20 Fragen in Skalen zu Teil- Zufriedenheiten zusammenfasst (Tabelle 8 Skalenbildung: Teil-Zufriedenheiten), um zu den Qualitätsaspekten **Ergebnisqualität** und **Prozessqualität** aus der Sicht des Beurteilers Patient zu gelangen. (Mattejat und Remschmidt 1998)

Die Teil- Zufriedenheiten *Erfolg der Behandlung*, unterteilt in *Erfolg selbst* und *Erfolg Familienbeziehung*, und *Beziehung Patient- Therapeut* und *Rahmenbedingungen der Behandlung* werden als gemittelte Werte bestimmt. (Hinweis: Die genaue Umpolung und Skalierung ist der Handanweisung der FBB (Mattejat und Remschmidt 1998) zu entnehmen.)

Tabelle 8 Skalenbildung: Teil- Zufriedenheiten

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung			
Ergebnis- Qualität	Erfolg der Be- hand- lung	Erfolg selbst	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich.
			3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.
			18. Ich bin mit der Beratung zufrieden.
			20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert.
		Erfolg Familie	6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.
Prozess- Qualität	Beziehung Patient- Therapeut		2. Die Psychologin, der Arzt hatten Verständnis für meine Situation.
			7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.
			8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.
			9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.
			11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.
			15. Der Therapeut war mir sympathisch.
			19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus.
	Rahmen- bedingungen der Behandlung		4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden.
			5. Die Fragebögen waren mir lästig.
			10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich.
			12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt.
			13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm.
			14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.
			16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.
	17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden.		

Münchener Fragebogen

Für die **Münchener Studie** wurde diese Fassung des Fragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung übernommen und in der Fragenformulierung, nicht inhaltlich, der Situation einer Poliklinik **angepasst**.

Veränderungen an den Formulierungen, wie das Ersetzen von „Behandlung“ durch „Beratung“, wurden vorgenommen, da Patienten der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Ludwig- Maximilians- Universität in München häufiger Beratungsgespräche als Behandlungen in Anspruch nehmen.

Im weiteren Verlauf wird der Begriff *Behandlung* benutzt, um direkte Vergleiche mit den Marburger Ergebnissen ziehen zu können.

Außerdem wurde der Begriff „Therapeut“ konkretisiert, da bei den Beratungsgesprächen mit dem Patienten drei verschiedene Therapeuten, Arzt, Psychologe und Sozialpädagoge, involviert sind.

Am Ende des Fragebogens sind ergänzend zwei freie, konkret formulierte Fragen angefügt, die die Bereiche „Kritik und Anregungen“ und das momentane Befinden des Patienten mit „Wie geht es Dir jetzt?“ abfragen.

Die Formulierung der Fragen der Marburger und Münchener Fassung ist im Anhang gegenübergestellt.

3.2.3. Verhaltenseinschätzung durch Selbstbeurteilung des Patienten anhand des YSR (youth self report) (11- 18 Jahre) und YASR (young adult self report) (18- 30 Jahre)

Das dritte standardisierte Messinstrument ist der zeitgleich zum Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) erhobene **Fragebogen für Jugendliche (YSR / 11-18)** für die jugendlichen Patienten im Alter von **11-18 Jahre** und der **Fragebogen für Junge Erwachsene (YASR/ 18-30)** für die jungen Erwachsenen im Alter von **18- 30 Jahre**. (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993), (Achenbach 1997)

- Der Fragebogen über das Verhalten von **Jugendlichen (YSR / Youth self report)** (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993) ist eine deutsche Fassung der Youth Self- Report der Child Behavior Checklist (Achenbach und Edelbrock 1987) und erfasst bei Jugendlichen die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme.
- Der Fragebogen über das Verhalten von **jungen Erwachsenen (YASR / Young Adult Self-Report)** (Achenbach 1997) von Thomas M. Achenbach liegt ebenfalls in deutscher Übersetzung vor. (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1993)
Der Fragebogen erfasst bei jungen Erwachsenen, die von ihren Eltern getrennt leben, in eine weiterführende Ausbildung eingebunden sind oder eigene Berufe ausüben, und eventuell eigene Partnerschaften haben, ihre Vorlieben, Gefühle, Gedanken, emotionale Probleme und die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenzen.

Die Fragebögen über das Verhalten von Jugendlichen (YSR) und die Fragebögen über das Verhalten junger Erwachsener (YASR) haben sich in der klinischen Routine- Diagnostik als ein sehr nützliches Instrument, erwiesen, um ein breites Spektrum der psychischen Auffälligkeiten von Jugendlichen bzw. junger Erwachsener aus deren eigener Perspektive zu erfassen. Sie bestehen aus zwei Teilen:

Im *ersten Teil* beider Fragebögen werden **Kompetenzen** erfragt, der *zweite Teil* besteht aus 119 Items, in denen **Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten** und **körperliche Beschwerden** sowie **sozial erwünschte Verhaltensweisen** beschrieben werden.

- Der **Fragebogen für Jugendliche (YSR)** ist im ersten Teil mit dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen der deutschsprachigen Fassung des Child Behavior Checklist für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren weitgehend identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 alle Items des Elternfragebogens übernommen. Die nicht übernommenen Items, die zur Selbstbeurteilung durch Jugendliche nicht geeignet sind, wurden durch Items ersetzt, die positive, sozial erwünschte Verhaltensweisen beschreiben. Damit soll den Jugendlichen die Gelegenheit gegeben werden, nicht nur Verhaltensprobleme, sondern auch positive Eigenschaften zu berichten. Diese Items werden jedoch in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt. Die Formulierung der Items ist möglichst einfach gehalten, so dass sie auch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geringem Bildungsniveau beantwortet werden können.
- Beim **YASR** werden im ersten Teil Fragen nach Beziehungen zu Freunden, Familie und bestehenden Partnerschaften, sowie nach Ausbildung und Beruf gestellt. Im zweiten Teil wird zusätzlich gezielt nach der Höhe des Konsums für Tabak, Alkohol und Drogen der letzten 6 Monate gefragt (Achenbach 1997).

Da sich die *Kompetenzskalen* in deutschsprachigen Analysen nicht als hinreichend konsistent erwiesen haben (Döpfner et al. 1995), wurde nur die übergeordneten Skalen zur Erfassung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (YASR) herangezogen.

Übergeordnete Skalen

20 Items sind keiner Skala zugeordnet und gehen zusammen mit den anderen Items in den 101 Items umfassenden **Gesamtwert für Problemverhalten** ein.

Alle Items, die **Internalisierende** bzw. **Externalisierende Störungen** (Döpfner et al. 1994) beschreiben, werden zu gleichnamigen Skalen zweiter Ordnung zusammengefasst. (Sourander 2005)

Für die drei übergeordneten Skalen **Gesamtwert**, **Internalisierende Störungen** und **Externalisierende Störungen** wurde ein T- Wert von ≥ 63 als klinisch auffällig eingestuft. Zur besseren Darstellung durch Datenverdichtung in der Auswertung wurde in vier Gruppen unterteilt:

- klinisch unauffällig mit dem T- Wert von 0 – 19
 - weitgehend klinisch unauffällig mit dem T- Wert von 20-39
 - subklinisch unauffällig mit dem T- Wert von 40-62
 - klinisch auffällig mit dem T- Wert über 63
-
- Beim **YSR** werden acht Skalen in drei Gruppen zusammengefasst, den **internalisierenden Störungen**, den **externalisierenden Störungen** und den **gemischten Störungen**, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zugeordnet werden können.
 - Die Gruppe der **Internalisierenden Störungen** setzt sich beim YSR aus den drei Skalen *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden* und *Angst / Depressivität* zusammen.
 - Die Gruppe der **Externalisierenden Störungen** des YSR umfassen die Skalen *Delinquentes Verhalten* und *Aggressives Verhalten*.
 - Zur Gruppe der **gemischten Störungen** des YSR zählen die Skalen *Soziale Probleme*, *Schizoid / zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsstörungen*.
 - Beim **YASR** werden zur Zusammenfassung nur die Skalen *internalisierende Störungen* und *Externalisierende Störungen* unterschieden.
 - Die Gruppe der *Internalisierenden Störungen* setzt sich beim YASR aus den zwei Skalen *Sozialer Rückzug* und *Angst / Depressivität* zusammen.
 - Die Gruppe der *Externalisierenden Störungen* des YASR umfassen die Skalen *Delinquentes Verhalten*, *Aggressives Verhalten* und *Intrusives Verhalten*. Die letzten 3 Skalen *Körperliche Beschwerden*, *Schizoid / zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsstörungen* haben keine übergeordnete Gruppe und gehen nur in die Gesamtbewertung ein.

Syndrom- Skalen

Bei den *Syndrom- Skalen* (Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Angst, Soziale Probleme, Zwang, Aufmerksamkeitsstörungen, delinquentes Verhalten, Aggressives Verhalten und intrusives Verhalten) werden Ausprägungen mit einem normierten T- Wert ≥ 67 als klinisch auffällig eingeschätzt (Huizink 2006). Unter einem T- Wert von 67 gilt der Patient als klinisch unauffällig.

Gütekriterien

Eine Orientierung an der amerikanischen Normierung ist zulässig, da die meisten Analysen im deutschsprachigen Raum auf relativ geringfügige Abweichungen von den amerikanischen Werten hinweisen. Soweit Abweichungen ermittelt wurden, liegen die deutschen Werte meist unter den amerikanischen, so dass die Auffälligkeit eher unter- als überschätzt wird.

Die Mehrzahl der Syndromskalen hat sich in deutschsprachigen Analysen als hinreichend **konsistent** erwiesen. Die Konsistenzen der Skalen *Sozialer Rückzug*, *Soziale Probleme* (bei Jungen) und *Schizoid/ zwanghaft* sind allerdings für die Individualdiagnostik unzureichend. Hohe Ausprägungen auf den Syndromskalen sollten als Anhaltspunkt dafür dienen, die einzelnen Items zu inspizieren und gegebenenfalls den Jugendlichen gezielt weiter zu explorieren. Die Skala *Soziale Probleme* gibt es nur im YSR und nicht im YASR. Andererseits besteht im YASR eine Skala *Intrusives Verhalten*, die im YSR nicht vorhanden ist.

Döpfner, Berner & Lehmkuhl führten eine faktorielle **Validitätsprüfung** anhand einer Klinikstichprobe durch, die die Skalenbildung insgesamt als gut beurteilt. Mit Ausnahme der Skala *Sozialer Rückzug* und der Zusatzskala *Autoaggression/ Identitätsprobleme* lassen sich für alle Syndromskalen entsprechende Faktoren nachweisen. (Döpfner et al. 1995)

3.3. Auswertungskonzept

3.3.1. Zufriedenheit

- Prüfung auf Verzerrung anhand fehlender Daten beim Antwortverhalten durch **Chi- Quadrat-Test nach Pearson**.
- **Deskriptive Darstellung** der Einzel- Fragen zur Beurteilung der Zufriedenheit mit der Behandlung
- Beschreibung der Gesamtzufriedenheit
- **Skalenbildung** der Teil- Zufriedenheiten zur weiteren Auswertung mit gemittelten dichotomisierten Werten.

3.3.2. Entwicklungsverlauf

- **Deskriptive Darstellung** des YSR- Verhaltensfragebogen nach Achenbach
Die Syndromskalen wurden nach ihrer Häufigkeit und ihren Mittelwerten mit Standardabweichungen dargestellt. Bei allen Syndromskalen lag der niedrigste T- Wert bei 48. Die Skalen wurden in 4 Gruppen unterteilt:
 - klinisch unauffällig mit dem T- Wert von 0 – 19
 - weitgehend klinisch unauffällig mit dem T- Wert von 20-39
 - subklinisch unauffällig mit dem T- Wert von 40-66
 - klinisch auffällig mit dem T- Wert über 67Mögliche Zusammenhänge zwischen den übergeordneten Skalen und den Syndrom- Skalen und der Zufriedenheit mit der Behandlung wurden geprüft.
- Prüfung des Einflusses der Variablen auf die Verhaltensauffälligkeiten anhand **Chi- Quadrat-Test nach Pearson**
- Vergleich des aktuellen YSR- Verhaltensfragebogen nach Achenbach 2002 mit dem CBCL- Verhaltensfragebogen für die Eltern nach Achenbach 1999- 2000
- Bestimmung der **Effektstärke**
„... Eine Effektstärke stellt eine an der Merkmalsstreuung relativierte Differenz zwischen 2 Gruppen hinsichtlich eines Merkmals dar. Effektstärken werden berechnet aus dem Quotienten der Differenz der Gruppenmittelwerte und den gemittelten Standardabweichungen: $(MW1 - MW2) / ((STD1 + STD2) / 2)$. Auf der Grundlage einer solchen Berechnung können nach Cohen (1988) Effektstärken bis 0,2 als unbedeutend, Effektstärken von 0,21- 0,50 als gering, 0,51-0,80 als mittel und $> 0,80$ als bedeutend bewertet werden“ (Schmeck 2003).

3.3.3. Berechnung der Gütekriterien

3.3.3.1. Reliabilität

Bestimmung der *Reliabilität* (Wirtz und Caspar 2002a), gemessen als Maß der inneren Konsistenz, auch als **Cronbachs Alpha** bekannt. Die Innere Konsistenz gibt an, welcher Anteil der Varianz der wahren Merkmalsausprägung durch die tatsächlich gemessenen Testergebnisse aufgeklärt werden kann. Hätte ein Test einen Cronbachs Alpha von 1, so könnten die wahren Merkmalsausprägungen aus den Testergebnissen fehlerfrei vorhergesagt werden (Wirtz und Caspar 2002b).

3.3.3.2. Validität

Explorativer Ansatz - Modellbildung durch Faktorenanalyse

Das Ziel war eine Datenverdichtung zur Verkleinerung der Anzahl an Variablen und zur Klärung der Zugehörigkeit der Fragen zu übergeordneten Faktoren und zur **Überprüfung der Skalenzusammenfassung**.

In einem **explorativen Ansatz** wurden durch **Hauptkomponentenanalyse** mit anschließender Rotation per Varimax- Methode anhand des Screeplot unterschiedliche **Faktorenlösungen** ermittelt. Die Faktorenlösungen mit 3,4 und 5 Faktoren wurden untereinander verglichen, um einen Überblick über die „Abwanderung“ einzelner Items zu unterschiedlichen Faktoren und über die Stabilität dieser Items zu den Faktoren zu erhalten. (Bühl und Zöfel 2000d).

Die **Faktorenanalyse** ist ein Verfahren, das eine größere Anzahl von Variablen anhand der gegebenen Fälle auf eine kleinere Anzahl unabhängiger Einflussgrößen, Faktoren genannt, die gleiche oder ähnliche Merkmale aufweisen, zusammenfasst. Dabei werden diejenigen Variablen, die untereinander stark korrelieren, zu einem Faktor zusammengefasst. Variablen aus verschiedenen Faktoren korrelieren untereinander gering.

Die Faktoren sind rein abstrakte Größen. Die Anzahl der zu berücksichtigenden Faktoren kann man anhand eines *Screeplots* bestimmen. Screeplot bedeutet „Graphische Darstellung eines Geröllhangs“. Dieser Screeplot trennt unbedeutende Faktoren, das „Geröll“ mit geringem Anstieg, von bedeutsamen Faktoren, dem Hang mit starkem Anstieg. (Bühl und Zöfel 2000d)

Die gebräuchlichste Methode der Faktorenanalyse ist die Hauptkomponentenanalyse. Diese ist ein statistisches Verfahren zur Analyse normal verteilter Merkmale und wird als Verfahren zum Erkennen einer ordnenden Struktur hinter den zahlreichen Variablen, die die Fragebogenitems darstellen, herangezogen. Zur Überprüfung der Normalverteilung als Voraussetzung wurde der P-P-Normalverteilungsplot mittels SPSS vorgeschaltet.

Aus einer Vielzahl möglicher Variablen werden die voneinander unabhängigen Einflussfaktoren herauskristallisiert. Eine Interpretationshilfe ist die Faktorladung, die eine Maßgröße für den Zusammenhang zwischen Variable und Faktor darstellt. Die einzelnen Faktoren werden rechnerisch aus den Variablen ermittelt. „*Jeder Beobachtungswert einer Ausgangsvariablen x oder der standardisierten Variable z lässt sich als eine Linearkombination mehrerer (hypothetischer) Faktoren beschreiben*“ (Backhaus et al. 1996)

Die Formel der Faktorenanalyse lautet: $x = a_1m \cdot p_1v + a_2m \cdot p_2$ usw., wobei:

a = Faktorladung des Faktors; a_m = Faktorladung des Faktors mit dem Merkmal; p = Faktor und p_v = Faktor im Hinblick auf die Variable v entspricht. Mit Worten ausgedrückt bedeutet die Formel: Der *standardisierter Beobachtungswert* ergibt sich aus der *Faktorladung des Faktors 1 eines Merkmals* multipliziert mit dem *Faktor 1 einer Variablen* summiert mit der *Faktorladung des Faktors 2 eines Merkmals* multipliziert mit dem *Faktor 2 einer Variablen* usw.

Ziel der Faktorenanalyse ist es, solche Faktoren zu ermitteln, welche die beobachteten Zusammenhänge zwischen den gegebenen Variablen möglichst vollständig erklären.

Es ergeben sich die **Original- Version** nach Skaleneinteilung anhand des Marburger Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB), die **Münchener Version** nach Einteilung anhand der Faktorenanalyse und die **Münchener Kernfragen** mit den 10 stabilsten Fragen über die 5-, 4- und 3-Faktorenanalyse. Die Münchener Kernfragen werden deskriptiv dargestellt, aber nicht in weiteren Berechnung verwandt.

Die 7 Fragen, die in der Marburger Original- Version und der Münchener Version in allen Faktorenanalysen übereinstimmten und sich dadurch als in sich stabil erwiesen werden zu der **Münchener Kurzversion** zusammengefasst. Diese Version wird zu weiteren Berechnungen verwandt.

Konfirmatorischer Ansatz - Replikationsuntersuchung

Ein Vergleich zweier annähernd identischer Vorgehensweisen mit ähnlichem Ergebnis prüft die Validität des Fragebogens. (Bullinger et al. 2004)

Mit weiteren Ergebnissen der Studien von Hirschberg und Peiser in Hildesheim als Gruppentherapie-Patienten einer ambulanten Praxis (Hirschberg und Peiser 2006), von Elkemann in Münster als psychosomatische Konsiliar-Patienten einer Kinderklinik (Elkemann 2006) und von Bredel als stationäre Patienten der Klinik in Heidelberg (Bredel et al. 2004) wurden die Daten deskriptiv verglichen.

3.3.4. Einflussvariablen der Zufriedenheit

3.3.4.1. Bivariate Verfahren

Variablen aus der Basisdokumentation und dem YSR- Verhaltensfragebogen wurden hinsichtlich ihrer **Einflüsse auf die Zufriedenheit** mit Hilfe des **Chi- Quadrat- Tests nach Pearson** (Bühl und Zöfel 2000a) **bivariat** geprüft. Als Irrtumswahrscheinlichkeit wurde eine Grenze von $p < 0,05$ gesetzt.

Wegen des explorativen Ansatzes wurde auf die alpha- Adjustierung bei multipler Testung verzichtet.

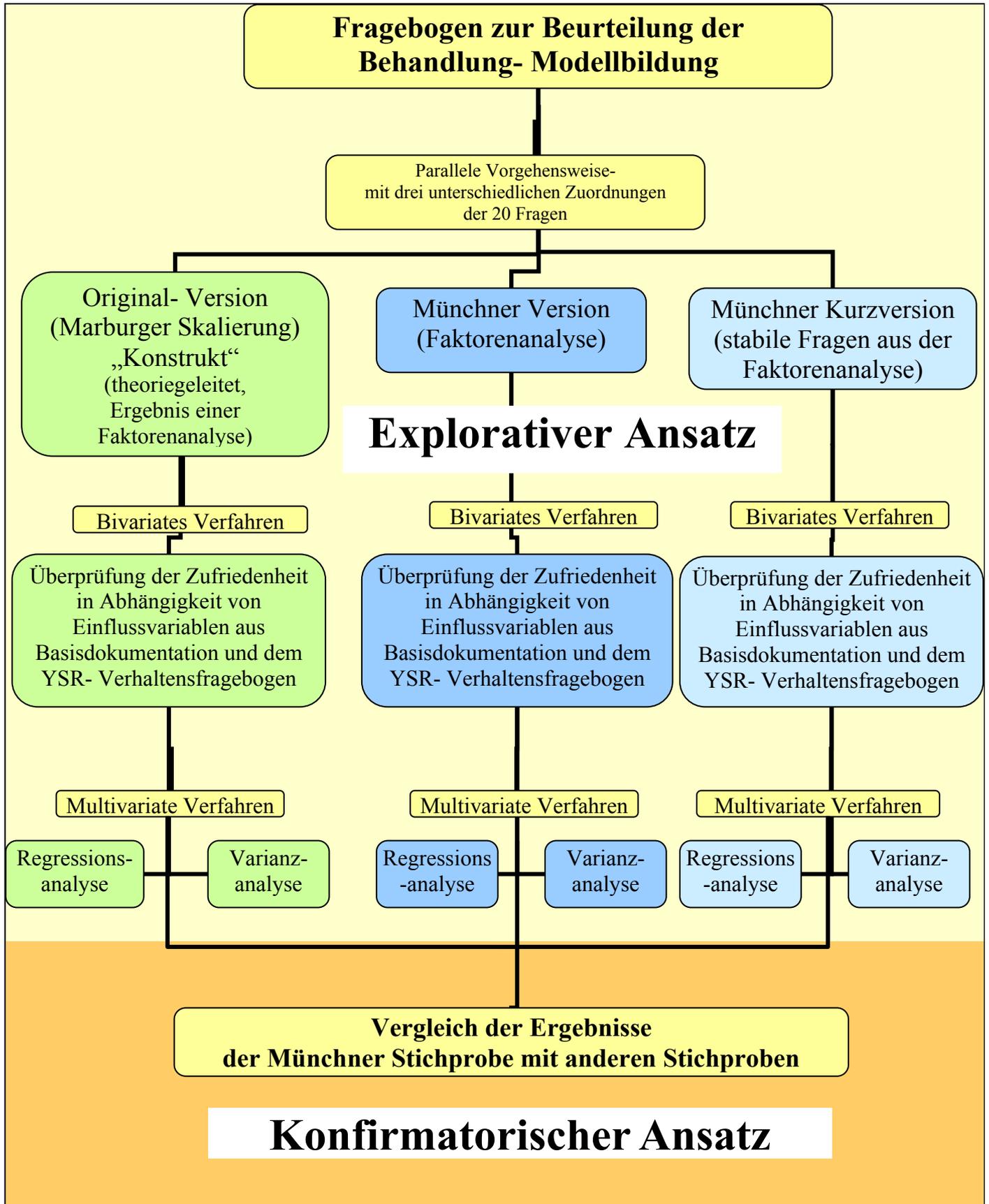
3.3.4.2. Multivariate Verfahren

Zum Überprüfen des Gewichts der Einflussvariablen wurden als **multivariate Verfahren** die Regressionsanalyse und die Varianzanalyse herangezogen.

Die **Regressionsanalyse** bildet eines der flexibelsten und am häufigsten eingesetzten statistischen Analyseverfahren. (Bokhoven 2005; Ende 2005) Dieses Verfahren beschreibt die Art des Zusammenhanges einer abhängigen und einer oder mehrerer unabhängigen Variablen. Insbesondere wird die Regressionsanalyse zum Erkennen und Erklären der Zusammenhänge unterschiedlicher Variablen eingesetzt. Es gibt die Möglichkeit den Wert einer abhängigen Variablen aus den Werten anderer unabhängiger Variablen hervorzusagen.(Bühl und Zöfel 2000c). Hier wurde die einfache lineare Regression mit Hilfe des Statistik- Programms SPSS Version 9 aus mehreren Formen der Regressionsanalyse ausgewählt und verwandt, bei der die Variablen intervall- oder ordinalskaliert sein müssen. Der standardisierten Beta- Koeffizienten der zugehörigen Regressionsgleichung gibt die Wichtigkeit der aufgenommenen unabhängigen Variable an und ist somit Ausdruck der Richtung und Stärke des Zusammenhangs zwischen den einzelnen unabhängigen und der jeweiligen abhängigen Variable. Als Prüfgröße wird T benannt, die aus dem Quotienten des berechneten Beta- Koeffizienten und dem zugehörigen Standardfehler entsteht. Das Maß für die Güte der Anpassung durch die Regressionsgerade wird R^2 genannt und ergibt sich aus dem **erklärten Teil der Varianz** und der **Gesamtvarianz**. F stellt eine Prüfgröße als Absicherung gegen Null dar. Die Kriterien der Schrittweisen Regression mit F-Wahrscheinlichkeit mit Aufnahme von 0,05 und Ausschluss von 0,10 wurden nicht erfüllt. Daher wurde die Einschluss- Methode verwendet.

Die **multivariate Varianzanalyse** untersucht gleichzeitig den Einfluss von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf mehrere abhängige Variable. Die Grundlage des allgemeinen linearen Modells ist die Regressionsrechnung. Die unabhängigen Variablen oder feste Faktoren sind in diesem Fall die einzelnen Bereiche der Zufriedenheit. In unserem Beispiel sind die Einflussvariablen die abhängigen Variablen, die von der Zufriedenheit, der unabhängigen Variablen abhängig sind. Die Methode basiert auf einer **Zerlegung der Gesamtvarianz** aller auftretenden Werte in eine **Varianz innerhalb der Gruppen und eine Varianz zwischen den Gruppen.**(Bühl und Zöfel 2000b). R^2 entspricht dem Maß für die Güte der Anpassung und ergibt sich aus dem **erklärten Teil der Varianz** und der Gesamtvarianz. F stellt eine Prüfgröße als Absicherung gegen Null dar.

Abbildung 3 Teil 2: Güte des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung



4. ERGEBNISSE

4.1. Datenerhebung

Alle 96 jugendlichen Patienten erhielten einen *Fragebogen zur Zufriedenheit*, sowie einen *Verhaltensfragebogen für Jugendliche (YSR/ 11-18)* von 11-18 Jahre bzw. *für junge Erwachsene (YASR/ 18-30)* im Alter von 18- 30 Jahre mit Rückantwort- Brief zugesandt.

- Am 15.05.02 fand die 1. Aussendung der Fragebögen statt.
- Für die Nicht- Antworter gab es noch zwei weitere Aussendungen am 14.06.02 und am 12.07.02.

Die drei Anschreiben waren in unterschiedlichen Farben gekennzeichnet, um den zeitlichen Rücklauf besser dokumentieren zu können.

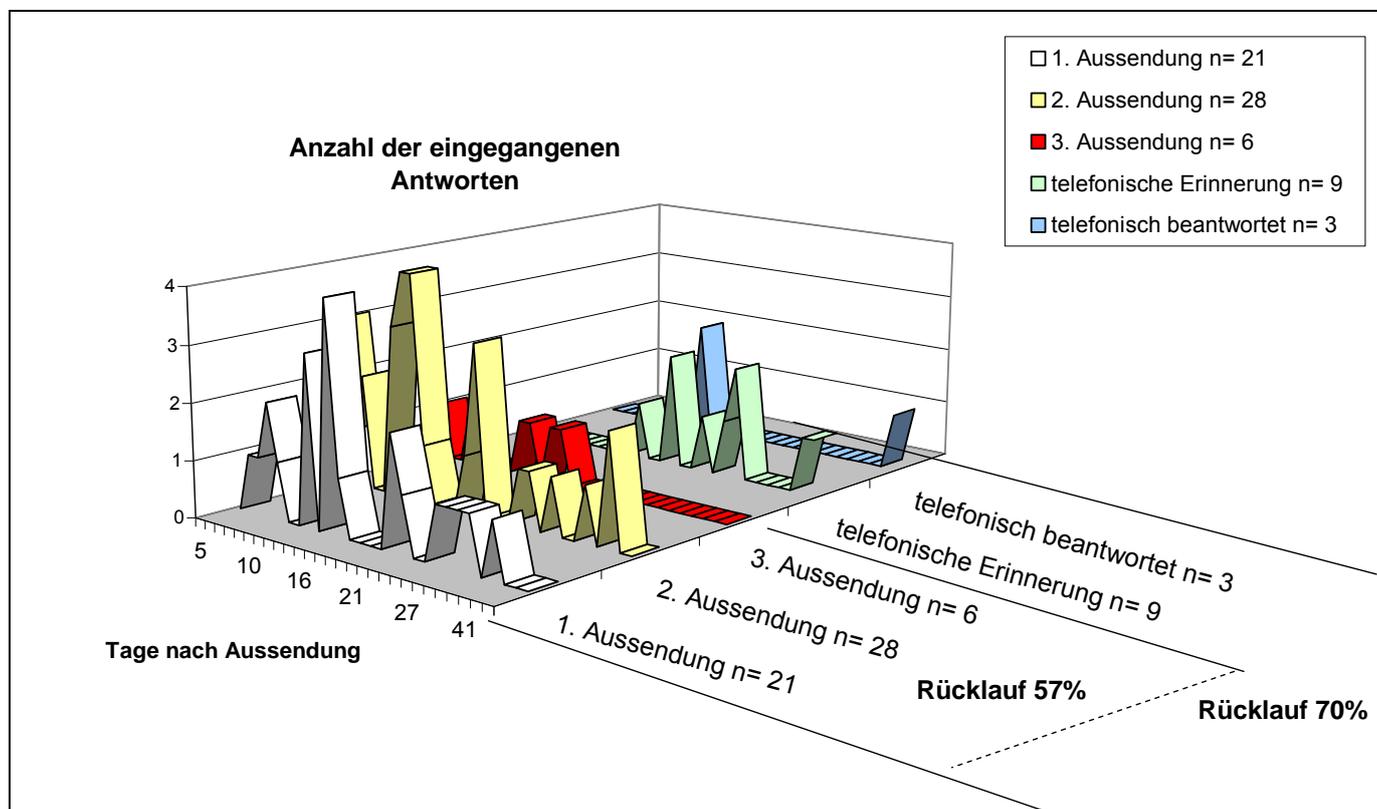
- 13 Patienten, die auf die 3. Aussendung nicht geantwortet hatten wurden daraufhin telefonisch kontaktiert.

Alle Daten, die bis 30.10.02 eingegangen waren, werden im Folgenden ausgewertet.

4.1.1. Antwortverhalten

Das Antwortverhalten der Jugendlichen oder jungen Erwachsenen lässt sich am besten anhand der Antwortwellen der drei Aussendungen darstellen.

Abbildung 4 Antwortverhalten



Die meisten Rückantworten gingen in allen drei Aussendungen zwischen dem 10. und 23. Tag nach Aussendung ein. Die meisten Antworten n=28 kamen nach der 2. Aussendung zurück, gefolgt von n=21 nach der 1. Aussendung. Nach der 3. Aussendung antworteten nur noch 6 Jugendliche. Die Rücklauf-Rate der insgesamt 96 Fragebögen lag nach drei Aussendungen bei 57,3%.

Durch die anschließende Telefonaktion wurden 3 Fragebögen telefonisch und 9 Fragebögen nach telefonischer Erinnerung beantwortet. Bei den verbleibenden Patienten genügte bei 23 Patienten 1 Anruf den Fragebogen zu beantworten, bei vier gab es 2 Anrufe, bei jeweils einem Patienten 5, 9 und 10 Anrufe.

Die Rücklauf-Rate konnte insgesamt auf 70 % erhöht werden.

Schwierigkeiten bei der Fragebogen- und Telefonaktion ergaben sich dadurch, dass

- einige Patienten unbekannt verzogen waren und die neue Adresse trotz Anfrage beim Einwohnermeldeamt und der Telefonauskunft nicht in Erfahrung gebracht werden konnte.
- Bei anderen jugendlichen Patienten wurde trotz dreier Anschreiben und Hinterlassen einer Nachricht auf dem Anrufbeantworter nicht reagiert.

Telefonisch erfragte Gründe, nicht antworten zu wollen, waren:

- Der Fragebogen wurde von den Eltern nicht an Jugendlichen weitergegeben, da diese nicht mehr an frühere Beratungen bzw. Behandlungen erinnert werden sollten.
- Der Fragebogen wurden wegen Verdrängung, Frustration bzw. „Damit –abgeschlossen– haben“ nicht ausgefüllt.
- Patienten gaben an, wegen Schulaufgaben oder Umzug oder anderem im „Stress“ zu sein oder keine Zeit zu haben und versprachen teilweise, den Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt auszufüllen.
- Manche Patienten konnten sich nach dieser Zeit nicht mehr genau an diese Beratung erinnern, da sie zwischenzeitlich zu viele andere Stellen durchlaufen hatten.
- Der Fragebogen wurde nicht ausgefüllt, da der Patient bereits an anderen Stellen mit etlichen Fragebögen überhäuft wurde.
- Familie fühlte sich durch Nachfrage stark belästigt oder konnte wegen eines Termins keine Fragen beantworten.

Als *Gesamteindruck zur Telefonaktion* ist zu sagen, dass

- die Gesprächspartner bis auf zwei Ausnahmen sehr freundlich und kooperativ waren.
- Einige beantworteten den Fragebogen am Telefon, die anderen reichten ihn nach.

Alle jugendlichen Patienten, die schriftlich oder telefonisch geantwortet haben wurden als Antworter bezeichnet.

Die 21 Patienten, die erreichbar waren und nicht geantwortet haben, wurden *Nicht- Antworter* genannt. Die nicht erreichbaren 8 Patienten fielen ebenfalls unter *Nicht- Antworter*.

4.1.2. Prüfung auf Verzerrung - Fehlende Daten

Ein besonderes Augenmerk gilt den „fehlenden Daten“ (Calvin und Douglas 2005)

Anhand der Ausgangsdaten in der **Basisdokumentation** können mögliche Verzerrungen (Bias) bei den Antworten geprüft werden.

Tabelle 9 Antwortverhalten (n= 96)

Antwortverhalten (n=96)						
		Gesamt (n=96)	Ant- worter	Nicht- Ant- worter	Nicht- Ant- worter in %	p≥0,05
Alter bei Befragung	11-18 Jahre	67	45	22	33	n.s.
	über 18 Jahre	24	22	7	24	
Einflussvariablen						
Personenbezogene Variablen						
Geschlecht	männlich	59	39	20	34	n.s.
	weiblich	37	28	9	24	
Alter bei Therapiebeginn	unter 11 Jahren	15	9	6	40	n.s.
	11-18 Jahre	73	52	21	29	
	über 18 Jahre	8	6	2	25	
Nationalität	deutsch	85	62	23	27	n.s. p=0,062
	andere	11	5	6	55	
Schichtgruppen	Unterschicht	14	7	7	50	n.s.
	Mittelschicht	53	39	14	26	
	Oberschicht	29	21	8	28	
Schule	Grundschule	26	19	7	27	n.s.
	Haupt/Real/Berufsschule	31	20	11	35	
	Gymnasium/Universität	21	17	4	19	
	Sonderschule	10	5	5	50	
Erste Achse: Diagnose	Keine psychiatrische Diagnose	14	11	3	25	n.s.
	Internalisierende Störungen	38	29	9	23	
	Externalisierende Störungen	31	18	13	43	
	Andere Störungen	13	9	4	27	
Zweite Achse: Entwicklungs- Störungen	ohne Entwicklungsstörungen	84	57	27	32	n.s.
	mit Entwicklungsstörungen	12	10	2	17	
Dritte Achse: Intelligenz	normal bis hoch	72	53	19	26	n.s.
	niedrig	13	9	4	31	
Vierte Achse: Körperliche Symptomatik	keine körperliche Symptomatik	75	55	20	27	n.s.
	körperliche Symptomatik	5	3	2	40	
Sechste Achse: Globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung	leichte soziale Beeinträchtigung	28	25	3	11	p=0,030
	deutliche soziale Beeinträchtigung	52	33	19	37	
	schwere soziale Beeinträchtigung	9	5	4	44	

Antwortverhalten (n=96)						
		Gesamt (n=96)	Ant- worter	Nicht- Ant- worter	Nicht- Ant- worter in %	p≥0,05
Familienbezogene Variablen						
Familiäre Situation	Familie vollständig	55	34	21	38	p=0,049
	Familie nicht vollständig	41	33	8	20	
Achse fünf: Psychosoziale Umstände	unauffällig	23	18	5	22	p=0,044
	leicht auffällig	33	27	6	18	
	auffällig	26	14	12	46	
Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (Garf- Skala)	gute Beziehungen	34	28	6	18	n.s.
	unbefriedigende Beziehungen	38	24	14	37	
	schlechte Beziehungen	20	12	8	40	
Therapeutenbezogene Variablen						
Behandlungs-Ergebnis bzgl. der Symptomatik	kein Behandlungsauftrag	24	13	11	46	p=0,010
	gebessert	45	38	7	16	
	unverändert oder verschlechtert	23	13	10	43	
Behandlungs-Ergebnis bzgl. der Gesamtsituation	kein Behandlungsauftrag	24	13	11	46	p=0,005
	gebessert	32	29	3	9	
	unverändert oder verschlechtert	36	22	14	39	
Kontakte	Einzeltermin	18	9	9	50	n.s. p=0,055
	2-10 Termine	49	33	16	33	
	11-20 Termine	25	21	4	16	
	über 20 Termine	4	4	-	-	
Episoden	1 Episoden	71	49	22	31	n.s.
	2 Episoden	16	12	4	25	
	mehr als 2 Episoden	9	6	3	33	

* Die Differenz gegenüber Gesamt (n= 96) und der Summe aus Antwortern und Nicht- Antwortern entsteht durch unvollständig ausgefüllte Fragebögen oder fehlende Daten der Basisdokumentation.

Einflussvariablen des Antwortverhaltens

Aufgrund der geringen Stichprobengröße bei multiplen Vergleichen können folgende Einflüsse nur als Tendenz gewertet werden:

- Patienten mit einer nicht deutschen Nationalität antworten tendenziell seltener als Patienten deutscher Nationalität ($p=0,062$).
- Patienten mit einem Einzelkontakt antworten tendenziell seltener. Je öfter der Kontakt, desto höher die Antwortquote ($p=0,055$).
- Patienten aus unvollständigen Familien antworten deutlich mehr, als Patienten aus vollständigen Familien ($p=0,049$).
- Patienten aus Familien, bei denen nur geringen Belastungen vorliegen, antworten häufiger, als Patienten, die deutlicher Belastungen aufweisen ($p=0,044$).
- Patienten, bei denen die psychosoziale Anpassung nur leicht beeinträchtigt ist, antworten häufiger, als Patienten, bei denen eine deutliche oder schwere Beeinträchtigung vorliegt ($p=0,030$).
- Patienten, bei denen sich das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik gebessert hat, haben häufiger geantwortet. Patienten, bei denen das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik gleich bleibend war oder sich gar verschlechtert hat, oder bei Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilt hatten, haben jeweils die Hälfte geantwortet ($p=0,010$).
- Patienten, bei denen sich das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation gebessert hat, haben fast vollzählig geantwortet. Patienten, bei denen das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation gleich bleibend war oder sich gar verschlechtert hat, antworteten zwei Drittel. Bei Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilt hatten, hat die Hälfte geantwortet ($p=0,005$).

Geringe Antwortrate bei Patienten mit:

- **nicht** deutscher Nationalität
- **Einmalkontakten**
- **schwerwiegender** Problematik

Fehlende Daten des Fragebogens (n= 67)

Innerhalb der ausgefüllten Fragebögen blieben einzelne Fragen unbeantwortet.

Tabelle 10 **Unbeantwortete Einzelfragen**

Unbeantwortete Einzelfragen		Anzahl
13.	Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm	15*
20.	Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert	7
6.	Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung	5
12.	Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt	5
17.	Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden	5
11.	Ich konnte offen über meine Probleme reden	4
14.	Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert	4
15.	Der Therapeut war mir sympathisch	4
5.	Die Fragebögen waren mir lästig	3
8.	Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen	3
9.	Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden	3
10.	Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich	3
16.	Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde	3
18.	Ich bin mit der Beratung zufrieden	3
19.	Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus	3
1.	Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich	2
4.	Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten	2
2.	Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für mich	1
3.	Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen	1
7.	Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner	0

* davon wurden bei 9 Patienten keine Videoaufnahme durchgeführt

Je persönlicher und problembezogener die Fragen waren, desto seltener wurden sie beantwortet.

4.1.3. Deskriptive Darstellung der Antworten auf die freien Fragen

Die frei formulierten Antworten der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen sind wörtlich wiedergegeben.

Kritik und Anregungen:

Zu Kritik und Anregungen gab es 24 Kommentare, die in positive und negative Erfahrung und in Bekenntnisse oder Ängste aufgeteilt werden konnten.

Positive Erfahrung mit der Poliklinik:

- Keine Kritik.
- Beratung war gut.
- Die Beratung ist gut gelaufen.
- Die Behandlung hat mich aufgefangen. Der Therapeut, zu dem ich vermittelt wurde, konnte mir überhaupt nicht helfen. Aber Dr. Frank hat uns dann bezüglich der stationären Aufnahme geholfen. Das war positiv!
- Bei einem anderen Problem wie Selbstunsicherheit oder Minderwertigkeitskomplex würde ich wieder zum Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen.
- Herzlichen Dank, Sie haben mir neue Lebensperspektiven aufgezeigt, nach denen ich jetzt verfähre.

Negative Erfahrung der Befragung:

Kritik der Zeitdifferenz von bis zu drei Jahren nach Ende der Therapie:

- Die Untersuchung ist drei Jahre her, deshalb stört mich, dass der Fragebogen erst jetzt kommt.
- Keine Ahnung, habe zu viele Beratungsstellen hinter mir, kann mich nicht erinnern, ist zu lange her.
- Ich kann mich nicht mehr an die Beratung erinnern.
- Zu lange her, möchte nichts mehr damit zu tun haben.
- Meine Beratung war sehr lange her und ich weiß nicht mehr alles, aber Beratungen finde ich lästig wenn ich nicht aus eigenem Interesse heraus komme.

Kritik der äußeren Umstände:

- Ich hätte mir mehr Holz in den Behandlungszimmern gewünscht, da es die Atmosphäre entspannt.
- Die Räume sind sehr nüchtern und erwecken nicht viel Vertrauen.
- Termine bei schlechtem Wetter machen, nicht bei 30° Hitze.

Kritik an der Therapie oder den behandelnden Personen:

- Ich habe den Fragebogen nicht ausgefüllt, weil die Untersuchungen nichts gebracht haben.
- Ich hätte mir eine längere Therapie gewünscht.
- Videoaufzeichnungen waren unangenehm, Tests lästig.
- Konflikte und Probleme muss man mit sich selber lösen, Psychologen sind fremde Personen.
- Ich hätte mir mehr Ideen für meine Zukunft gewünscht.
- Der Psychiater verstand meine Probleme nicht, machte mich eher lächerlich. Ich war danach tot, fertig und hatte Hass auf ihn. Ich wollte nie wieder hin.

- Das Institut ist unprofessionell, ich kann sie nicht weiterempfehlen. Ärztliches Beratungsgespräch war grauenhaft. Eine unprofessionelle Diagnosestellung, weil Dr. Frank mich nicht richtig kannte.
- Es hat mich geärgert, dass 5-6 Menschen bei der Beratung waren, ich wollte eine Einzeltherapie. Ich habe Probleme vor so vielen Menschen von meinen Problemen zu sprechen, erst recht nicht wenn eine sagt: "Warum lachst Du, hörst du Stimmen?"

Bekenntnisse und Ängste

- Ich habe den Ernst der Lage verschwiegen, deshalb hatte ich keine Behandlung zum Zeitpunkt der Beratung. Nach Zuspitzung der Problematik habe ich eine Therapie in einer anderen Einrichtung gemacht.
 - Bitte behandeln Sie meine Angaben vertraulich!
-

Wie geht es dir jetzt?

Auf die Frage nach dem derzeitigen Befinden antworteten 42 Patienten.

Die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem *Erfolg der Behandlung* steht im Vordergrund. Es folgen *Erfolg der Familiensituation* und *Akzeptanz der Krankheit*.

Der Erfolg der Behandlung war sehr gut:

- Sehr gut
- Mir geht es jetzt viel besser, ich habe überhaupt keine Probleme mehr.
- Mir ging es noch nie besser!
- Ich bin sehr zufrieden, wie ich gerade lebe mit der Schule, der Freizeit und den Hobbys.
- Sehr gut, bin zufrieden, da ich eine Ausbildungsstelle und Führerschein und einen festen Freund habe.
- Sehr gut. Keine Probleme mehr.
- Prima, mein Freund hat mir sehr geholfen, ich habe eine Lehre im Altenheim gemacht, wir haben eine kleine Tochter.

Der Erfolg der Behandlung war gut:

- gut
- Ganz gut.
- Momentan geht es mir besser.
- Besser, ich habe jetzt nicht mehr so große Angst.
- Mir geht es besser als davor.
- Eigentlich ganz gut. Die Probleme sind zwar noch immer da und sie belasten mich auch, ich denke, dass ich noch etwas Zeit brauche.
- Momentan fühle ich mich gut. Die Probleme wegen denen ich bei Ihnen war, sind jetzt nahezu vollständig weg.
- Ich fühle mich gut, blicke zuversichtlich in die Zukunft.
- Mir geht es gut.
- Mir geht es auf Grund der ambulanten Betreuung viel besser!
- Besser.

- "gut", aber nicht wesentlich besser als damals.
- Ein paar Dinge haben sich gebessert, aber ich bin noch nicht stabil. Ich habe mich sehr positiv verändert, versuche meine Träume zu verfolgen. Ich möchte Gesang und Schauspiel machen.
- Besser als vorher. Ich fühle mich selbstbewusster als vorher.
- Meine Probleme haben sich wesentlich gebessert, ich bin selbstbewusster und nicht mehr depressiv. Ich denke nicht mehr so viel über Essen und meine Figur nach.
- Danke, gut!
- Mir geht es gut und "ganz normal"!
- Gut, guter Hoffnung, dass ich meine Ausbildung bestehen werde. Gesundheit ist gut. Herzlichen Dank!

Der Erfolg der Behandlung war befriedigend:

- Gleich.
- So, wie vorher.
- Befriedigend.

Der Erfolg der Behandlung war nicht gut:

- Nicht gut.
- Nicht so besonders. Ich habe immer noch ziemlich viele Probleme, Sorgen, Ängste.
- Nächtliche Alpträume. Immer noch Probleme in Mathe, aber irgendwie durchgekommen.
- Die Anerkennung meiner Lese- Rechtschreibschwäche hat mir nichts eingebracht außer den „Dummtexten“ meiner Lehrer.
- Nicht gut.

Erfolg der Familiensituation:

- Die familiäre Situation hat sich gebessert.
- Ich fühle mich wohl bei der Pflegefamilie.
- Ich fühle mich gut, weil sich die Situation mit den Eltern gebessert hat.
- Die Familiensituation hat sich nicht geändert, habe aber vermehrt Freundschaften geschlossen.

Akzeptanz der Krankheit:

- Die psychosomatische Klinik für Erwachsene ist hilfreich. Die Suizidalität hat abgenommen, ich nehme noch starke Medikamente. Bin froh, noch nicht aufgegeben zu haben.
- Ich habe mir alles alleine und selbst erarbeitet, darauf bin ich stolz.
- Ich akzeptiere jetzt meine Hyperaktivität. Durch Ritalin ist meine Konzentration besser.
- Ich bin erneut zur Beratung in der Poliklinik.
- Ich weiß nicht, muss jetzt arbeiten. Mal schauen was die nächsten Tage mit sich bringen.

Freie Fragen n=67			
Kritik und Anregungen n=28 Antwortrate 42%			
Positive Erfahrungen mit der Poliklinik (n=9)			32%
Negative Erfahrungen (n=19)	Verhältnis zum Therapeuten (n=9)	32%	68%
	Zeitdifferenz bis 3 Jahre nach Therapie-Ende (n=5)	18%	
	Rahmenbedingungen (n=3)	11%	
	Ängste (n=2)	7%	
Wie geht es dir jetzt? n=49 Antwortrate 73%			
Erfolg der Behandlung (n=40)	Sehr gut (n=8)	16%*	82%
	Gut (n=23)	47%*	
	Befriedigend (n=4)	8%*	
	Nicht gut (n=5)	10%*	
Erfolg Familie (n=4)			8%
Akzeptanz der Krankheit (n=5)			10%

*Rundungsfehler auf 82%

4 Patienten, die mit dem **Erfolg der Behandlung** nicht zufrieden waren hatten neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F4), 1 Patient hatte eine Störung des Sozialverhaltens (F91)

4.2. Zufriedenheit

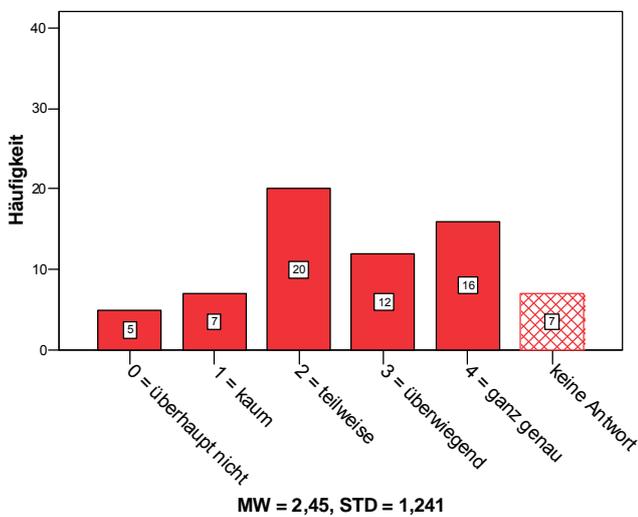
4.2.1. Einzelfragen (n=67) des FBB (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung)

Keine Antwort bedeutet, dass diese Frage nicht beantwortet wurde.
Im Mittelwerte- Vergleich wurden diese nicht berücksichtigt.

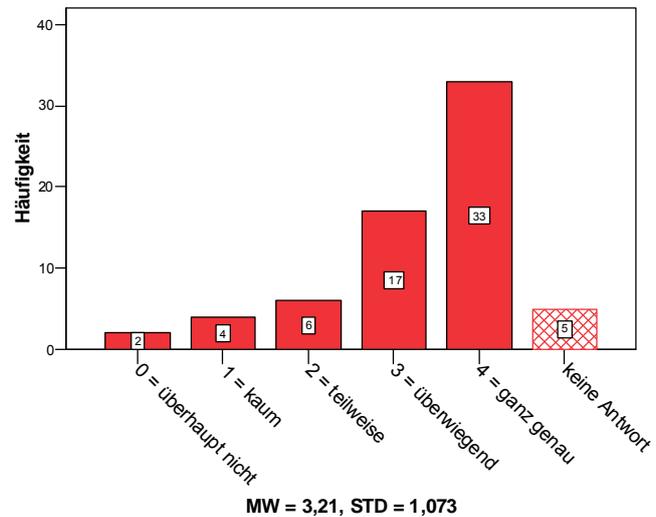
In der Abbildung sind für jedes Item die Verteilung prozentual und absolut, sowie Mittelwert und Standardabweichung angegeben (siehe 3.3.1).

Abbildung 5 Einzelitems

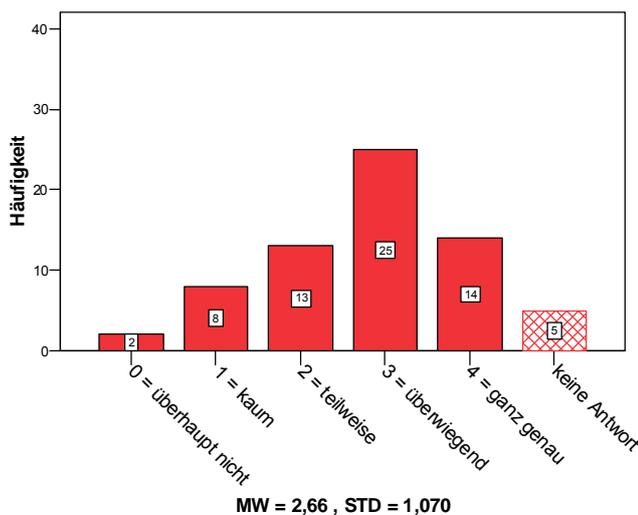
1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich



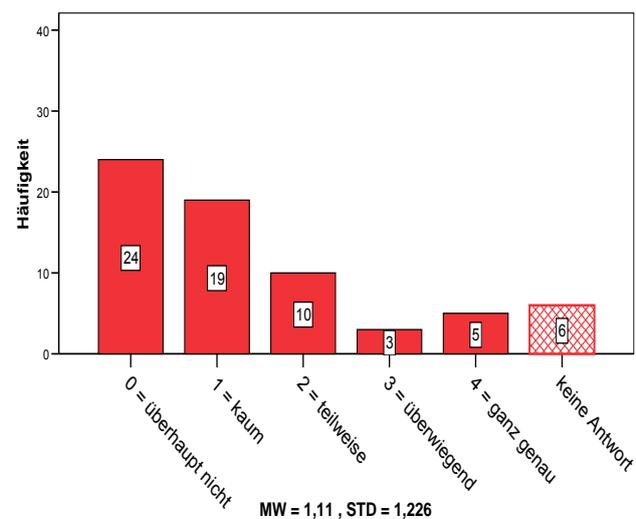
2. Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für mich



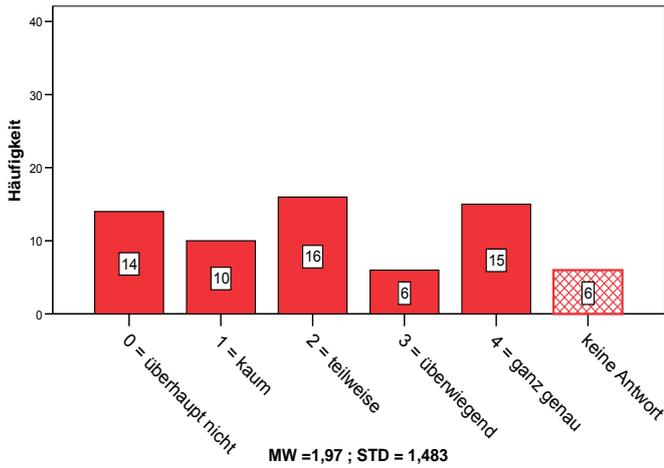
3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen



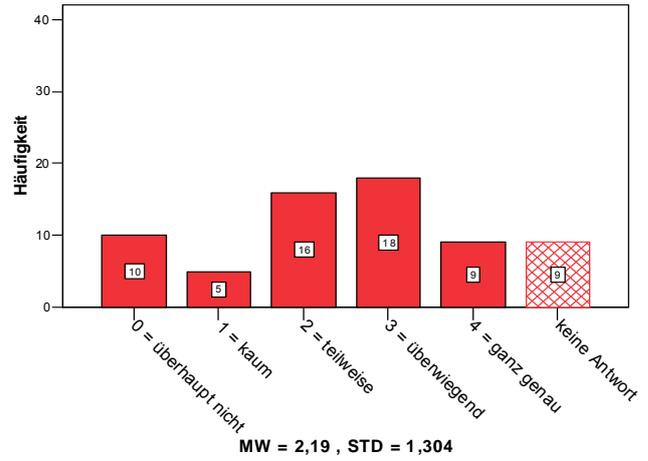
4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten



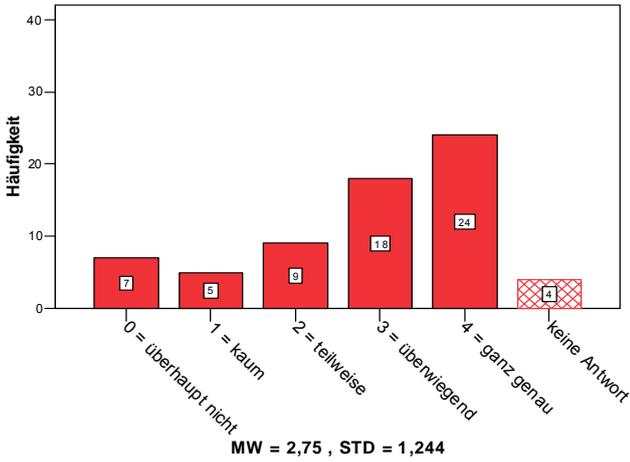
5. Die Fragebögen waren mir lästig



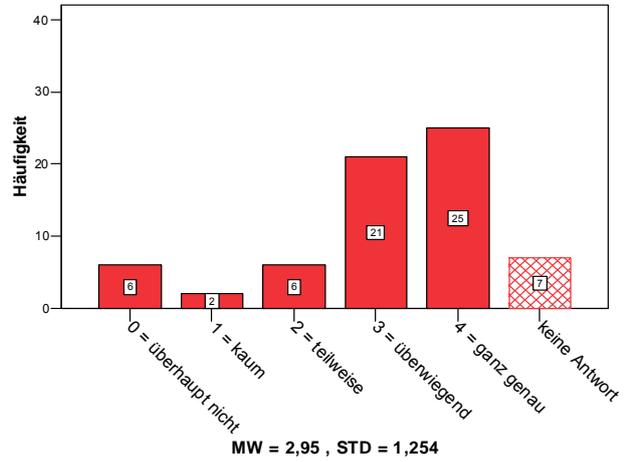
6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung



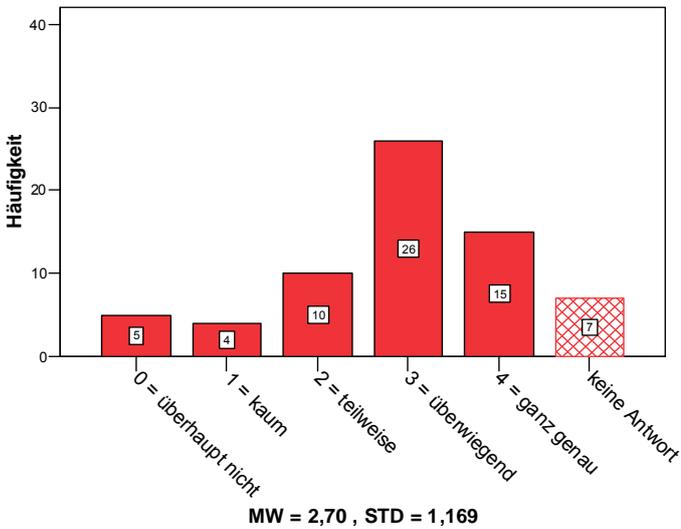
7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner



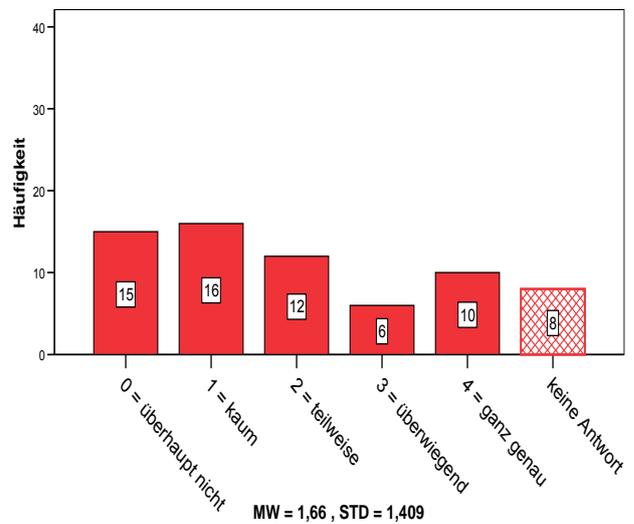
8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen



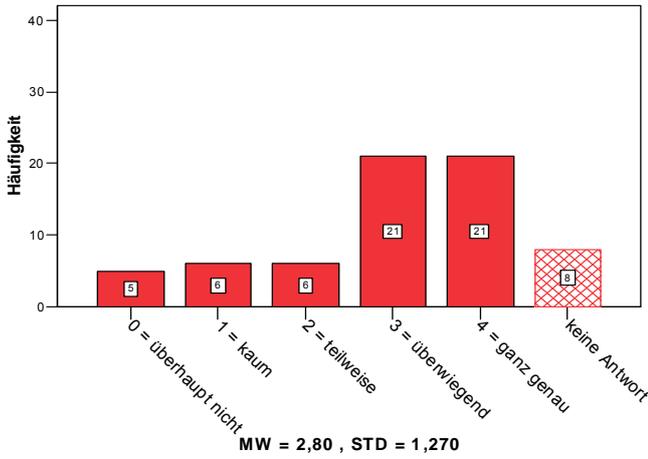
9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden



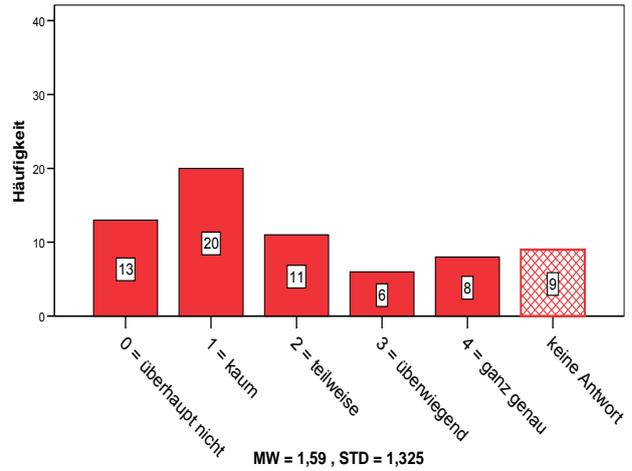
10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich



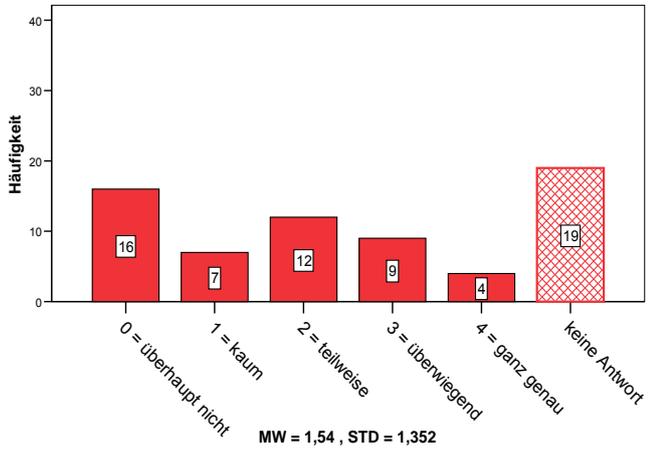
11. Ich konnte offen über meine Probleme reden



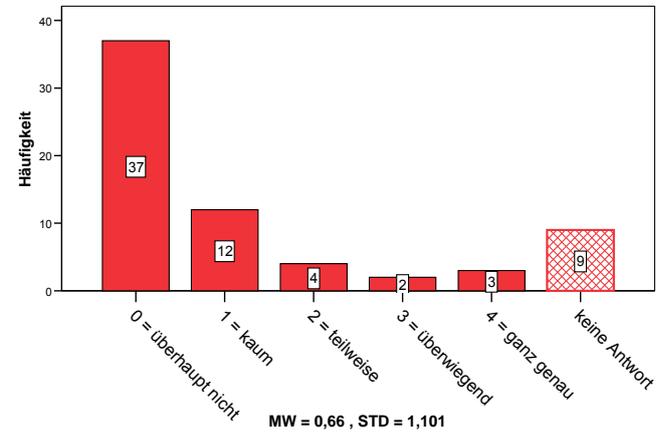
12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufriedengestellt



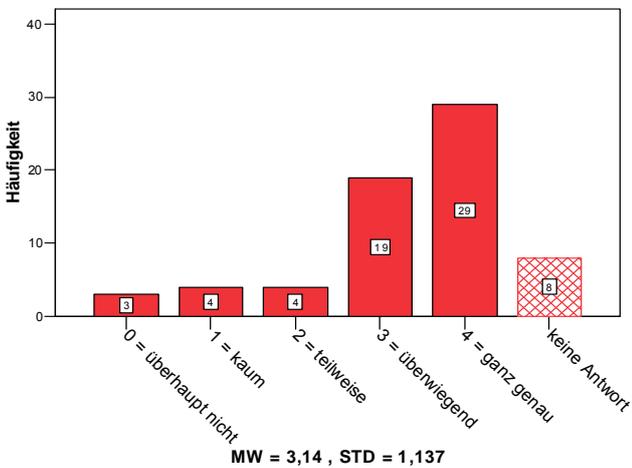
13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm



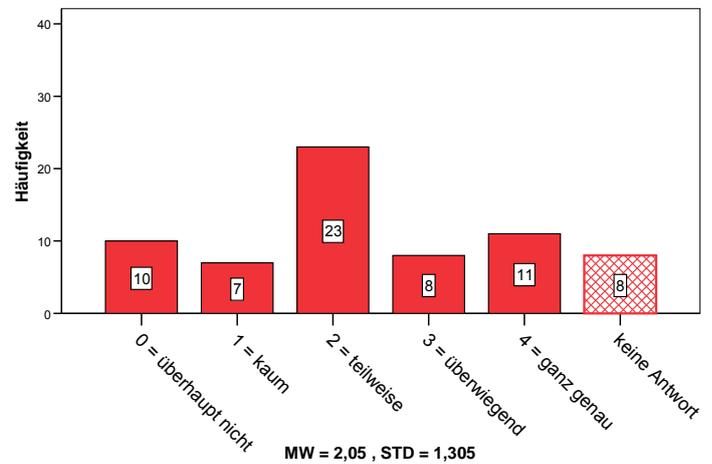
14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert



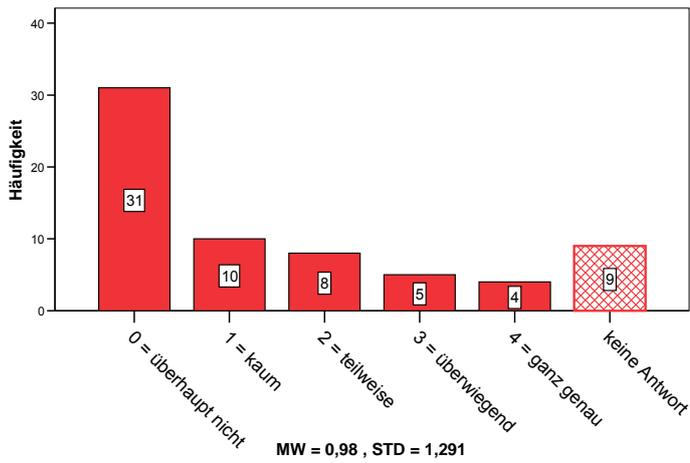
15. Der Therapeut war mir sympathisch



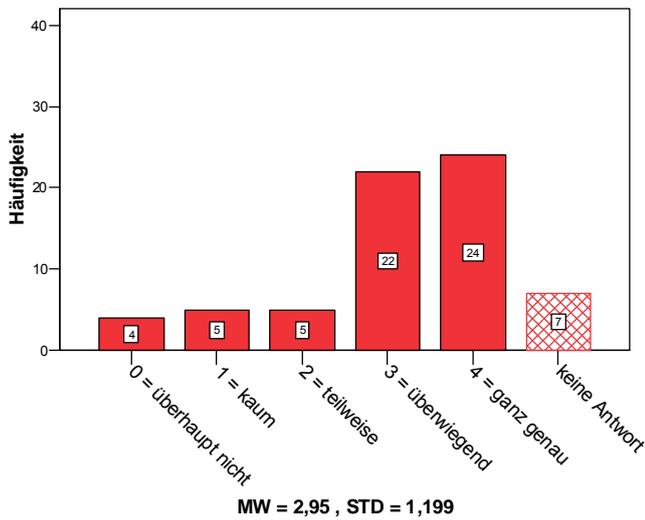
16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde



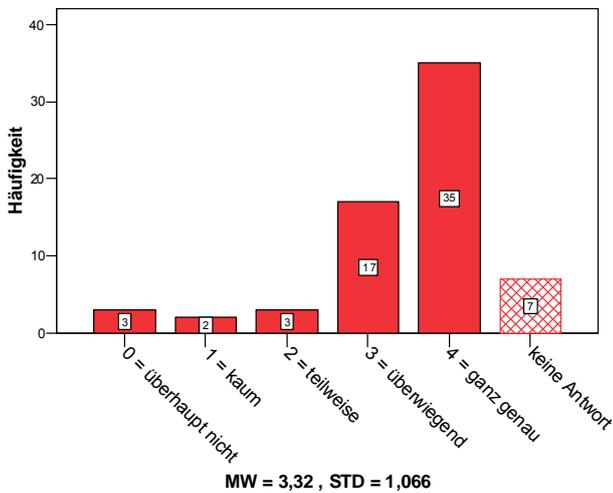
17. Ich machte mir Sorgen dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden



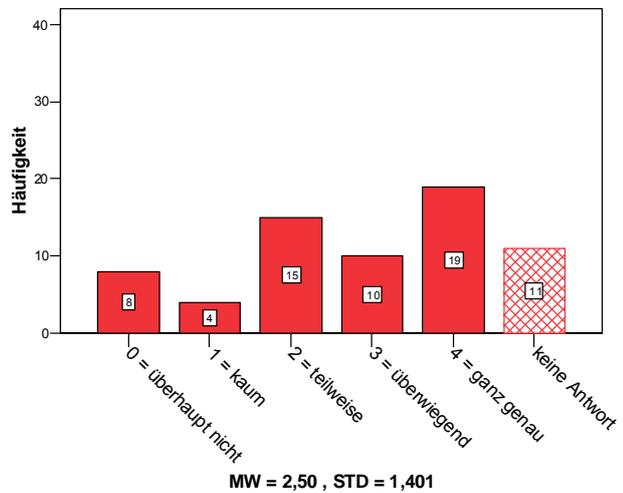
18. Ich bin mit der Beratung zufrieden



19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus



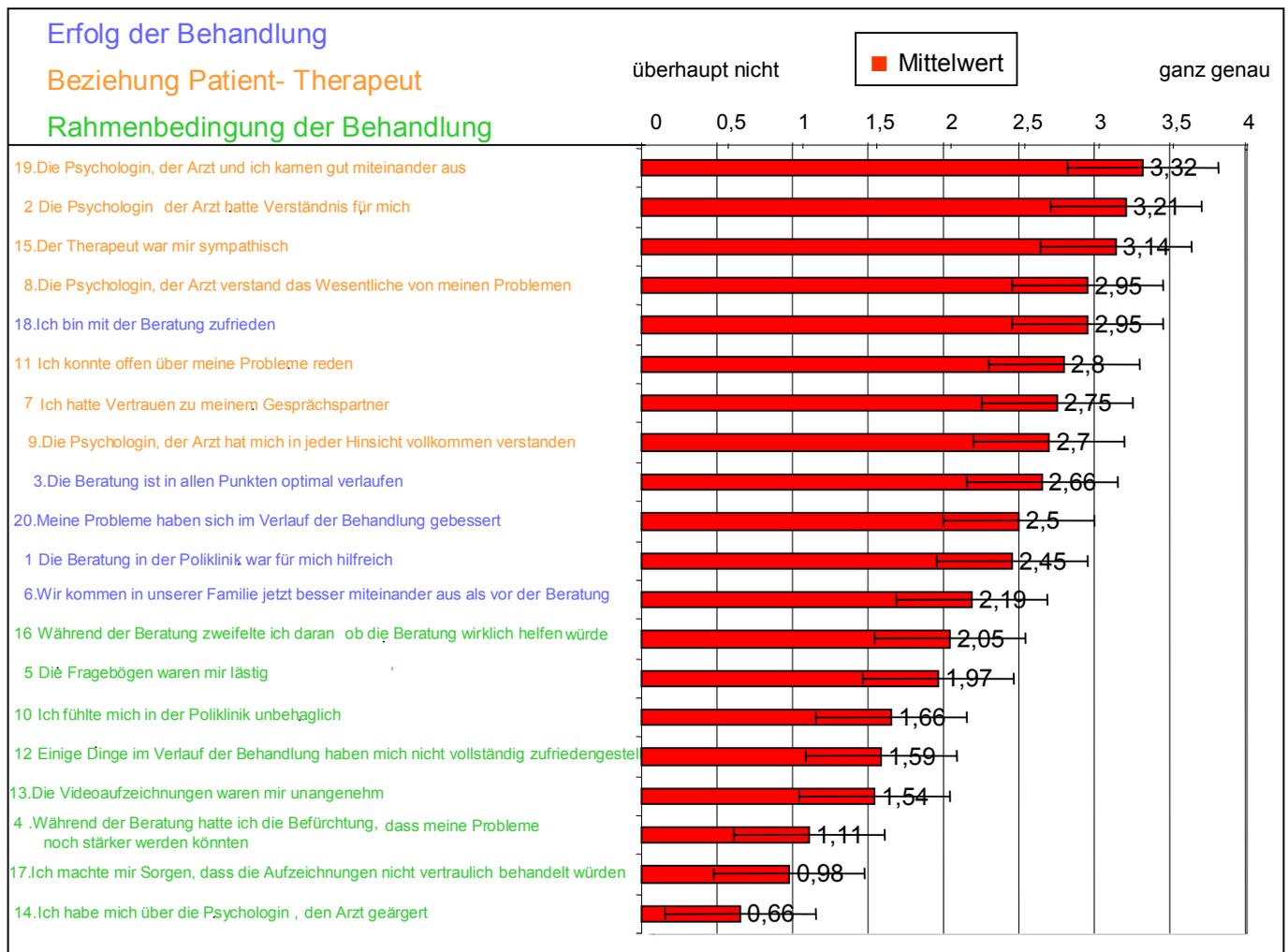
20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert



Die Mittelwerte lagen zwischen $MW = 0,66$ mit der Frage 14. „Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert“ und $MW = 3,32$ mit der Frage 19. „Die Psychologin der Arzt und ich kamen gut miteinander aus“. Die Wichtigkeit einer guten Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt wird sowohl in der negativen als auch der positiven Formulierung deutlich.
Die Streuung lag zwischen $STD = 1,07$ und $STD = 1,40$. Man kann die Streuung innerhalb und zwischen den Items vergleichen (=Cronbachs α).

Abbildung 6 Rangreihe der Einzelfragen

Nachfolgend sind die Fragen in einer Rangreihe dargestellt.



Anhand der Rangreihe der Fragen erkennt man deutlich den hohen Stellenwert, den die Beziehung Patient- Therapeut in der Zufriedenheit der Patienten einnimmt.

Die Beziehung Patient Therapeut liegt in der Bewertung deutlich höher als der Erfolg der Behandlung.

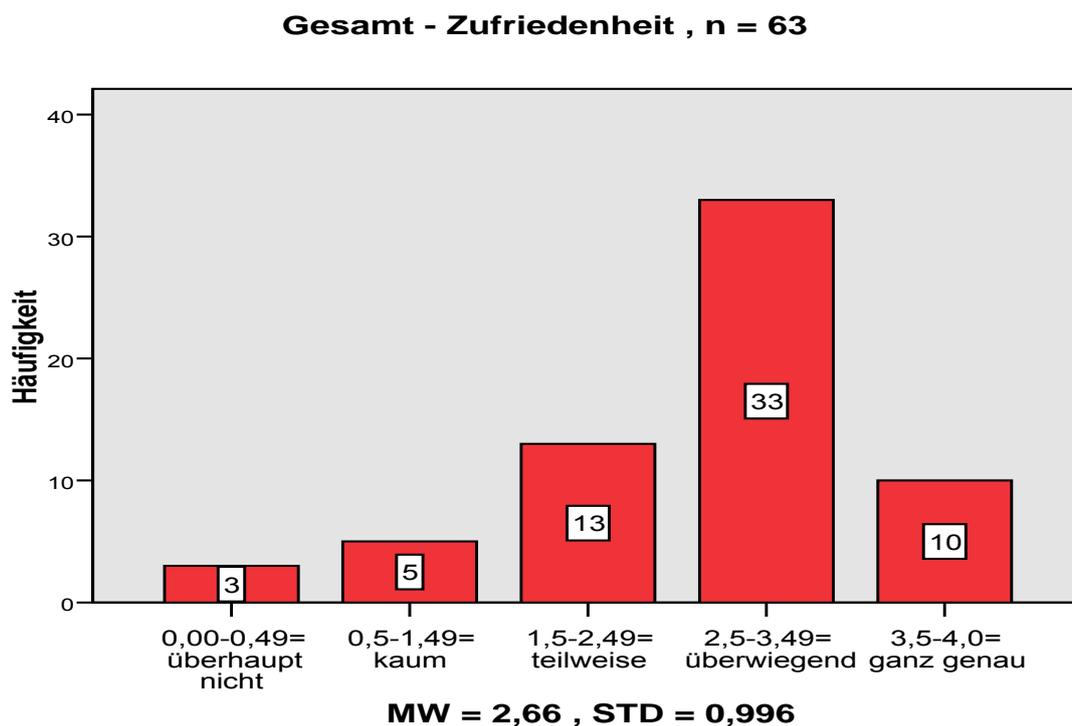
Ein inhaltlicher Bezug der Fragen in die Skalen **Beziehung Patient- Therapeut**, **Erfolg der Behandlung** und **Rahmenbedingungen der Behandlung** lässt sich ableiten. Diese Zusammenfassung wird später anhand einer Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenanalyse überprüft.

4.2.2. Gesamtbeurteilung Zufriedenheit der Patienten

Die Gesamtbeurteilung der Patientenzufriedenheit setzt sich zusammen aus dem Mittelwert aller Fragen.

**Ergebnisqualität (Erfolg) + Prozessqualität (Beziehung Patient- Therapeut + Rahmenbedingungen)
= Gesamtbeurteilung**

Abbildung 7 Gesamt- Zufriedenheit



Der Mittelwert der Gesamt- Zufriedenheit betrug MW= 2,66 mit einer Standardabweichung von STD=0,996

5% (n=3) der Patienten waren überhaupt nicht zufrieden.

8% (n=5) der Patienten waren kaum zufrieden.

21% (n=13) der Patienten waren teilweise zufrieden.

52% (n=33) der Patienten waren überwiegend zufrieden.

16% (n=10) der Patienten waren sehr zufrieden.

4.2.3. Skalenbildung Zufriedenheit

Nach der Auswertungsanweisung der *Fragebögen von F. Mattejat und H. Remschmidt* wurden die einzelnen Fragen in Skalen zusammengefasst. (Mattejat und Remschmidt 1998)

Zur weitere Auswertung erfolgte eine Dichotomisierung in **unzufrieden** von **0 – 1,99** und in **zufrieden** von **2,0 – 4,0**. Die gemittelten Werte und Standardabweichungen der Skalen werden in folgender Tabelle aufgezeigt.

Tabelle 11 Beurteilung der Behandlung (n=67) mit Skalenbildung

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung										
Teil- Zufriedenheit									Grad der Zufriedenheit	
		überhaupt nicht	kaum	teilweise	überwiegend	ganz genau	Mittelwert	Standardabweichung	unzufrieden*	Zufrieden*
Ergebnisqualität	Erfolg der Behandlung (n=63)	4	7	14	29	9	2,51	1,08	19 (30%)	44 (70%)
	Erfolg selbst (n=62)	3	5	11	30	13	2,73	1,04	16 (26%)	46 (74%)
	Erfolg Familie (n=58)	10	5	16	18	9	2,19	1,30	31 (53%)	27 (47%)
Prozessqualität	Beziehung zum Therapeuten (n=63)	3	4	10	24	22	2,92	1,10	11 (18%)	52 (82%)
	Rahmenbedingungen der Beratung (n=62)	2	4	20	30	8	2,59	0,90	13 (20%)	51 (80%)
Gesamt-Zufriedenheit		3	5	13	33	10	2,66	1,0	10 (16%)	54 (84%)

Die Aussage trifft zu:

Likert- Skalierung: 0 = überhaupt nicht, 1 = kaum, 2 = teilweise, 3 = überwiegend, 4 = ganz genau

***unzufrieden** von **0 – 1,99** und in **zufrieden** von **2,0 – 4,0**

- Insgesamt waren die Jugendlichen Patienten der Befragung mit einem Mittelwert von MW= 2,66 (0=unzufrieden - 4=zufrieden) zufrieden.
- Mit der *Beziehung zum Therapeuten* MW= 2,92 waren die Patienten am zufriedensten
- Mit der Verbesserung der *Familiensituation* MW= 2,19 waren die Patienten am unzufriedensten.
- *Erfolg Familie* hat mit STD= 1,30 die breiteste Streuung, Rahmenbedingen der Behandlung die geringste Streuung.
- *Erfolg selbst* erhält eine höhere Rate an positiver Zustimmung als Erfolg Familienbeziehung.

4.2.4. Antwortverhalten und Zufriedenheit

Tabelle 12 Antwortverhalten und Zufriedenheit

Zur Tabelle 9 Antwortverhalten (n= 96) wurde die Gesamt- Zufriedenheit zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen der Antworttendenz und dem Grad der Zufriedenheit angefügt.

Antwortverhalten und Zufriedenheit (n=96)						
		Gesamt (n=96)	Ant- worter (n=67)	Nicht- Ant- worter (n=29)	Nicht- Ant- worter in %	un- zufriedene Antworter in %
Alter bei Befragung	11-18 Jahre	67	45	22	33	11
	über 18 Jahre	24	22	7	24	23
Personenbezogene Variablen						
Geschlecht	männlich	59	39	20	34	18
	weiblich	37	28	9	24	11
Alter bei Therapiebeginn	unter 11 Jahren	15	9	6	40	0
	11-18 Jahre	73	52	21	29	15
	über 18 Jahre	8	6	2	25	17
Nationalität	deutsch	85	62	23	27	17
	andere	11	5	6	55	0
Schichtgruppen	Unterschicht	14	7	7	50	0
	Mittelschicht	53	39	14	26	13
	Oberschicht	29	21	8	28	24
Schule	Grundschule	26	19	7	27	5
	Haupt/Real/Berufsschule	31	20	11	35	30
	Gymnasium/Universität	21	17	4	19	6
	Sonderschule	10	5	5	50	0
Erste Achse: Diagnose	Keine psychiatrische Diagnose	14	11	3	25	10
	Internalisierende Störungen	38	29	9	23	11
	Externalisierende Störungen	31	8	13	43	22
	Andere Störungen	13	9	4	27	25
Zweite Achse: Entwicklungs- Störungen	ohne Entwicklungsstörungen	84	57	27	32	14
	mit Entwicklungsstörungen	12	10	2	17	20
Dritte Achse: Intelligenz	normal bis hoch	72	53	19	26	15
	niedrig	13	9	4	31	13
Vierte Achse: Körperliche Symptomatik	keine körperliche Symptomatik	75	55	20	27	11
	körperliche Symptomatik	5	3	2	40	67
Sechste Achse: Globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung	leichte soziale Beeinträchtigung	28	25	3	11	8
	deutliche soziale Beeinträchtigung	52	33	19	37	18
	schwere soziale Beeinträchtigung	9	5	4	44	40

Antwortverhalten und Zufriedenheit (n=96)						
		Gesamt (n=96)	Ant- worter (n=67)	Nicht- Ant- worter (n=29)	Nicht- Ant- worter in %	un- zufriedene Antworter in %
Familienbezogene Variablen						
Familiäre Situation	Familie vollständig	55	34	21	38	12
	Familie nicht vollständig	41	33	8	20	18
Achse fünf: Psychoziale Umstände	unauffällig	23	18	5	22	17
	leicht auffällig	33	27	6	18	11
	auffällig	26	14	12	46	14
Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen	gute Beziehungen	34	28	6	18	7
	unbefriedigende Beziehungen	38	24	14	37	20
	schlechte Beziehungen	20	12	8	40	17
Therapeutenbezogene Variablen						
Behandlungs- Ergebnis bzgl. der Symptomatik	kein Behandlungsauftrag	24	13	11	46	31
	gebessert	45	38	7	16	8
	unverändert oder verschlechtert	23	13	10	43	15
Behandlungs- Ergebnis bzgl. der Gesamtsituation	kein Behandlungsauftrag	24	13	11	46	31
	gebessert	32	29	3	9	10
	unverändert oder verschlechtert	36	22	14	39	9
Kontakte	Einzeltermin	18	9	9	50	33
	2-10 Termine	49	33	16	33	15
	11-20 Termine	25	21	4	16	10
	über 20 Termine	4	4	0	0	0
Episoden	1 Episoden	71	49	22	31	16
	2 Episoden	16	12	4	25	17
	mehr als 2 Episoden	9	6	3	33	0

* Die Differenzen gegenüber Antwortern (n= 67) und Anzahl der Patienten der Gesamtzufriedenheit entstehen durch fehlende Daten.

In der Tabelle sind die Rubriken mit einem hohen Prozentanteil (>40%) an Nicht- Antwortern gekennzeichnet.

- Bei Patienten **unter 11 Jahren**, mit **nicht deutscher** Nationalität, aus der **Unterschicht** und bei Patienten, die eine besuchen beträgt die Nicht- Antwortquote zwischen 40% und 50% mit einer Unzufriedenheitsrate von 0%.

Bei diesen Patienten muss überlegt werden inwieweit eine Befragung per Fragebogen verstanden wird oder ob eine Interviewform sinnvoller wäre.

- Bei Patienten mit externalisierenden Störungen, körperlicher Symptomatik, schwerer sozialer Beeinträchtigung, auffälliger psychosozialer Umstände und schlechten Beziehungen innerhalb des Funktionsniveaus von Beziehungen beträgt die Nicht- Antwortquote ebenfalls zwischen 40% und 50% jedoch mit einer deutlich höheren Unzufriedenheitsrate.

Hier handelt es sich um Umstände, die chronisch sind.

- Bei Patienten, mit Einzelterminen oder Patienten, die keinen Behandlungsauftrag vergaben, beträgt die Nicht- Antwortquote ebenfalls zwischen 40% und 50% jedoch mit einer deutlich höheren Unzufriedenheitsrate.

Hier gilt zu klären, wie genau die Fragestellung zwischen dem Jugendlichen und dem Therapeuten definiert wurde.

Erst die Kombination der **Nicht- Antwort** mit der **Zufriedenheit** der Patienten, die geantwortet haben, gibt einen Aufschluss über Schwierigkeit, Unzulänglichkeit oder die Fehlerquellen einer Befragung.

4.3. Entwicklungsverlauf

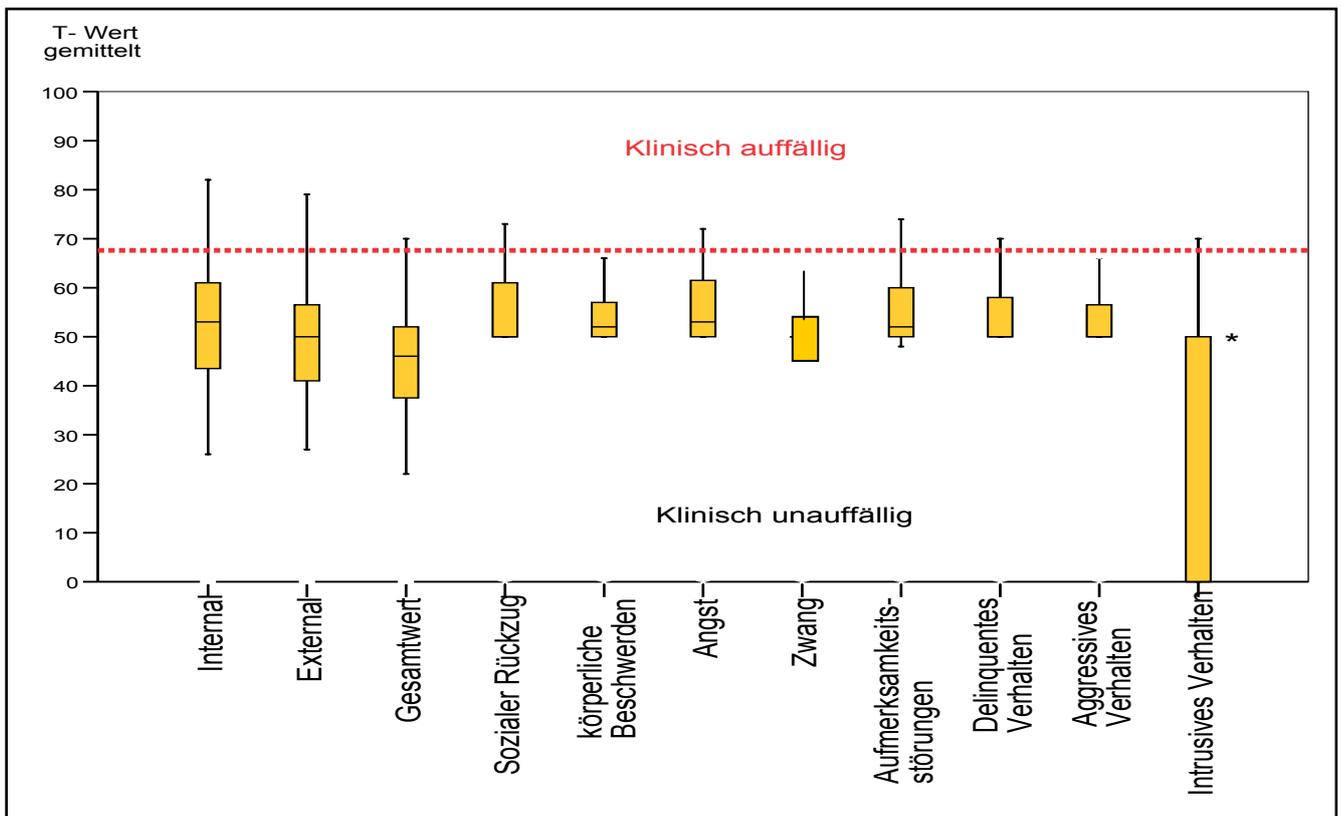
4.3.1. Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Jugendlichen (YSR 2002) im Querschnitt

Zur Bearbeitung lagen von 96 angeschriebenen Patienten 61 ausgefüllte Fragebögen über das Verhalten von 37 Jugendlichen (YSR/ Youth Self- Report bzw. YSR) und 24 Jungen Erwachsenen (YASR/ Young Adult Self- Report bzw. YASR) im Verlauf vor (Achenbach 1997; Achenbach und Edelbrock 1987).

Vor allem bei den Syndrom- Skalen, aber auch bei den übergeordneten Skalen *Gesamtwert des Problemverhaltens*, *internalisierende Störungen* und *externalisierende Störungen*, lässt sich deutlich der Überhang einer großen, „weitgehend unauffälligen“ Gruppe erkennen.

Nur eine kleine Gruppe von Jugendlichen beschreibt sich als „klinisch auffällig“.

Abbildung 8 Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Jugendlichen



*Die Einteilung des *intrusiven Verhalten* liegt nur im YASR (youth adult self report) mit n=24 Patienten vor.

** T- Werte mit $T \geq 63$ bei den übergeordneten Skalen und $T \geq 67$ bei den Syndromskalen gelten als klinisch auffällige Werte.

Die Mittelwerte der Übergeordneten Skalen bewegen sich zwischen 44 und 50, die Mittelwerte der Syndrom- Skalen liegen zwischen 51 und 55. Alle Werte liegen unter der Grenze für die klinische Auffälligkeit.

Es bestehen keine deutlichen Abweichungen.

Es liegen ausgeprägte Streuungen vor.

4.3.2. Verhaltensauffälligkeit und Einflussvariablen

Unter dem Aspekt **Einflussvariablen** wurden Zusammenhänge der Basisdokumentation 1999/2000 und des YSR- Verhaltensfragebogen 2002 nach Achenbach (Achenbach und Edelbrock 1987) geprüft. Genauere Angaben zu den Mittelwerten und Standardabweichungen können folgender Tabelle entnommen werden.

4.3.2.1. Zeitgleiche Verfahren

In folgender Tabelle werden Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit in Bezug auf die Problemverbesserung aus Jugendliche Sicht als Selbsteinschätzung (YSR- Verhaltensfragebogen, Gesamtwert des Problemverhaltens) im Vergleich zu einem zeitgleichen Verfahren (Gesamtzufriedenheit, FBB) dargestellt.

Tabelle 13 Verhaltensauffälligkeiten und Zufriedenheit

Verhaltensauffälligkeit und Zufriedenheit im Querschnitt - Zeitgleiches Verfahren- aus Sicht des Jugendlichen							
YSR 2002 T- Werte gemittelt n=61				Zufriedenheit 2002			
				Zufrieden n=54		Unzufrieden n=10	
		MW	STD	MW	STD	MW	STD
Übergeordnet eSkalen	Gesamtwert	44,1	13,3	43,9	11,9	45,0	20,8
	Internalisierend	49,4	15,4	49,4	14,1	49,6	22,4
	Externalisierend	48,1	14,5	48,3	13,9	47,2	18,9
Syndrom- Skalen	Sozialer Rückzug	53,1	11,8	53,6	9,9	49,6	20,2
	Körperliche Beschwerden	52,5	11,1	53,1	9,0	49,2	19,9
	Angst	54,3	12,8	54,4	10,7	53,9	22,6
	Zwang	51,2	11,5	51,7	9,7	48,3	19,7
	Aufmerksamkeitsstörungen	53,5	11,9	53,6	9,8	53,3	21,6
	Delinquentes Verhalten	52,9	12,1	53,2	10,2	51,4	20,7
	Aggressives Verhalten	52,7	11,9	53,3	10,2	49,3	19,4
	Intrusives Verhalten*	21,9	27,0	20,1	26,7	32,9	27,4

*nur im YASR Die jeweils höchsten Mittelwerte sind gelb gekennzeichnet

Patienten die im **Gesamtwert des Problemverhaltens** und in den **internalisierenden Störungen des Problemverhaltens** erhöhte Werte hatten, waren eher *unzufrieden*.

Patienten die in den **externalen Störungen des Problemverhaltens**, im **sozialen Rückzug**, **körperlichen Beschwerden**, **Angst**, **Zwang**, **Aufmerksamkeitsstörungen**, **delinquenten Verhalten** und **aggressivem Verhalten** erhöhte Werte hatten, waren eher *zufrieden*.

4.3.2.2. Verlaufsbeurteilung

Tabelle 14 Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörung

Verlaufsbeurteilung		
Internalisierende Störungen (YSR 2002)	Entwicklungsstörung 1999/2000	
	Keine Entwicklungsstörung n=51	Entwicklungsstörung n=9
Klinisch unauffällig (bis T- Wert = 66)	69% n=35	100% n=9
Klinisch auffällig (über T- Wert =67)	31% n=16	0% n=0

Die Anzahl der gültigen Fälle beträgt 60.

Chi- Quadrat- Test nach Pearson mit **0,05** signifikant.

31% der jugendlichen Patienten ohne Entwicklungsstörungen waren in Bezug auf internalisierenden Störungen des YSR- Verhaltensfragebogens klinisch auffällig.

100% der Patienten mit Entwicklungsstörungen waren in Bezug auf internalisierenden Störungen des YSR- Verhaltensfragebogens klinisch auffällig.

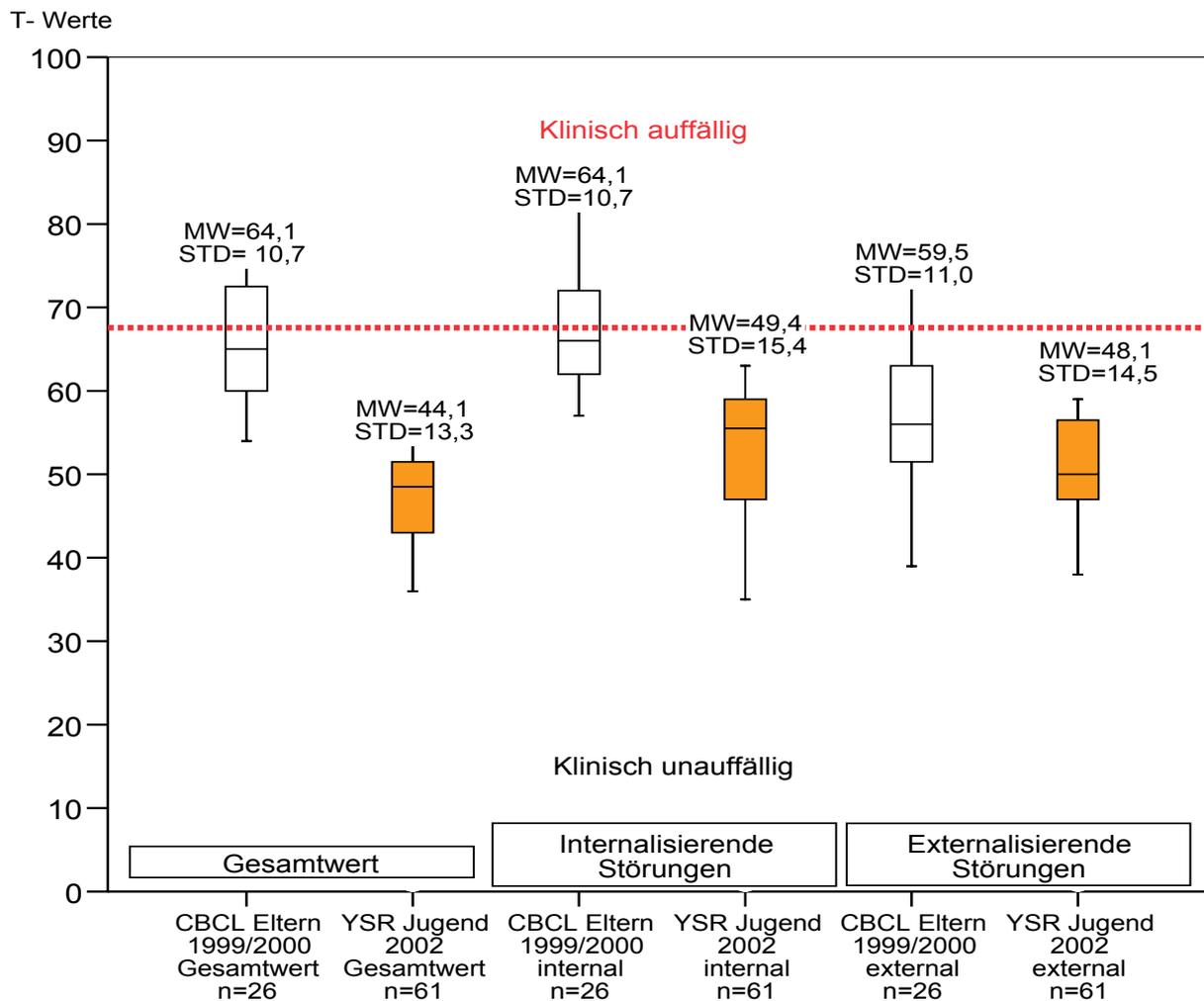
Jugendliche mit umschriebenen Entwicklungsstörungen geben gehäuft internalisierende Störungen („erhöhter Leidensdruck“) an.

4.3.3. Unterschiedliche Sichtweisen - Eltern und Jugendliche

4.3.3.1. Unterschiedliche Perspektiven - Eltern und Jugendliche im Verlauf – Gesamt-Stichprobe

Zur Beobachtung des Langzeitverlaufs wurden 26 CBCL- Verhaltensfragebögen der Eltern (Achenbach und Edelbrock 1983), die als Teil- Stichprobe der Jahre 1999/2000 zu den gleichen Jugendlichen zur Verfügung stehen, herangezogen und mit den YSR- Verhaltensfragebögen der Jugendlichen 2002 verglichen.

Abbildung 9 Sichtweise der Eltern 1999/2000 und der Jugendlichen 2002 - Gesamt- Stichprobe

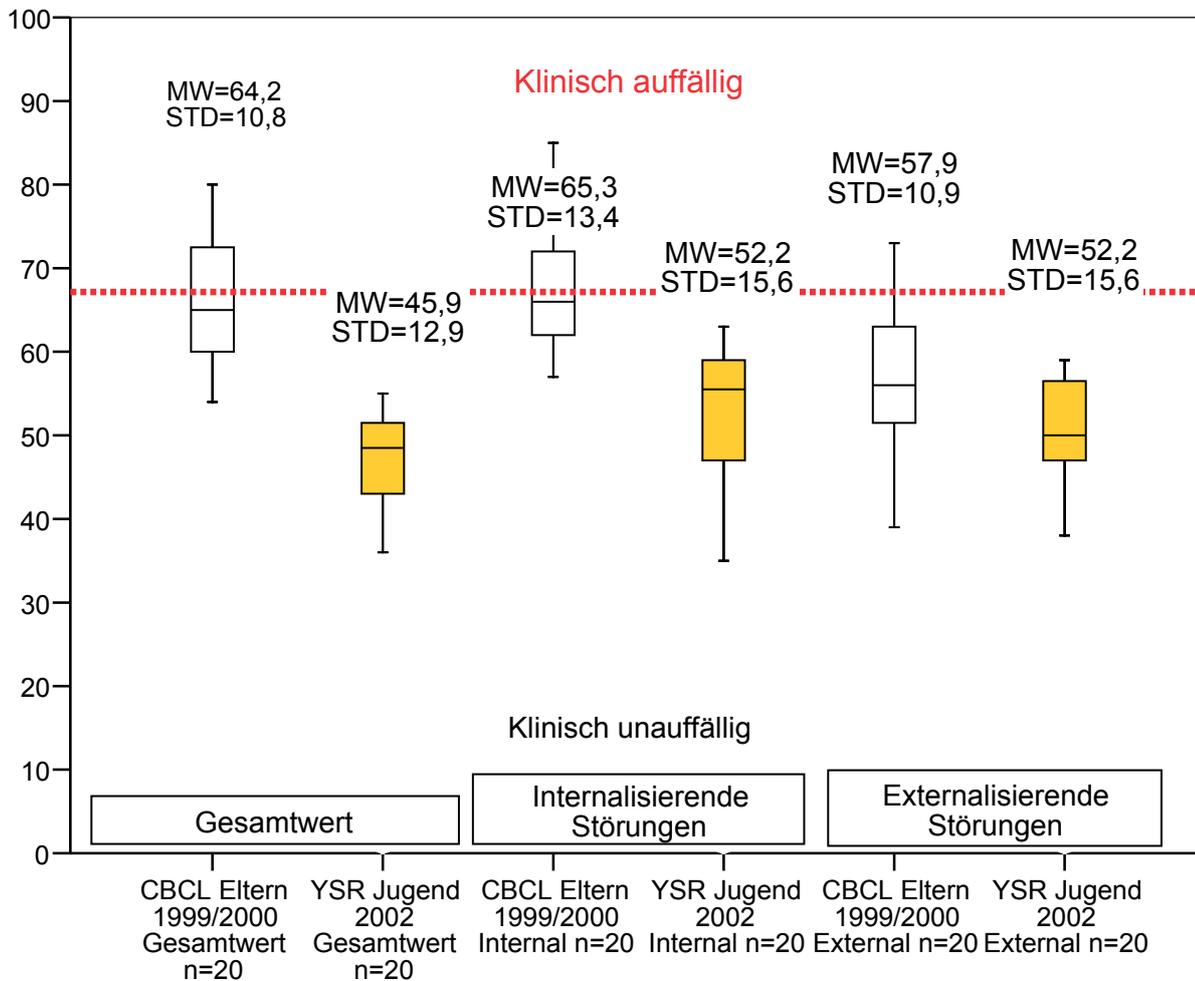


4.3.3.2. Unterschiedliche Sichtweisen - Eltern und Jugendliche im Verlauf – Teil- Stichprobe

Die Einschätzung der Jugendlichen *durch die Eltern* während der Behandlung konnte bei **20 Patienten** mit der *Selbst- Einschätzung der Jugendlichen* bis zu 3 Jahre nach der Behandlung verglichen werden.

Abbildung 10 Einschätzung der Problematik aus Sicht der Eltern/ Jugendlichen – Teil- Stichprobe

T- Werte



Von 6 Jugendlichen wurde der YSR- Verhaltensfragebogen bei vorliegendem CBCL- Verhaltensfragebogen der Eltern (Achenbach und Edelbrock 1983) nicht ausgefüllt. Hierbei handelt es sich um von den Eltern als klinisch auffällig im externalisierenden Verhalten beschriebene Jugendliche.

Die Zufriedenheit dieser Teil- Stichprobe (n=20) lag wie die Gesamt- Stichprobe bei einem Mittelwert von 2,68 mit einer Standardabweichung von 0,89.

4.3.3.3. Unterschiedliche Sichtweisen – Eltern und Jugendliche im Verlauf - Vergleich Gesamt- und Teil- Stichprobe

Tabelle 15 Vergleich Gesamt- und Teil- Stichprobe

Unterschiedliche Sichtweise im Verlauf								
	Sicht der Eltern CBCL 1999/2000 (klinisch auffällig bei $T \geq 67$)				Sicht der Jugendlichen YSR 2002 (klinisch auffällig bei $T \geq 67$)			
	N=26		N=20		N=61		N=20	
	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Gesamtwert	64,1	10,7	64,2	10,8	44,1	13,3	45,9	12,9
internalisierend	64,1	12,3	65,3	13,4	49,4	15,4	52,2	15,6
externalisieren	59,5	11,0	57,9	10,9	48,1	14,5	52,2	14,7

Beim Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der Gruppe der Eltern anhand der CBCL Verhaltensfragebogen der Eltern nach Achenbach (Achenbach und Edelbrock 1983) und der Jugendlichen anhand der YSR lässt sich erkennen, dass die MW und STD in der Gruppe der CBCL zwischen $n=26$ und $n=20$ und in der Gruppe des YSR zwischen $n=61$ und $n=20$ nur gering differieren.

Am **auffälligsten** wurde von beiden Gruppen beider Stichproben das *Internalisierende Verhalten* beschrieben.

Am **unauffälligsten** wurde von den Eltern das *Externalisierende Verhalten* und von den Jugendlichen der *Gesamtwert des Problemverhaltens* gesehen.

Im Vergleich der **Gesamt- Stichprobe** der CBCL der Eltern von $n=26$ und YSR der Jugendlichen $n=61$ lassen sich in allen drei Bereichen, dem *Gesamtwert des Problemverhaltens* (1,67), des *Internalisierenden Verhaltens* (1,66) und *Externalisierenden Verhaltens* (0,89) **bedeutende Unterschiede** nachweisen. Am bedeutendsten tritt der Effekt beim Gesamtwert des Problemverhaltens auf, am geringsten ist er beim Externalisierenden Verhalten.

Im Vergleich der **Teil- Stichprobe** von $n=20$ stellt sich die Effektstärke im Bereich *des Gesamtwert des Problemverhaltens* (1,54) und *internalisierenden Verhaltens* (0,91) **als bedeutender Unterschied** und im Bereich *des externalisierenden Verhaltens* (0,45) **als geringer Unterschied** dar.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Teil- Stichprobe sind mit der Gesamt- Stichprobe vergleichbar. Daher wird im weiteren Verlauf die Teil- Stichprobe von $n=20$ verwandt!

Die Auffälligkeit aus Sicht der Eltern ist deutlich höher als die Selbsteinschätzung der Jugendlichen.

Am deutlichsten ist der Unterschied beim Gesamtwert des Problemverhaltens, am geringsten beim Externalisierenden Verhalten.

4.3.3.4. Unterschiedliche Sichtweisen – Eltern/ Jugendliche zeitgleich- Teil- Stichprobe

Zu besseren Vergleichbarkeit zwischen zwei Stichprobe wurde von Cohen (Cohen 1988) die Berechnung von **Effektstärken** angeregt. Die Mittelwertdifferenzen zwischen dem Urteil der Eltern CBCL und der Jugendlichen YSR sind als Effektstärken in Standardabweichungseinheiten dargestellt.

Die Verwendung von Effektstärkenmaßen hat den Vorteil, dass verschiedene Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit direkt miteinander verglichen werden können. (Mattejat 2003)

Beim Vergleich des *CBCL der Eltern 1999/2000* (Achenbach und Edelbrock 1983) mit dem *YSR der Jugendlichen 2002* ist anhand der Effektstärke eine Diskrepanz der Einschätzung der Eltern im Gegensatz zur Selbsteinschätzung des Jugendlichen erkennbar, die bei der Gesamt- Stichprobe deutlicher als bei der Teil- Stichprobe auftritt. Die Bewertung durch die Eltern fällt deutlich auffälliger aus, als durch die Jugendlichen.

Beim Vergleich des *CBCL der Eltern 1999/2000 (n=20)* (Achenbach und Edelbrock 1983) mit dem *YSR der Jugendlichen 2002 (n=20)* ist die Diskrepanz der Einschätzung der Eltern im Gegensatz zur Selbsteinschätzung des Jugendlichen erkennbar mit einer Effektstärke im Gesamtwert des Problemverhaltens von 1,5 als bedeutend, im Bereich der internalisierenden Störungen von 0,9 als bedeutend und im Bereich des externalisierenden Verhaltens von 0,43 als mittel.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Selbsteinschätzung durch den Jugendlichen in der Regel deutlich positiver ausfällt, als durch die Eltern. Die Mittelwerte der T- Werte differieren von T=3,8- 12,4 mit einer Effektstärke von 0,43 bis 1,5.

Der Vergleich der zeitgleichen, unterschiedlichen Sichtweise der Eltern und Jugendlichen ist nur durch den CBCL- Verhaltensfragebogen nach Achenbach 2002 (Achenbach und Edelbrock 1983) möglich.

Unter Zuhilfenahme der Verhaltensfragebögen *CBCL* (child behavior checklist) der *Eltern* (Achenbach und Edelbrock 1983) von 1999/2000, die bei Aufnahme der Patienten in der Routinediagnostik erhoben wurden, der *CBCL der Eltern 2002* (Schunck 2007) und der *YSR der Jugendlichen 2002* einer **Teil-Stichprobe der Jugendlichen von n=20** kann zum Entwicklungsverlauf eine Aussage gemacht werden. (siehe 4.3.6. Langzeitverlauf 1999/2000 bis 2002 - aus Sicht der Eltern)

Tabelle 16 Unterschiedliche Perspektiven Eltern/ Jugendliche 2002

Unterschiedliche Sichtweise zeitgleich 2002 Teil- Stichprobe n=20					
	Sicht der Eltern CBCL 2002*		Effektstärke (CBCL 2002 und YSR 2002)	Sicht der Jugendlichen YSR 2002	
	MW	STD		MW	STD
Gesamtwert	58,3	10,8	1,05	45,9	12,9
internalisierend	58,8	10,7	0,50	52,2	15,6
externalisieren	56,0	10,6	0,30	52,2	14,7

klinisch auffällig bei $T \geq 67$

*nähere Einzelheiten zu den Daten (Schunck 2007)

Effektstärken: <0,2 unbedeutend, 0,21-0,50 gering, 0,51-0,80 mittel, >0,80 bedeutend

Der **Gesamtwert der Problematik** ist aus Sicht der Jugendlichen am unauffälligsten mit einem MW=45,9 (YSR 2002) und aus Sicht der Eltern deutlich höher MW=58,3, STD=10,8 (CBCL 2002).

Internalisierenden Störungen sind aus Sicht der Jugendlichen und der Eltern am auffälligsten mit der breitesten Streuung mit einem MW= 58,8; STD=10,7 (CBCL 2002), und MW=52,2; STD=15,6 (YSR 2002).

Die Sicht der Eltern ist gering abweichend von der Sicht der Jugendlichen.

Bei den internalisierenden Störungen sind die Sicht der Eltern und die Sicht der Jugendlichen nahezu übereinstimmend.

Externalisierenden Störungen sind aus Sicht der Eltern mit einem MW=56,0 (CBCL2002) am unauffälligsten, während aus Sicht der Jugendlichen der Wert geringer liegt, dennoch in der Rangfolge erhöht ist MW 52,2, STD=14,7.

Bei den externalisierenden Störungen sind die Sicht der Eltern und die Sicht der Jugendlichen gering voneinander abweichend.

Jugendliche Patienten der Münchner Studie sehen sich deutlich unauffälliger, als ihre Eltern sie sehen. In der Regel werden die Jugendliche von ihren Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt.

Jugendliche Patienten **der Münchner Studie** sehen sich deutlich unauffälliger, als ihre Eltern sie sehen.

Der **Gesamtwert des Problemverhaltens** aus Sicht der Jugendlichen ist am niedrigsten und unterscheidet sich am deutlichsten von der Sicht der Eltern.

Das **Internalisierende Verhalten** aus Sicht der Jugendlichen und deren Eltern ist am höchsten und unterscheidet sich gering.

Das **Externalisierende Verhalten** aus Sicht der Eltern ist am niedrigsten und unterscheidet sich gering.

Die breiteste Streuung lag bei den **Internalisierenden Störungen** aus Sicht der Jugendlichen.

4.3.4. Unterschiedliche Sichtweisen - Therapeut und Jugendliche

Tabelle 17 Verlaufsbeurteilung aus Sicht des Therapeuten im Vergleich zur Sicht des Jugendlichen

	Sicht des Jugendlichen YSR 2002 T- Werte gemittelt n=61			Sicht des Therapeuten Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus 1999/2000					
				Beeinträchtigung					
				Leichte n=28		Deutlich n=52		Gravierend n=9	
		MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Übergeordnete Skalen	Gesamtwert	44,1	13,3	44,7	9,0	43,8	16,2	42,7	10,7
	Internalisierend	49,4	15,4	49,3	13,2	49,7	17,6	52,5	14,2
	Externalisierend	48,1	14,5	47,1	8,1	47,9	17,3	54,3	17,1
Syndrom- Skalen	Sozialer Rückzug	53,1	11,8	53,8	7,1	52,5	16,0	56,2	6,5
	Körperliche Beschwerden	52,5	11,1	54,4	5,7	50,3	14,9	56,0	5,5
	Angst	54,3	12,8	55,0	9,2	53,3	16,7	57,2	5,9
	Zwang	51,2	11,5	52,8	7,7	49,8	15,3	52,7	4,1
	Aufmerksamkeits- störungen	53,5	11,9	54,0	7,1	52,3	15,7	60,0	9,4
	Delinquentes Verhalten	52,9	12,1	53,0	5,8	52,1	16,1	53,7	4,2
	Aggressives Verhalten	52,7	11,9	52,0	4,2	51,5	15,8	57,3	8,2
	Intrusives Verhalten*	21,9	27,0	16,6	24,9	22,8	27,1	50,0	26,1

*nur im YASR Die jeweils höchsten Mittelwerte sind gelb gekennzeichnet

Patienten, die 1999/2000 aus Sicht des Therapeuten (Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus) als beeinträchtigt eingestuft wurden, stimmten mit Selbstbeschreibung (YSR-Verhaltenfragebögen durch die Jugendlichen) 3 Jahre später überein.

Patienten die im **Gesamtwert des Problemverhaltens** erhöhte Werte hatten, hatten eine *leichte soziale Beeinträchtigung*.

Patienten, die in den **internalisierenden Störungen, den externalen Störungen, im sozialen Rückzug, körperlichen Beschwerden, Angst, Zwang, Aufmerksamkeitsstörungen, delinquenten Verhalten und aggressivem Verhalten** erhöhte Werte hatten, hatten eine *gravierende soziale Beeinträchtigung*.

4.3.5. Kurzzeitverlauf 1999/2000 - aus Sicht des Therapeuten

Tabelle 18 Entwicklungsverlauf - Kurzzeitverlauf

Entwicklungsverlauf - Kurzzeitverlauf 1999/2000 aus Sicht des Therapeuten				
	Behandlungsergebnis Symptomatik		Behandlungsergebnis Gesamtsituation	
	Gesamt- Stichprobe n=61	Teil- Stichprobe* n=20	Gesamt- Stichprobe n=61	Teil- Stichprobe* n=20
gebessert	57% (n=35)	60% (n=12)	46% (n=28)	55% (n=11)
Unverändert/ verschlechtert	18% (n=11)	20% (n=4)	31% (n=19)	30% (n=6)
Nicht beurteilbar/ kein Behandlungsauftrag	25% (n=15)	20% (n=4)	23% (n=14)	15% (n=3)

*Die Teil- Stichprobe von n=20 ergibt sich beim Vergleich der Selbsteinschätzung durch die Jugendlichen und der Einschätzung der dazugehörenden Eltern

Die Gesamt- Stichprobe n=61 ist mit der Teil- Stichprobe n=20 beim **Behandlungsergebnis Symptomatik** vollständig und auch beim **Behandlungsergebnis Gesamtsituation** vergleichbar.

Beim **Behandlungsergebnis Symptomatik** haben sich aus Sicht des Therapeuten bei der Teil- Stichprobe 60% der Patienten in Bezug auf ihre Symptomatik gebessert, 20 % der Patienten hatten eine unveränderte oder verschlechterte Symptomatik und 20% der Patienten konnten nicht beurteilt werden.

Beim **Behandlungsergebnis Gesamtsituation** haben sich aus Sicht des Therapeuten bei der Teil- Stichprobe 55% der Patienten in Bezug auf ihre Symptomatik gebessert, 30 % der Patienten hatten eine unveränderte oder verschlechterte Symptomatik und 15% der Patienten konnten nicht beurteilt werden.

Es liegt aus Sicht des Therapeuten bei der Mehrzahl der Patienten eine Besserung des Behandlungsergebnis Symptomatik und des Behandlungsergebnis Gesamtsituation vor.

Bei ca. einem Fünftel der Patienten konnte weder das Behandlungsergebnis Symptomatik noch die Behandlungsergebnis Gesamtsituation beurteilt werden oder es lag kein Behandlungsauftrag vor.

Besserung der Symptomatik und der Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten.
1/5 der Patienten konnten nicht beurteilt werden oder es lag kein Behandlungsauftrag vor.

4.3.6. Langzeitverlauf 1999/2000 bis 2002 - aus Sicht der Eltern

Tabelle 19 Entwicklungsverlauf - Langzeitverlauf

Entwicklungsverlauf - Langzeitverlauf aus Sicht der Eltern Teil- Stichprobe n=20					
	CBCL Eltern 1999/2000		Effektstärke (CBCL 1999/2000 und CBCL 2002)	CBCL Eltern 2002*	
	MW	STD		MW	STD
Gesamtwert	64,2	10,8	0,55	58,3	10,8
internalisierend	65,3	13,4	0,54	58,8	10,7
externalisierend	57,9	10,9	0,18	56,0	10,6

klinisch auffällig bei $T \geq 67$

*nähere Einzelheiten zu den Daten (Schunck 2007)

Effektstärken: <0,2 unbedeutend, 0,21-0,50 gering, 0,51-0,80 mittel, >0,80 bedeutend

Beim Vergleich des CBCL Verhaltensfragebogen der Eltern nach Achenbach (Achenbach und Edelbrock 1983) von 1999/2000 mit 2002 (Schunck 2007) konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

Die Besserung des **Gesamtwertes der Problematik** wird aus Sicht der Eltern von 1999/2000 bis 2002 mit einer Effektstärke von 0,55 als mittel eingestuft.

Internalisierenden Störungen sind am auffälligsten mit der breitesten Streuung mit einem MW= 65,3; STD=13,4 (CBCL 1999/2000), MW=58,8 (CBCL 2002).

Die Besserung der **Internalisierenden Störungen** wird aus Sicht der Eltern von 1999/2000 bis 2002 mit einer Effektstärke von 0,54 als mittel eingestuft.

Externalisierenden Störungen sind aus Sicht der Eltern mit einem MW= 57,9 (CBCL 1999/2000) und MW=56,0 (CBCL 2002) am unauffälligsten.

Die Besserung der **Externalisierenden Störungen** wird aus Sicht der Eltern von 1999/2000 bis 2002 mit einer Effektstärke von 0,18 mit einem unbedeutenden Unterschied eingestuft.

Eltern sehen im **Entwicklungsverlauf der Jugendlichen** eine Besserung.

Der Gesamtwert des Problemverhaltens und internalisierende Störungen bessern sich, während externalisierende Störungen sich nur geringfügig ändern.

Entwicklungsverlauf

- Die **Verhaltensauffälligkeiten** sind aus Sicht der Jugendlichen deutlich, aber noch im klinisch unauffälligen Bereich.
- Zufriedenheit: Jugendliche mit erhöhten Werten im Gesamtwert des Problemverhaltens und bei internalisierenden Störungen waren unzufrieden, Jugendlichen mit erhöhten Werten bei externalisierenden Störungen waren zufrieden.
- Einflussvariablen: Umschriebene Entwicklungsstörungen hatten einen signifikanten Einfluss auf internalisierende Störungen.
- Unterschiedliche Sichtweisen: Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Teilstichprobe sind mit der Gesamtstichprobe vergleichbar.
Die Auffälligkeit **aus Sicht der Eltern** ist deutlich höher als die Selbsteinschätzung der Jugendlichen.
Der Gesamtwert des Problemverhaltens **aus Sicht der Jugendlichen** ist am niedrigsten und unterscheidet sich am deutlichsten von der **Sicht der Eltern**.
Aus **Sicht des Therapeuten** hatten Jugendliche, die im **Gesamtwert des Problemverhaltens** erhöhte Werte, hatten eine *leichte soziale Beeinträchtigung*. Jugendliche die in den **internalisierenden Störungen**, den **externalisierenden Störungen** erhöhte Werte hatten, hatten eine *gravierende soziale Beeinträchtigung*.
- Kurzzeitverlauf: Besserung der Symptomatik und der Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten.
- Langzeitverlauf: Eltern sehen im **Entwicklungsverlauf der Jugendlichen** eine Besserung, aber nicht bei den Jugendlichen mit einer externalisierenden Störung.

4.4. Gütekriterien

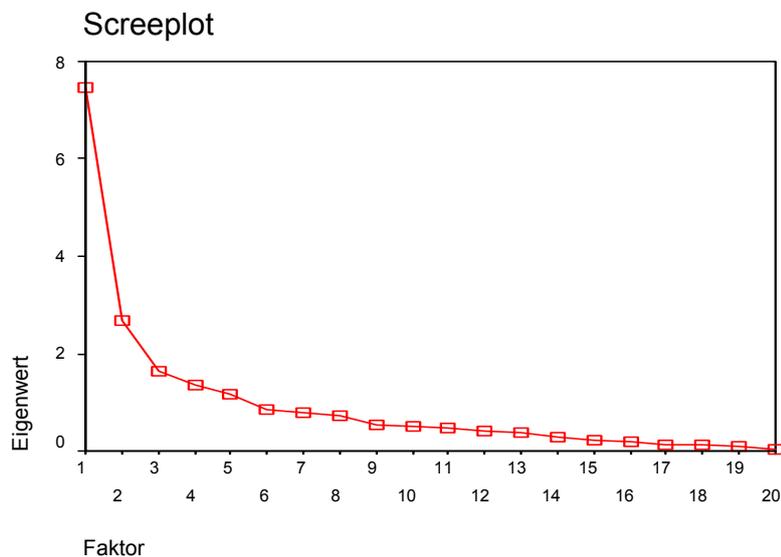
4.4.1. Reliabilitätsprüfung

Als Reliabilitätskoeffizient der inneren Konsistenz wurde ein **Cronbachs Alpha von 0,841** ermittelt. Es handelt sich um eine hohe Reliabilität.

4.4.2. Validitätsprüfung - Explorativer Ansatz - Modellbildung anhand einer Faktorenanalyse

Anhand des Screeplot (engl. Geröllhügel) gilt die Zahl der Faktoren bestimmt. (Bühl und Zöfel 2000d)

Abbildung 11 Screeplot



Ein starker Anstieg des Eigenwertes war auf dem Screeplot bei Faktorzahl 5 festzustellen, ein weiterer starker Anstieg erfolgte bei Faktorzahl 3. Es ergaben sich fünf Faktoren, die auf drei Faktoren reduziert wurden.

Die jeweiligen Ladungen der Einzel- Items sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt und zeigen anhand ihrer Nähe zur Zahl 1 ihre Gewichtung.

Die Bezeichnungen der einzelnen Faktoren ergaben sich als Zusammenfassung aus den Inhalten der Fragen, teilweise in Anlehnung an den FBB.

Tabelle 20 Münchner Version - Drei-, Vier- und Fünf- Faktorenlösung

Explorativer Ansatz- Modellbildung												
	5 Faktorenlösung					4 Faktorenlösung**				3 Faktorenlösung		
Fragen	1=Beziehung Patient- Therapeut (PT) 2=Erfolg der Behandlung (E) 3=Problemlösungen 4=Therapeutenvariablen 5=Rahmenbedingungen der Behandlung (R)					1=Beziehung Patient-Therapeut (PT) 2=Erfolg der Behandlung (E) 3=Problemlösungen 4=Rahmenbedingungen der Behandlung (R)				1=Beziehung Patient-Therapeut (PT) 2=Erfolg der Behandlung (E) 3=Rahmenbedingungen der Behandlung (R)		
	1 (PT)	2 (E)	3	4	5 (R)	1 (PT)	2 (E)	3	4 (R)	1 (PT)	2 (E)	3 (R)
Erklärte Varianz (%)	20,4	15,97	14,25	12,74	8,15	28,87	14,82	13,36	8,63	32,82	15,46	10,68
Erklärte Gesamtvarianz (%)	71,51					65,68				58,96		
10. Ich fühlte mich unbehaglich	-,79					-,68						,59
16. Zweifel am Nutzen der Beratung	-,78					-,61				-,58		
7. Vertrauen zum Gesprächspartner	,75					,87				,80		
8. Verständnis des Problems durch Therapeut	,67					,81				,83		
9. Verständnis durch Therapeut	,64					,72				,77		
4. Angst vor Verschlimmerung der Problematik	-,61						,62				,60	
17. Angst vor Missbrauch der Schweigepflicht	-,60					-,72				-,67		
6. Besseres Miteinander in der Familie		,80					,77				,78	
20. Besserung der Probleme		,77					,76				,75	
19. Gutes Miteinander- Auskommen		,70					,64				,62	
1. Beratung war hilfreich		,54					,53				,61	
3. Beratung ist optimal verlaufen			,79					,77			,59	
12. Unzufriedenheit im Verlauf der Behandlung			-,76					-,76			-,49	
18. Zufriedenheit mit der Beratung			,60				,63				,85	
15. Therapeut war sympathisch			,60					,62			,59	
5. Fragebögen waren lästig				-,89			-,48					,50
11. Offenheit				,68			,71				,78	
2. Verständnis für die Situation				,54			,64				,76	
13. Videoaufzeichnungen waren unangenehm					,82*				,81*			,74*
14. Ärger über den Therapeuten					,67*				,72*			,73*

Die Pfeile heben die Veränderungen bzw. Abwanderungen hervor.

*Diese Fragen laden immer auf dem letzten Faktor

**Die 4-Faktorenlösung fungiert nur als Zwischenschritt

Die erklärte Gesamt-Varianz ist bei der 5- Faktorenlösung am höchsten. Sie nimmt von der 5 Faktorenlösung zur 3- Faktorenlösung von 71,51% auf 58,96% ab.

Die **5 Faktorenlösung ist am aussagekräftigsten** und kann bei größeren Stichproben, zu Forschungszwecken genutzt werden.

Die Faktorenbezeichnungen Problemlösung und Therapeutenvariablen werden größtenteils in die Faktoren Beziehung Patient- Therapeut integriert, die restlichen Fragen wandern zum Faktor Rahmenbedingungen der Behandlung.

Im weiteren Verlauf wird mit der **3 Faktorenlösung der Münchner Version** gearbeitet, um einen Vergleich mit der Marburger Studie ziehen zu können.

Tabelle 21 Unterschiedliche Einteilung nach der Münchner Version und der Original- Version

Einteilung nach der									
Münchner Version MW=2,66, STD= 0,99			Original- Version MW=2,66, STD= 0,99						
Ergebnisqualität	Erfolg der Behandlung MW=2,83 STD=1,04	4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich	Erfolg selbst MW=2,73, STD=1,040	Erfolg der Behandlung MW=2,51 STD=1,08				
		15. Der Therapeut war mir sympathisch	3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.						
		19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus	18. Ich bin mit der Beratung zufrieden						
		20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert.*							
		6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.*		Erfolg Familie MW=2,19, STD=1,304					
Prozessqualität	Beziehung Patient-Therapeut MW=2,68 STD=1,08	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich		Erfolg Beziehung MW=2,92 STD=1,10	Beziehung Patient-Therapeut MW=2,92 STD=1,10				
		2. Die Psychologin, der Arzt hatten Verständnis für meine Situation.*							
		3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.							
		7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.*							
		8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.*							
		9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.*							
		11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.*							
		12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt							
		16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.	5. Der Therapeut war mir sympathisch						
		17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden							
		18. Ich bin mit der Beratung zufrieden	19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus						
						5. Die Fragebögen waren mir lästig.*		Erfolg Rahmenbedingungen MW=2,59 STD=0,9	Rahmenbedingungen der Behandlung MW=2,59 STD=0,9
						1. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden			
		10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich.*							
		2. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt							
		13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm.*							
		14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.*							
		6. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.							
		17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden							

4.4.2.1. Ergebnis der Faktorenanalyse - Die Münchner Version

Die Einzelfragen wurden nach der Faktorenanalyse zusammengefasst.

Die 3 Faktorenlösungen ergaben eine andere Zusammensetzung der Skalen in der Münchner Version als in der Original- Version der Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB).

In nachfolgender Tabelle werden die Fragen hervorgehoben, die in beiden Versionen in der gleichen Skala sind.

Tabelle 22 Münchner Version- Skalenbildung

Skalenbildung – Münchner Version MW=2,66, STD= 0,99		
Ergebnis- qualität	Erfolg der Behandlung MW=2,83 STD=1,04	4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden
		6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.*
		15. Der Therapeut war mir sympathisch
		19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus
		20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert.*
Prozessqualität	Beziehung Patient- Therapeut MW=2,68 STD=1,08	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich
		2. Die Psychologin, der Arzt hatten Verständnis für meine Situation.*
		3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.
		7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.*
		8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.*
		9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.*
		11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.*
		12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt
		16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.
		17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden
	18. Ich bin mit der Beratung zufrieden	
	Rahmenbedingungen der Behandlung MW=2,55 STD=0,83	5. Die Fragebögen waren mir lästig.*
		10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich.*
		13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm.*
14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.*		

* Diese Fragen sind in der Skalenbildung der Original- Version und der Münchner Version gleich bleibend.

4.4.2.2. Ergebnis der Faktorenanalyse – Die Münchner Kurzversion

Münchner Kernfragen

Fragen, die bei allen drei Lösungen auf dem gleichen Faktor oder stabil auf einem Faktor laden werden als stabile Fragen angesehen, daraus entstanden die Münchner Kernfragen.

Beziehung Patient - Therapeut	7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.
	8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.
	9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.
	16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.
	17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden
	7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.
Erfolg der Behandlung	8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.
	6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.
	19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus
	20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert
Rahmenbedingungen der Beratung	6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.
	13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm
	14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.

Fragen, die bei zwei Lösungen auf dem gleichen Faktor laden, werden in die Gruppe, die bei der Fünf-Faktorenlösung variiert, sich dann aber bei der Vier- und Drei- Faktorenlösung auf einen Faktor einpendeln, zugeordnet.

Dies betrifft die Fragen *1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich*, *2. Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für meine Situation*, *11. Ich konnte offen über meine Probleme reden* und *18. Ich bin mit der Beratung zufrieden* des Faktors **Beziehung Patient – Therapeut** und die Frage *4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden* des Faktors **Erfolg der Beratung**.

Die Fragen *3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen* und *12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufriedengestellt*, die bei der Fünf- und Vier-Faktorenlösung auf dem gleichen Faktor lädt, bei der Drei- Faktorenlösung aber den Faktor **Beziehung Patient - Therapeut** wechselt die die Fragen *10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich* und *15. Der Therapeut war mir sympathisch* des Faktors **Rahmenbedingungen der Beratung**.

Die Frage *5. Die Fragebögen waren mir lästig* des Faktors **Rahmenbedingungen der Beratung** lädt bei allen drei Lösungen auf einem anderen Faktor.

Münchener Kurzversion

Beim Vergleich **aller drei Faktorenanalysen** der **Münchener Version** des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) und im Abgleich mit der **Marburger Version** waren **sieben von 20 Fragen** jeweils auf dem gleichen Faktor **stabil**.

⇒ Wir nennen diese Fragen **Münchener Kurzversion**.

Im Folgenden wird die Zufriedenheit nach Skalen aufgeteilt in

- Ergebnisqualität mit *Erfolg der Behandlung* und
- Prozessqualität mit *Beziehung Patient- Therapeut* und *Rahmenbedingungen der Behandlung*

anhand der sieben stabilen Fragen der Münchener Kurzversion.

Tabelle 23 Münchener Kurzversion (n=67)

Skalenbildung- Münchener Kurzversion MW=2,68, STD=1,03		
Ergebnisqualität	Erfolg der Behandlung MW=2,43 STD=1,34	6. Besserung der Familiensituation
		20. Besserung der eigenen Probleme
Prozessqualität	Beziehung Patient- Therapeut MW=2,83 STD=1,26	7. Vertrauen zum Gesprächspartner
		8. Gesprächspartner verstand das Wesentliche des Problems
		9. Vollkommenes Verständnis durch den Gesprächspartners
	Rahmenbedingungen der Behandlung MW=3,05 STD=1,03	13. Videoaufzeichnungen waren unangenehm
14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.		

4.4.3. Explorativer Ansatz - Gegenüberstellung der Original- Version, Münchner Version und Münchner Kurzversion

Nachfolgend wird die Münchner Stichprobe (n=67) in den drei unterschiedlichen Skaleneinteilungen der Münchner Version, der Original- Version und der Einteilung der Münchner Kurzversion anhand der gemittelten Werte der Zufriedenheit miteinander verglichen.

Tabelle 24 Vergleich der Original- Version, Münchner Version und Münchner Kurzversion (n=67)

Die gemittelten Werte und Standardabweichungen der oben angeführten Skalen werden in folgender Tabelle aufgezeigt.

		Original-Version		Münchner Version		Münchner Kurzversion	
		MW	STD	MW	STD	MW	STD
Ergebnis-qualität	Erfolg der Behandlung	2,51	1,08	2,83	1,04	2,43	1,335
	Erfolg selbst	2,73	1,040				
	Erfolg Familienbeziehung	2,19	1,304				
Prozess-qualität	Beziehung zum Therapeuten	2,92	1,10	2,68	1,08	2,83	1,264
	Rahmenbedingungen der Behandlung	2,59	0,9	2,55	0,83	3,05	1,090
	Patienten- Gesamtwert	2,66*	0,99*	2,66*	0,99*	2,68	1,029

Gleiche Gesamt- Zufriedenheit aller 20 Fragen, die Skalierung zuvor erfolgte jeweils mit unterschiedlicher Fragenkombination

Die Aussage trifft zu: Likert- Skalierung: 0 = überhaupt nicht, 1 = kaum, 2 = teilweise, 3 = überwiegend, 4 = ganz genau

*Die Abweichung des Gesamtwertes der Zufriedenheit vom Ergebnis der addierten MW bzw. STD ergibt sich aus der Mittelwerts- Zusammenfassung von ...0-...49

Höchste Zufriedenheit

Geringste Zufriedenheit

Breiteste Streuung kursiv und fett gedruckt

Die Mittelwerte der Münchner Version liegen im Bereich von 2,55 und 2,83.

Der Mittelwert von MW= 2,56 der *Rahmenbedingungen der Behandlung* ist am niedrigsten und von *Erfolg der Behandlung* mit MW= 2,83 am höchsten.

Die Teil- Zufriedenheit **Erfolg der Behandlung** ist in der Original- Version mit MW= 2,51 und der Münchner Kurzversion mit MW= 2,43 nahezu gleich. In der Münchner Version ist das Ergebnis von den beiden anderen Versionen mit MW= 2,83 stark abweichend.

Die Zufriedenheit mit dem **Erfolg der Behandlung** ist nach der *Münchner Skaleneinteilung* am größten mit der geringsten Streuung und nach den *Münchner Kurzversion* am geringsten mit der breitesten Streuung.

Die Teil- Zufriedenheit **Beziehung Patient- Therapeut** ist in der Original- Version mit MW= 2,92 und der Münchner Kurzversion mit MW= 2,83 ähnlich und weicht in der Münchner Version mit MW= 2,68 von den beiden anderen Version ab.

Die Zufriedenheit mit dem **Beziehung Patient- Therapeut** ist nach der *Marburger Skaleneinteilung* am größten mit der geringsten Streuung und nach der *Münchener Kurzversion* am geringsten mit der breitesten Streuung

Die Teil- Zufriedenheit **Rahmenbedingungen der Behandlung** ist mit MW= 2,59 in der Original-Version und mit MW= 2,55 in der Münchener Version nahezu identisch während in der Münchener Kurzversion mit MW= 3,05 die stärkste Abweichung zu den anderen Ergebnis zu verzeichnen ist.

Die Zufriedenheit mit dem **Rahmenbedingungen der Behandlung** ist nach der *Münchener Kurzversion* am größten mit der breitesten Streuung und nach der *Münchener Version* am geringsten mit der geringsten Streuung.

Innerhalb der drei Versionen wechselte die Höhe der Zufriedenheit.

Münchener Kurzversion

Die Münchener Kurzversion verfügt über die höchste erklärte Varianz und hat die größte Trennschärfe. Insgesamt die höchste und zugleich die geringste Zufriedenheit wurden in der *Münchener Kurzversion* erzielt. **Rahmenbedingungen der Behandlung** erhielt einen MW= 3,05 mit der breiten Streuung von STD= 1,090. **Erfolg der Behandlung** erreichte einen MW= 2,43 mit der breitesten Streuung von STD= 1,335.

Da in der *Münchener Kurzversion* nur die stabilen Fragen der Münchener Version durch Faktorenanalyse und dem Vergleich mit der Originalversion herausgefiltert wurden, die am häufigsten tendenziell gleich beantwortet wurden, kommt es hier zu deutlichen Ergebnissen der kritischen Fragen.

Bei den **Rahmenbedingungen der Behandlung** mit der Frage 13. (Videoaufzeichnungen waren unangenehm), die partiell negativ oder mit einer breite Streuung nicht beantwortet wurde, überwog die positive Beantwortung der Frage 14. (Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert), wodurch ein MW von 3,05 mit überwiegend zufrieden zustande kam.

Der **Erfolg der Behandlung** wurde in der *Münchener Kurzversion* auf die beiden Fragen über die Besserung der Probleme (Frage 20) und Besserung der Familiensituation (Frage 6) reduziert.

Beide Fragen wurden mit einer breiten Streuung (Frage 6 STD= 1,304 und Frage 20 STD= 1,401) tendenziell zufrieden beantwortet.

Zusammenfassend lässt sich daran erkennen, dass der Großteil der Jugendliche mit den Rahmenbedingungen einer Behandlung als Teil des Behandlungsverlaufes zufriedener ist als mit dem Erfolg der Behandlung.

Münchener Version

In der ausführlicheren *Münchener Version* erreicht **Erfolg der Behandlung** als höchste Zufriedenheit einen MW von 2,83 mit einer Streuung von STD=1,040. Die geringste Zufriedenheit lag hier bei **Rahmenbedingungen der Behandlung** mit einer relativ geringen Streuung von STD= 0,834.

Bei dieser Berechnung lag die Zufriedenheit der Jugendlichen mit dem **Erfolg der Behandlung** deutlich höher als die Zufriedenheit mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung**.

Originalversion

Bei der Berechnung der Zufriedenheit der *Originalversion* erzielte **Beziehung zum Therapeuten** höchste Zufriedenheit mit einem MW von 2,92 mit einer Streuung von STD= 1,097.

Erfolg der Behandlung erlangte die geringste Zufriedenheit mit einem MW von 2,51 und einer Streuung von STD= 1,076.

In der *Originalversion* mit der gleichen Skalenbildung wie bei der Marburger Vorlage scheint die Zufriedenheit mit der **Beziehung zwischen Therapeut und Patienten** die größte Priorität zu besitzen.

Offenbar wird der geringere **Erfolg der Behandlung** durch ein gutes Therapeut- Patienten- Verhältnis in Kauf genommen.

Am aussagekräftigsten für die Münchner Studie ist die **Münchner Kurzversion** aufgrund ihrer stabilen Fragen sowohl untereinander als auch mit der Marburger Vorlage.

Am besten mit der Marburger Studie oder den Heidelberger Ergebnissen lässt sich allerdings die **Originalversion** vergleichen, da die Skaleneinteilung identisch ist.

Die höchste Rate an positiver Zustimmung liegt in der *Original- Version* auf der Teil- Zufriedenheit **Beziehung Patient- Therapeut**, in der *Münchner Version* bei **Erfolg der Behandlung** und in der *Münchner Kurzversion* bei **Rahmenbedingungen der Behandlung**.

Aufgrund des Durchschnitts- Mittelwertes der **drei Versionen der Münchner Stichprobe (Explorativer Ansatz)** ergibt sich eine Rangfolge der Zufriedenheit nach Höhe der Zufriedenheit gestaffelt von:

- 1. Rang: Beziehung Patient- Therapeut mit MW= 2,81**
- 2. Rang: Rahmenbedingungen der Behandlung mit MW= 2,73**
- 3. Rang: Erfolg der Behandlung mit MW= 2,59**

Faktorenanalyse

- Die Varianz nimmt von der 3- Faktorenlösung zur 5- Faktorenlösung zu, ist aber am stabilsten.
- Die 5- Faktorenlösung ist am aussagekräftigsten, die 3- Faktorenlösung ist für Forschungszwecke besser geeignet.
- Fragen zur Beratung wechseln vom **Erfolg der Behandlung** der Original- Version zur **Beziehung Patient- Therapeut** der Münchner Version.
- Fragen zur Beziehung zum Therapeut wechseln von **Beziehung Patient- Therapeut** der Originalversion zum **Erfolg der Behandlung** in der Münchner Version.
- Die Fragen zu den **Rahmenbedingungen der Beratung** sind gleich bleibend, daher stabil.

Zufriedenheit

- Die **Gesamt- Zufriedenheit** bleibt bei den drei verschiedenen Skaleneinteilungen stabil.
- Die Höchste Rate an positiver Zustimmung wechselt von **Beziehung Patient –Therapeut (Prozessqualität)** in der Original- Version zu **Erfolg der Behandlung (Ergebnisqualität)** in der Münchner Version.

Explorativer Ansatz

- Höchste Rate an positiver Zustimmung erlangt **Beziehung Patient- Therapeut** mit MW= 2,81
- Zweithöchste Rate an positiver Zustimmung erlangt **Rahmenbedingungen der Behandlung** mit MW= 2,73
- Die niedrigste Rate an positiver Zustimmung erlangt **Erfolg der Behandlung** mit MW= 2,59
- Die **Münchner Kurzversion** ist aufgrund der stabilen Fragen am aussagekräftigsten, verfügt über die höchste erklärte Varianz und hat die größte Trennschärfe.
- Zur besseren Vergleichbarkeit wird im konfirmatorischen Ansatz die Originalversion verwandt.

4.4.4. Konfirmatorischer Ansatz – Replikations- Untersuchung der Münchner und der Marburger Stichprobe

4.4.4.1. Vergleich der Münchner 3- Faktorenlösung mit der Marburger Stichprobe

Im Folgenden werden die Fragen, die bei der Münchner und bei der Marburger Drei- Faktorenlösung auf dem gleichen Faktor laden, aufgeführt:

Tabelle 25 Vergleich München/ Marburg

Fragen	München 2003 n=67			Marburg 1997 n=89		
	1= Beziehung Patient- Therapeut	2= Erfolg der Behandlung	3= Rahmenbeding- ungen der Behandlung	1= Beziehung Patient- Therapeut	2= Erfolg der Behandlung	3= Rahmenbedingun- gen der Behandlung
Erklärte Varianz (%)	32,82	15,46	10,68			
Erklärte Gesamtvarianz (%)	58,96					
18. Zufriedenheit mit der Beratung	,85				,65	
8. Verständnis des Problems durch Therapeut	,83			,73		
7. Vertrauen zum Gesprächspartner	,80			,85		
11. Offenheit	,78			,74		
9. Verständnis durch Therapeut	,77			,70		
2. Verständnis für die Situation	,76			,75		
17. Angst vor Missbrauch der Schweigepflicht	-,67					,65
1. Beratung war hilfreich	,61				,73	
3. Beratung ist optimal verlaufen	,59				,44	
16. Zweifel am Nutzen der Beratung	-,58					,61
12. Unzufriedenheit im Verlauf der Behandlung	-,49					,52
6. Besseres Miteinander in der Familie		,78			,60	
20. Besserung der Probleme		,75			0,79	
19. Gutes Miteinander- Auskommen		,62		,84		
4. Angst vor Verschlimmerung der Problematik		,60				,74
15. Therapeut war sympathisch		,59		,72		
13. Videoaufzeichnungen waren unangenehm			,74			,51
14. Ärger über den Therapeuten			,73	,62		
10. Ich fühlte mich unbehaglich			,59			,45
5. Fragebögen waren lästig			,50			,37

Hinweis: Die Frage 14 „Ich habe mich über den Therapeuten geärgert.“ Wurde in der Handanweisung von Mattejat und Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1998) dem Faktor *Rahmenbedingungen der Behandlung* und nicht dem *Faktor Beziehung zum Therapeuten* zugeordnet. (siehe Handanweisung 1998 S. 23, Tab 4.8.)

In unserer Münchner Stichprobe wird diese Frage tatsächlich anhand der Faktorenanalyse als stabile Frage dem Faktor *Rahmenbedingungen der Behandlung* zugeordnet.

Zufriedenheit im Vergleich München, Marburg

Der Stichprobenvergleich und der Vergleich der Mittelwerte wurde bereits auf dem XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Heidelberg vorgestellt (Finsterer und Frank 2005) und mit dem Autor des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung diskutiert (Mattejat und Remschmidt 2005b).

Die **Zufriedenheit** ist annähernd gleich hoch. In München beträgt der Mittelwert der Zufriedenheit MW= 2,66 mit einer STD = 0,99, in Marburg MW= 2,75 mit einer STD= 0,5. (Mattejat und Remschmidt 1998) Somit erlangte Marburg eine höhere Zufriedenheit mit einer geringeren Streuung.

Tabelle 26 Vergleich der gemittelten Werte und der Standardabweichungen

	München n= 67		Marburg** n= 89	
	Mittelwert	STD	Mittelwert	STD
Erfolg der Behandlung	2,51	1,08	2,86	0,73
Erfolg selbst	2,73	1,04	2,92	0,75
Erfolg Familienbeziehung	2,19	1,30	2,62	1,24
Beziehung zum Therapeuten	2,92	1,10	3,16	0,69
Rahmenbedingungen der Beratung	2,59	0,90	2,34	0,73
Patienten- Gesamtwert	2,66*	0,99	2,75	0,5

Die Aussage trifft zu:

0 = überhaupt nicht, 1 = kaum, 2 = teilweise, 3 = überwiegend, 4 = ganz genau

*Die Abweichung des Gesamtwertes der Zufriedenheit vom Ergebnis der addierten MW ergibt sich aus den Rundungsfehlern

**Werte aus: Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB), Hogrefe- Verlag GmbH & Co KG, Göttingen 1998

Höchster Rate an positive Zustimmung **niedrigste Rate an positive Zustimmung**

- Der *Erfolg der Behandlung* fällt in unserer ambulanten Stichprobe um 0,3 geringer aus als in der stationären.
- Die *Beziehung zu dem Therapeuten* fällt in unserer ambulanten Stichprobe um 0,2 geringer aus als in der stationären.
- Lediglich die *Rahmenbedingungen der Behandlung* fallen in unserer ambulanten Stichprobe sogar um 0,3 besser aus als bei der stationären

Die **Beziehung Patient- Therapeut** erzielte bei beiden Stichproben die höchste Rate an positiver Zustimmung, die niedrigste Rate an positiver Zustimmung erzielten **Erfolg Familienbeziehung** und **Rahmenbedingungen der Behandlung**.

4.4.5. Vergleich der Münchner und der Marburger Kurzversion

In Ermangelung von Vergleichsdaten der Marburger Stichprobe zur Kurzversion wurde ein Vergleich anhand der Münchner Stichprobe (n=67) nach den Einteilungen der stabilen Fragen der Münchner Kurzversion (Fragen 6,7,8,9,13,14, und 20) und der Vorgabe der Marburger Kurzversion des „Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung“ (Fragen 1,2,6,7,11,18 und 20) vorgenommen.

Tabelle 27 Vergleich der Einteilung nach der Münchner und der Marburger Kurzversion

Einteilung nach der					
Münchner Kurzversion MW=2,68 STD=1,03			Marburger Kurzversion MW=2,65 STD=1,04		
Ergebnis- qualität	Erfolg der Behand- lung MW=2,43 STD=1,34		18.Ich bin mit der Beratung zufrieden	Erfolg der Behand- lung MW=2,45 STD=1,11	Ergebnis- qualität
			1.Die Beratung war für mich hilfreich		
		6.Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung			
		20.Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert			
Prozessqualität	Beziehung Patient- Therapeut MW=2,83 STD=1,26		2.Die Psychologin der Arzt hatte Verständnis für meine Situation	Beziehung Patient- Therapeut MW=2,89 STD=1,15	Prozessqualität
		7.Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner			
			8.Die Psychologin, der Arzt verstanden das Wesentliche von meinen Problemen		
			9.Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden		
			11.Ich konnte mit dem Therapeuten offen über meine Probleme reden		
	Rahmenbe- dingungen der Behandlung MW=3,05 STD=1,09	13.Die Videoaufnahmen waren mir unangenehm			
	14.Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert				

- Beide Versionen verfügen über sieben stabile Fragen.
- Davon stimmen drei Fragen überein, zwei bei *Erfolg der Behandlung* und eine bei *Beziehung Patient- Therapeut*. Die Marburger Kurzversion verzeichnet unter *Rahmenbedingungen der Behandlung* keine Frage, während in der Münchner Einteilung der Kurzversion (MW=3,05 bei STD=1,09) bei den *Rahmenbedingungen der Behandlung* die beiden stabilsten Fragen sind (siehe Tabelle 20 Münchner Version - Drei-, Vier- und Fünf- Faktorenlösung).
- Die Mittelwerte der **Gesamt- Zufriedenheit** (Münchner Einteilung der Kurzversion mit MW=2,68; Marburger Einteilung MW=2,65) sind trotz unterschiedlicher Fragen vergleichbar.
- Die **Teilbereiche der Zufriedenheit** *Erfolg der Behandlung* (Münchner Einteilung der Kurzversion mit MW=2,43 bei STD=1,34 und Marburger Einteilung mit MW=2,45 bei

STD=1,11), *Beziehung Patient- Therapeut* (Münchener Einteilung der Kurzversion mit MW=2,83 bei STD=1,26 und Marburger Einteilung mit MW=2,89 bei STD=1,15) sind vergleichbar.

- Alle Fragen der **Marburger Kurzversion** sind positiv formuliert.
- Die Frage 14. *Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert* (MW= 3,34, STD= 1,101) entspricht inhaltlich die negative Version der Frage 18. *Ich bin mit der Beratung zufrieden* (MW=2,95, STD=1,199).
- Die Frage 2. *Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für mich.* (MW=3,21, STD= 1,073) ist der Frage 9. *Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.* (MW= 2,70, STD= 1,169) inhaltlich ähnlich.
- Die Frage 11. *Ich konnte offen über meine Probleme reden.* (MW= 2,80, STD= 1,270) und die Frage 8. *Die Psychologin, der verstand das Wesentliche von meinen Problemen.* (MW= 2,70, STD= 1,169) sind ebenfalls vergleichbar.
- Die beiden Fragen 8. *Die Psychologin, der verstand das Wesentliche von meinen Problemen* (MW= 2,70, STD= 1,169) und 9. *Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden* (MW= 2,70, STD= 1,169) der **Münchener Kurzversion** sind inhaltlich ähnlich und könnten zu einer Frage zusammengeschlossen werden.
- Die beiden Fragen 13. *Die Videoaufnahmen waren mir unangenehm* und 14. *Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert*, die am meisten emotional **negativ** behaftet sind, kommen in der Marburger Kurzversion nicht vor.

Vergleich der beiden Kurzversionen

- Formal unterschiedlich
- Skalen überschneiden sich
- Inhaltliche Übereinstimmung

4.5. Einflussvariablen der Zufriedenheit

4.5.1. Bivariate Verfahren

Alle Daten der Basisdokumentation und des YSR- Verhaltensfragebogens nach Achenbach (youth self report) (Achenbach und Edelbrock 1987) wurden hinsichtlich ihrer Korrelationen zur Zufriedenheit mit den drei Versionen geprüft.

In folgendem werden nur die Einflussvariablen bivariat aufgeführt, die im Chi- Quadrat- Test nach Pearson $p \leq 0,05$ signifikant waren.

Bei allen drei Versionen, der **Original- Version**, der **Münchener Version** und der **Münchener Kurzversion** konnten in Teilbereichen der Zufriedenheit, nicht aber in der Gesamt- Zufriedenheit, Zusammenhänge festgestellt werden.

Tabelle 28 Geschlecht und Rahmenbedingungen der Behandlung

		Geschlecht n=64	
		männlich	weiblich
Rahmen- bedingungen der Behandlung	zufrieden	n=27 71%	n=24 92%
	unzufrieden	n=11 29%	n=28% 8%

Der Chi- Quadrat- Test war mit **0,038** signifikant.

71% der männlichen Jugendlichen und 92% der weiblichen Jugendlichen waren mit den Rahmenbedingungen der Behandlung zufrieden.

Die weiblichen jugendlichen Patienten sind bezüglich den Rahmenbedingungen einer Behandlung zufriedener.

Tabelle 29 Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik mit Rahmenbedingungen der Behandlung

Teil- Zufriedenheit p=0,025		Sicht des Therapeuten 1999/2000 n=61		
		kein Behandlungsauftrag	gebessert	unverändert oder verschlechtert
Sicht des Jugendlichen 2002	zufrieden	n=6 50%	n=32 86%	n=10 83%
	unzufrieden	n=6 50%	n=5 14%	n=2 17%

Der Chi- Quadrat- Test war mit **0,025** signifikant.

- 50% der Jugendlichen, die aus Sicht der Therapeuten **keinen Behandlungsauftrag** erteilten, war mit den Rahmenbedingungen der Behandlung zufrieden.
- 86% der Jugendlichen, bei denen sich die **Symptomatik verbessert** hat, waren mit den Rahmenbedingungen der Behandlung zufrieden.
- 83 % der Patienten, bei denen die Symptomatik **gleich bleibend** war oder sich verschlechtert hat, waren mit den Rahmenbedingungen der Beratung zufrieden.
- Symptomatik aus Sicht des Therapeuten 1999/2000 gebessert
- Jugendliche 2002 mit den Rahmenbedingungen der Behandlung vor 3 Jahren zufrieden

Übereinstimmende Sichtweise:

Je besser das Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik aus Sicht des Therapeuten ist, desto zufriedener äußern sich Jugendliche über die Rahmenbedingungen einer Behandlung.

4.5.1.1. Münchner Version und Münchner Kurzversion

Die gleichen Einflussvariablen wurden mit der Frage, wie stabil die Ergebnisse sind, nach der **Münchner Version** und der **Münchner Kurzversion** nochmals überprüft.

In der **Münchner Version** gab es keine bedeutsamen Einflussfaktoren.

Bei der **Münchner Kurzversion** konnte ein bedeutsamer Zusammenhang festgestellt werden.

Tabelle 30 Schulbesuch und Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung und den Rahmenbedingungen der Behandlung

	Zufriedenheit- Münchner Kurzversion	
	Erfolg der Behandlung n=57	Rahmenbedingungen der Behandlung n=53
	p=0,025	p=0,049
Sonderschule	100% n=4	100% n=4
Grundschule	94% n=17	94% n=16
Haupt/Real/Berufsschule	61% n=11	20% n=11
Gymnasium/ Universität	65% n=11	100% n=16
Gesamt Zufrieden	75% n=43	89% n=47

Der Chi- Quadrat- Test nach Pearson war beim **Erfolg der Behandlung** mit **p=0,049** und bei den **Rahmenbedingungen der Behandlung** mit **p=0,025** signifikant.

- 100 % der Patienten, die eine Sonderschule besuchten und 94 % der Patienten, die die Grundschule besuchten, waren sowohl mit dem **Erfolg der Behandlung** als auch den **Rahmenbedingungen der Behandlung** zufrieden.
- Jugendlichen, die eine Haupt/ Real oder Berufsschule besuchten, waren zu 61 % mit dem **Erfolg der Behandlung** und zu 20% mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung** zufrieden.
- Patienten, die ein Gymnasium oder die Universität besuchten, waren zu 65 % mit dem **Erfolg der Behandlung** zu 100%% mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung** zufrieden.

Je höher das Bildungsniveau und das Alter der jugendlichen Patienten ist,

- desto **geringer** ist die Zufriedenheit mit dem **Erfolg der Behandlung** und desto eher wird Kritik geäußert
- desto **höher** ist die Zufriedenheit der Antwortter mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung**.

4.5.1.2. Zusammenfassung der Bivariaten Ergebnisse

Tabelle 31 Bivariaten Ergebnisse- Einflussvariablen auf die Zufriedenheit

Zufriedenheit		Geschlecht	Schule	Behandlungs- ergebnis bzgl. der Symptomatik
		p	p	p
Original- Version	Erfolg			
	Erfolg selbst			
	Erfolg Familie			
	Beziehung Patient- Therapeut			
	Rahmenbedingungen der Behandlung	0,038		0,025
	Gesamt- Zufriedenheit*			
Münchener Version	Erfolg			
	Beziehung Patient- Therapeut			
	Rahmenbedingungen der Behandlung			
	Gesamt- Zufriedenheit*			
Münchner Kurzversion	Erfolg		0,049	
	Beziehung Patient- Therapeut			
	Rahmenbedingungen der Behandlung		0,025	
	Gesamt- Zufriedenheit			

Legende: p= Signifikanz; angegeben sind nur die signifikanten Werte $p \leq 0,05$
Gesamt –Zufriedenheit ist identisch in der Original- Version und dem Münchner Modell

Die Zusammensetzung der Teilzufriedenheiten **Erfolg der Behandlung** und **Beziehung Patienten- Therapeut** der einzelnen Versionen erfolgte über eine unterschiedliche Kombination der Einzelfragen. Während **Rahmenbedingungen der Behandlung** weiterhin die gleiche Fragenkombination enthält, traten Verschiebungen untereinander in den Bereichen **der Behandlung** und **Beziehung Patienten- Therapeut** auf.

Fast alle befragten **weiblichen Patienten** waren mit den **Rahmenbedingungen der Beratung**, wie Belastungen durch Videoaufnahmen und Ärger über den Therapeuten, zufrieden, während 40 % der männlichen Patienten damit unzufrieden war.

Die **Schulbildung** hat einen schwachen Zusammenhang mit dem **Erfolg der Behandlung** und den **Rahmenbedingungen der Behandlung**. Mit zunehmender Schulbildung nehmen die Zufriedenheit am Erfolg der Behandlung ab und die Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen zu.

Das **Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik** zeigt einen Zusammenhang mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung**. Je schlechter das Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik von den Behandlern eingeschätzt wird, desto niedriger ist die Zufriedenheit der Jugendlichen in Bezug auf die Rahmenbedingungen der Behandlung.

Hieraus ergibt sich eine Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Beurteilern.

4.5.2. Einflussvariablen auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

In einem explorativen Ansatz werden möglichen Einflussvariablen auf die Zufriedenheit ermittelt.

In diesem Kapitel werden verschiedene Einflussvariablen auf das Antwortverhalten und die Zufriedenheit deskriptiv dargestellt.

- Alter
- Nationalität
- Diagnose
- Intelligenz
- Störung des Sozialverhaltens
- Behandlungskontakte
- Episoden

Obengenannte Einflussvariablen wiesen keine Signifikanz auf.

4.5.2.1. Alter

Tabelle 32 Alter in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

n=96		Alter		
		Unter 11 Jahren (n=15)	11-18 Jahre (n=73)	Über 18 Jahre (n=8)
Antwortverhalten	Nicht-Antworter (n=29)	6 (40%)	21 (29%)	2 (25%)
	Antworter (n=67)	9 (60%)	52 (71%)	6 (75%)

n=67		Alter		
		Unter 11 Jahre (n=9)	11-18 Jahre (n=52)	Über 18 Jahre (n=6)
Gesamt-Zufriedenheit	unzureichend ausgefüllter Fragebogen (n=3)	0 (0%)	4 (8%)	0 (0%)
	unzufrieden (n=9)	0 (0%)	8 (15%)	1 (17%)
	zufrieden (n=54)	9 (100%)	40 (77%)	5 (83%)

15 Patienten von 96 waren unter 11 Jahren, 73 Patienten zwischen 11 und 18 Jahren und 8 Patienten waren über 18 Jahre.

Von den Patienten unter 11 Jahren antworteten 60%, zwischen 11 und 18 Jahren 71% und über 18 Jahre antworteten 75%.

Bei den Patienten unter 11 Jahren lag die Zufriedenheit bei 100%, zwischen 11 und 18 Jahren bei 77% und über 18 Jahre bei 5%.

Mit steigendem Alter nimmt die Antworthäufigkeit zu und die Zufriedenheit ab.

Tabelle 33 Alter und Bereiche der Zufriedenheit

		Alter			
		< 11 Jahren	11-18 Jahre	>18 Jahren	Gesamt
Zufriedenheit	Erfolg der Beratung	100%	63%	83%	70%
	Erfolg selbst	100%	68%	83%	74%
	Erfolg Familienbeziehung	44%	48%	40%	47%
	Beziehung zum Therapeuten	100%	79%	83%	83%
	Rahmenbedingungen der Beratung	89%	80%	67%	80%
	Gesamt- Zufriedenheit	100%	77%	83%	84%

Beim Erfolg Familienbeziehung ist die Zufriedenheit tendenziell gleich bleibend niedrig.

Bei Erfolg der Beratung, Erfolg selbst und Beziehung zum Therapeuten ist die Zufriedenheit der unter 11-jährigen Patienten sehr hoch, wenn sie antworten, nimmt bei den 11-18 jährigen Patienten deutlich ab und steigt bei den über 18 jährigen Patienten leicht an.

Bei den Rahmenbedingungen der Behandlung nimmt die Zufriedenheit mit steigendem Alter ab.

4.5.2.2. Nationalität in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

Tabelle 34 Nationalität in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

Hier wird der Einfluss der Nationalität auf das Antwortverhalten und die Zufriedenheit dargestellt.

n=96		Nationalität	
		Deutsch (n=85)	Andere Nationalität (n=11)
Antwort- verhalten	Nicht- Antworte (n=29)	23 (27%)	6 (55%)
	Antworte (n=67)	62 (73%)	5 (45%)

n=67		Nationalität	
		Deutsch (n=62)	Andere Nationalität (n=5)
Gesamt- Zufriedenheit	unzureichend aus- gefüllter Frage- bogen (n=3)	4 (6%)	0 (0%)
	unzufrieden (n=9)	9 (15%)	0 (0%)
	zufrieden (n=54)	49 (79%)	5 (100%)

85 Patienten von 96 hatten deutsche Nationalität und 11 Patienten eine andere Nationalität.

Von den Patienten mit deutscher Nationalität antworteten 73 % und mit anderer Nationalität 45 %.

Bei Patienten mit deutscher Nationalität lag die Zufriedenheit bei 79% und bei Patienten mit anderer Nationalität bei 100%.

Sowohl die Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen, als auch die Zufriedenheit wird von der Nationalität beeinflusst.

Deutsche Patienten antworten häufiger, Patienten anderer Nationalität äußern sich zufriedener, wenn sie antworten.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Verständnisproblematik zum Tragen kommt. Wie gut beherrschen diese Patienten die deutsche Sprache?

4.5.2.3. Diagnose in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

Tabelle 35 Diagnose in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

n=96		Achse I: Diagnose			
		Keine psychiatrische Diagnose (n=14)	Internalisierende Störung (n=38)	Externalisierende Störung (n=31)	Andere Störungen (n=13)
Antwortverhalten	Nicht-Antwörter (n=29)	3 (21%)	9 (24%)	13 (42%)	4 (31%)
	Antworter (n=67)	11 (79%)	29 (76%)	18 (58%)	9 (69%)

n=67		Achse I: Diagnose			
		Keine psychiatrische Diagnose (n=11)	Internalisierende Störung (n=29)	Externalisierende Störung (n=18)	Andere Störungen (n=9)
Gesamt-Zufriedenheit	unzureichend ausgefüllter Fragebogen (n=3)	1 (9%)	1 (3%)	1 (6%)	1 (11%)
	unzufrieden (n=9)	0 (0%)	3 (10%)	4 (22%)	2 (22%)
	zufrieden (n=54)	10 (91%)	25 (86%)	13 (72%)	6 (67%)

14 Patienten von 96 hatten keine psychiatrische Diagnose, 38 Patienten internalisierende Störungen, 31 Patienten externalisierende Störungen und 13 Patienten hatten andere Störungen.

Patienten ohne psychiatrische Diagnose antworteten 79 %, mit internalisierenden Störungen 76%, mit externalisierenden Störungen 58% und von den Patienten mit anderen Störungen antworteten 69%.

Bei Patienten ohne psychiatrische Diagnose lag die Zufriedenheit bei 91%, mit internalisierenden Störungen bei 86%, mit externalisierenden Störungen bei 72% und bei Patienten mit anderen Störungen lag die Zufriedenheit bei 67%.

Sowohl die Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen, als auch die Zufriedenheit ist bei Patienten ohne psychiatrische Diagnose oder mit internalisierenden Störungen höher als bei Patienten mit externalisierenden oder „anderen“ Störungen.

4.5.2.4. Intelligenz in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

Tabelle 36 Intelligenz in Bezug auf Antwortverhalten und Gesamt-Zufriedenheit

n=96		Achse III: Intelligenz	
		Normale bis hohe Intelligenz (n=72)	Intelligenzminderung (n=13)
Antwortverhalten	Nicht-Antworter (n=29)	19 (26%)	4 (31%)
	Antworter (n=67)	53 (74%)	9 (69%)

n=67		Achse III: Intelligenz	
		Normale bis hohe Intelligenz (n=53)	Intelligenzminderung (n=9)
Gesamt-Zufriedenheit	unzureichend ausgefüllter Fragebogen (n=3)	2 (4%)	1 (11%)
	unzufrieden (n=9)	8 (15%)	0 (0%)
	zufrieden (n=54)	43 (81%)	8 (89%)

Hier wird der Einfluss der Intelligenz auf das Antwortverhalten und die Zufriedenheit dargestellt.

72 Patienten von 96 hatten eine normale bis hohe Intelligenz und 13 Patienten eine Intelligenzminderung.

Von den Patienten mit normaler bis hoher Intelligenz antworteten 74%, mit einer Intelligenzminderung antworteten 69 %.

Bei Patienten mit normaler bis hoher Intelligenz lag die Zufriedenheit bei 81% und mit einer Intelligenzminderung bei 89%.

Das Intelligenzniveau zeigt einen Zusammenhang mit der Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen und mit der Zufriedenheit. Patienten mit normalem Intelligenzniveau antworten häufiger, als Patienten mit niedrigem Intelligenzniveau. Patienten mit niedrigem Intelligenzniveau sind zufriedener, wenn sie antworten, als Patienten mit normalem Intelligenzniveau. Wie klar sind den Patienten mit niedrigem Intelligenzniveau die Fragestellungen?

4.5.2.5. Achse IV: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

Tabelle 37 Achse IV: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

n=96		Achse IV: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus		
		Leichte soziale Beeinträchtigung (n=28)	Deutliche soziale Beeinträchtigung (n=52)	Gravierende soziale Beeinträchtigung (n=9)
Antwortverhalten	Nicht-Antwörter (n=29)	3 (11%)	19 (37%)	4 (44%)
	Antwörter (n=67)	25 (89%)	33 (63%)	5 (56%)

n=67		Achse IV: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus		
		Leichte soziale Beeinträchtigung (n=25)	Deutliche soziale Beeinträchtigung (n=33)	Gravierende soziale Beeinträchtigung (n=5)
Gesamt-Zufriedenheit	unzureichend ausgefüllter Fragebogen (n=3)	1 (4%)	2 (6%)	1 (20%)
	unzufrieden (n=9)	2 (8%)	6 (18%)	1 (20%)
	zufrieden (n=54)	22 (88%)	25 (76%)	3 (60%)

Hier wird der Einfluss der globalen psychosozialen Anpassung auf das Antwortverhalten und die Zufriedenheit dargestellt.

28 Patienten von 96 hatten eine leichte soziale Beeinträchtigung, 52 Patienten eine deutliche soziale Beeinträchtigung und 9 Patienten eine gravierende soziale Beeinträchtigung.

Von den Patienten mit leichter sozialer Beeinträchtigung antworteten 89%, mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung 63% und mit gravierender sozialer Beeinträchtigung 56 %.

Bei Patienten mit leichter sozialer Beeinträchtigung lag die Zufriedenheit bei 88%, mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung bei 76% und mit gravierender sozialer Beeinträchtigung bei 60 %.

Sowohl die Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen, als auch die Zufriedenheit wird von der globalen psychosozialen Anpassung beeinflusst. Je gravierender die Störung der globalen psychosozialen Anpassung ist, desto weniger nehmen die Patienten an einer Umfrage teil und desto weniger zufrieden sind sie.

4.5.2.6. Behandlungskontakte in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

Tabelle 38 Beratungs- und Behandlungskontakte in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit

n=96		Beratungs- und Behandlungskontakte			
		Einmaltermin (n=18)	2-10 Termine (n=49)	11-20 Termine (n=25)	über 20 Termine (n=4)
Antwort- verhalten	Nicht- Antworter (n=29)	9 (50%)	16 (33%)	4 (16%)	0 (0%)
	Antworter (n=67)	9 (50%)	33 (67%)	21 (84%)	4 (100%)

n=67		Beratungs- und Behandlungskontakte			
		Einmal- termin (n=9)	2-10 Termine (n=33)	11-20 Termine (n=21)	über 20 Termine (n=4)
Gesamt- Zufriedenheit	unzureichend aus- gefüllter Frage- bogen (n=3)	1 (11%)	2 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
	unzufrieden (n=9)	3 (33%)	4 (12%)	2 (10%)	0 (0%)
	zufrieden (n=54)	5 (55%)	27 (82%)	19 (90%)	4 (100%)

Es lässt sich eine deutliche Dosis- Wirkungs- Beziehung der Zufriedenheit mit der **Anzahl der Kontakte** erkennen.

Von den 50% der Antworter mit Einmalterminen waren 55% zufrieden, von 67% der Antworter mit 2 -10 Terminen 82%, von 84% der Antworter mit 11- 20 Terminen 90% und von 100% der Antworter mit über 20 Terminen waren 100% zufrieden.

Remschmidt und Mattejat konnten eine deutliche Steigerung der durchschnittlichen Behandlungserfolge feststellen, die länger als 3 Monate währten und kamen zu dem Entschluss, dass „Therapie eine gewisse Mindestdauer benötigt, um zu einem guten Erfolg zu führen“. (Remschmidt und Mattejat 2002)

Je mehr Termine ein Patient hat, desto höher sind seine Zufriedenheit und die Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen.

Tabelle 39 Zusammenhang zwischen Terminen, Episoden, Antwortern und Zufriedenheit

	Episoden	Termine		Antworten		Zufrieden	
Eimaltermine	1. Episode	12	18	7	9	3	5
	2. Episode	4		1		1	
	3. Episode	2		1		1	
2-10 Termine	1. Episode	35	49	22	33	18	26
	2. Episode	9		8		5	
	3. Episode	5		3		3	
11-20 Termine	1. Episode	21	25	17	21	15	19
	2. Episode	2		2		2	
	3. Episode	2		2		2	
Über 20 Termine	1. Episode	3	4	3	4	3	4
	2. Episode	1		1		1	
	3. Episode	-		-		-	
Gesamt		96		67		54	

Die 12 Einmaltermine der 1. Episode sind „echte“ Einmaltermine.

Je mehr Episoden ein Patient hat, desto höher ist seine Zufriedenheit, während die Anzahl der Episoden kaum Einfluss auf die Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen hat. (Selektion!)

Zusammenfassend lässt sich eine Dosis- Wirkung- Beziehung feststellen.

Tabelle 40 Einflussvariablen auf das Antwortverhalten und die Zufriedenheit

	Hohe Antwortrate	Hohe Zufriedenheit
Alter	älter	jünger
Nationalität	deutsch	andere
Intelligenzniveau	normal	niedrig
Diagnose	Ohne psychiatrische Diagnose/ internalisierende Störungen	
Globale psychosoziale Anpassung	Ohne Störung	
Termine	Viele Termine	
Episoden	Kein Einfluss	Viele Episoden

4.5.2.7. Zusammenfassung

Mit steigendem **Alter** nimmt die *Antworthäufigkeit* zu und die *Zufriedenheit* ab.

Bei Erfolg der Beratung, Erfolg selbst und Beziehung zum Therapeuten ist die *Zufriedenheit* der unter 11-jährigen Patienten sehr hoch, nimmt bei den 11-18 jährigen Patienten deutlich ab und steigt bei den über 18 jährigen Patienten leicht an.

Beim Erfolg Familienbeziehung ist die *Zufriedenheit* tendenziell gleich bleibend niedrig.

Bei den Rahmenbedingungen der Behandlung nimmt die *Zufriedenheit* mit steigendem Alter ab.

Sowohl die *Bereitschaft an einer Nachbefragung* teilzunehmen, als auch die *Zufriedenheit* wird von der **Nationalität** beeinflusst.

Deutsche Patienten antworten häufiger, Patienten anderer Nationalität sind zufriedener

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Verständnisproblematik zu tragen kommt. Wie gut beherrschen diese Patienten die deutsche Sprache?

Sowohl die Bereitschaft an einer *Nachbefragung* teilzunehmen, als auch die *Zufriedenheit* ist bei Patienten ohne psychiatrische **Diagnose** oder mit internalisierenden Störungen höher als bei Patienten mit externalisierenden oder anderen Störungen.

Das **Intelligenzniveau** zeigt einen Zusammenhang mit der Bereitschaft an einer *Nachbefragung* teilzunehmen und mit der *Zufriedenheit*.

Patienten mit normalem Intelligenzniveau antworten häufiger, als Patienten mit niedrigem Intelligenzniveau.

Patienten mit niedrigem Intelligenzniveau sind zufriedener, als Patienten mit normalem Intelligenzniveau.

Wie klar sind den Patienten mit niedrigem Intelligenzniveau die Fragestellungen?

Sowohl die Bereitschaft an einer *Nachbefragung* teilzunehmen, als auch die *Zufriedenheit* wird von der **globalen psychosozialen Anpassung** beeinflusst.

Je gravierender die Störung der globalen psychosozialen Anpassung ist, desto weniger nehmen die Patienten an einer Umfrage teil und desto weniger zufrieden sind sie.

Je mehr **Termine** ein Patient hat, desto höher sind seine *Zufriedenheit* und die Bereitschaft an einer *Nachbefragung* teilzunehmen.

Durch die sehr deutlichen Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen Anzahl an Kontakten, und *Zufriedenheit* und durch die Aussage von Remschmidt und Mattejat (Remschmidt und Mattejat 2002) stellt sich die Frage inwieweit Ergebnisse durch den Ausschluss von Patienten mit Einmalkontakten oder von „Abbrechern“ zum Positiven verfälscht werden. Termine in Bezug auf Antwortverhalten und *Zufriedenheit* (Signifikanz $p \leq 0,05$)

Je mehr Behandlungs-**Episoden** ein Patient hat, desto höher ist seine *Zufriedenheit*, während die Anzahl der Episoden kaum Einfluss auf die Bereitschaft an einer *Nachbefragung* teilzunehmen hat.

4.5.3.2. Ergebnisse der Regressionsanalyse

Zusammenhänge zwischen den einzelnen Einflussvariablen und der Zufriedenheit wurden nur auf Teilbereiche der Zufriedenheit und nicht auf die Gesamt- Zufriedenheit gefunden.

Original- Version

- In der Original- Version zeigt die Zufriedenheit einen Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen der Beratung vom **Geschlecht**. (**p=0,007; Beta=0,486**). Von den männlichen Jugendlichen waren 71% und von den weiblichen Jugendlichen 92% zufrieden.

Münchener Version

- Nach der Münchener Version wirken sich **umschriebene Entwicklungsstörungen** in Bezug auf Beziehung zum Therapeuten negativ auf die Zufriedenheit auf. (**p=0,017; Beta= - 0,500**). Von den Jugendlichen ohne Entwicklungsstörung sind 93% zufrieden und von den Jugendlichen mit Entwicklungsstörung 78%.
- In der Münchener Version zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der **Höhe des Intelligenzquotienten** und der Zufriedenheit in Bezug auf Rahmenbedingungen der Behandlung. (**p=0,036; Beta= - 0,457**). 81% der Jugendlichen mit normaler und hoher Intelligenz und 89% der Jugendlichen mit niedriger Intelligenz waren zufrieden.

Münchener Kurzversion

- Nach der Münchener Kurzversion besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der **Episoden** und der Zufriedenheit in Bezug auf den Erfolg der Behandlung. (**p=0,017; Beta=0,432**). Nach der 1.Episode sind 70 % der Jugendliche zufrieden, nach der 2. Episode 73 % und nach mehr als 2 Episoden bereits 84 % der Jugendlichen. Nur die zufriedenen Patienten kommen wieder.
- In der Münchener Kurzversion gibt es Zusammenhänge zwischen der **Körperliche Symptomatik** und der Zufriedenheit in Bezug auf die Beziehung zum Therapeuten. (**p=0,044; Beta= - 0,416**). 85% der Jugendlichen ohne körperliche Symptomatik und 62% der Jugendlichen mit körperlicher Symptomatik waren zufrieden. (Insgesamt antworteten von diesen Patienten nur 67%).
- Nach der Münchener Kurzversion wirkt sich die Stärke der Beeinträchtigung des **Psychosozialen Funktionsniveaus der Beziehungen** auf die Zufriedenheit in Bezug auf Rahmenbedingungen der Behandlung aus. (**p=0,023; Beta= - 0,486**). 96 % der Patienten mit leichter sozialer Beeinträchtigung, 83 % der Patienten mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung und 75 % der Patienten mit schwerer sozialer Beeinträchtigung waren zufrieden.
Das aus Sicht des Behandlers beeinträchtigte Funktionsniveau zeigt sich in der Nachbefragung und in der geringen Zufriedenheit der Jugendlichen.
- Nach der Münchener Kurzversion gibt es einen Zusammenhang zwischen **Alter** und der Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Beratung. (**p=0,036; Beta= - 0,368**).

Fazit der Regressionsanalyse:

Zufriedenheit mit dem **Erfolg der Behandlung**

- Mit steigender Anzahl der Episoden wächst die Zufriedenheit der Jugendlichen

Zufriedenheit mit der **Beziehung zum Therapeuten**

- Bei Vorhandensein einer umschriebener Entwicklungsstörung geringe Zufriedenheit
- Bei Vorhandensein einer Körperlichen Symptomatik geringe Zufriedenheit

Zufriedenheit mit den **Rahmenbedingungen der Beratung**

- Weibliche Patienten sind zufriedener, als männliche Patienten.
- Jüngere Patienten sind zufriedener oder mit steigendem Alter äußern sich die Patienten kritischer
- Je niedriger die Intelligenz ist, desto zufriedener sind die Jugendlichen.
- Je stärker Beeinträchtigung des Psychosozialen Funktionsniveaus der Beziehungen ist, desto weniger ist der Patient zufrieden.

4.5.3.3. Multivariate Varianzanalyse

Tabelle 42 Varianzanalyse: Zufriedenheit

Skaleneinteilungen		Multivariate Tests Pillai- Spur			Behandlungsergebnis bzgl. der Gesamtsituation	Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik			Multiaxiales Klassifikationsschema ICD 10								
		p	F	Wert		p	F	R ²	p	F	R ²	Achse I: psychiatrische Diagnose		Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus			
Original-Version	Erfolg	,245	1,41	,570													
	Erfolg selbst	,982	,388	,241													
	Erfolg Familie	,575	,907	,461				,045	4,343	,875							
	Beziehung	,617	,859	,447													
	Rahmenbedingungen	,210	1,50	,585													
	Gesamt- Zufriedenheit	0,0															
Münchener Version	Erfolg	,871	,587	,285													
	Beziehung	,703	,775	,345													
	Rahmenbedingungen	,922	,512	,258													
	Gesamt- Zufriedenheit	0,0															
Münchener Kernfragen	Erfolg	,551	,931	,404	,020	5,953	1,792										
	Beziehung	,939	,466	,253													
	Rahmenbedingungen	,491	,999	,421	,017	6,198	1,866										
	Gesamt-Zufriedenheit	0,0															

Legende:

p= Signifikanz; angegeben sind nur die signifikanten Werte p<=0,05

R²= Maß für die Güte der Anpassung, ergibt sich aus dem erklärten Teil der Varianz und der Gesamtvarianz

F= Prüfgröße als Absicherung gegen Null

4.5.3.4. Ergebnisse der Varianzanalyse

Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation ein Prädiktor für die Zufriedenheit mit dem **Erfolg der Behandlung** und den **Rahmenbedingungen der Behandlung** in der Münchner Kurzversion

Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilt hatten, waren unzufriedener, als Patienten, bei denen sich die Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten verändert hat.

In der Original- Version wurde bei der **Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung** folgendes Ergebnis erzielt ($p= 0,020$; $R^2= 1,792$):

60 % der Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilen waren zufrieden

69 % der Patienten, bei denen sich die Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten gebessert hat waren zufrieden.

81 % der Patienten, bei den die Gesamtsituation gleich bleibend war oder sich verschlechtert hat.

In der Münchner Kurzversion wurde bei der **Zufriedenheit mit dem Rahmenbedingungen der Behandlung** folgendes Ergebnis erzielt ($p= 0,017$; $R^2= 1,866$):

75 % der Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilen waren zufrieden

89 % der Patienten, bei denen sich die Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten gebessert hat waren zufrieden.

95 % der Patienten, bei den die Gesamtsituation gleich bleibend war oder sich verschlechtert hat.

Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik

In der Original- Version zeigt das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik einen Zusammenhang mit der **Zufriedenheit mit dem Erfolg Familienbeziehung**

Tendenziell lässt sich bei den jugendlichen Patienten, bei denen eine Besserung der Symptomatik aus Sicht des Therapeuten eingetreten ist, eine geringere Zufriedenheit erkennen als bei den Patienten bei den sich die Symptomatik verschlechtert hat oder gleich geblieben ist.

Hier sind die Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilten tendenziell zufriedener.

In der Original- Version wurde bei der **Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung** in Bezug auf die Familie folgendes Ergebnis erzielt ($p= 0,045$; $R^2= 0,875$):

56 % der Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilen waren zufrieden

46 % der Patienten, bei denen sich die Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten gebessert hat waren zufrieden.

50 % der Patienten, bei den die Gesamtsituation gleich bleibend war oder sich verschlechtert hat.

Achse I: Diagnose

In der Original- Version zeigte die Art der Diagnose einen Zusammenhang mit dem **Erfolg der Behandlung**.

In der Original- Version waren alle Jugendlichen, die keine psychiatrische Diagnose hatten mit dem **Erfolg der Behandlung** zufrieden. ($p= 0,019$; $R^2= 3,664$):

Jugendliche mit internalisierenden Störungen waren deutlich unzufriedener. Es waren nur noch 69 % zufrieden.

Jugendliche mit externalisierenden Störungen waren zu 63 % zufrieden.

Jugendliche mit anderen Störungen waren nur zu 60 % zufrieden.

Achse VI: Psychosoziales Funktionsniveau der Beziehungen

Nach der Original- Version und den Münchener Kernfragen zeigt die Stärke der Beeinträchtigung des Psychosozialen Funktionsniveaus der Beziehungen einen Zusammenhang mit der Zufriedenheit in Bezug auf die **Erfolg der Behandlung**

Je stärker die Beeinträchtigung des Psychosozialen Funktionsniveaus der Beziehungen ist, desto unzufriedener ist der Jugendliche. ($p= 0,013$; $R^2= 3,664$):

Bei guten Beziehungen der Erfassungsskala waren 81 % der jugendlichen Patienten zufrieden.

Bei unbefriedigender Beziehung waren 73 % der Jugendlichen zufrieden und bei schlechten Beziehungen nur noch 60 %.

Fazit der Varianzanalyse:

Unzureichende Problemdefinition zu Beginn der Behandlung wirkt sich auf die Erteilung eines Behandlungsauftrages und auf die Zufriedenheit des Patienten 3 Jahre nach Behandlung aus.

- Bei unverändertem oder verschlechtertem **Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik** aus Sicht des Therapeuten, waren jugendliche Patienten dennoch mit dem *Erfolg der Familienbeziehung* zufrieden.
- Jugendliche ohne psychiatrische Diagnose sind mit dem **Erfolg der Behandlung** zufrieden. Jugendliche mit einer externalisierenden oder anderen Störungen sind unzufrieden.
- Je höher der Schweregrad der Beeinträchtigung des **Psychosozialen Funktionsniveaus der Beziehungen** ist, desto weniger ist der Patient nach 3 Jahren mit dem **Erfolg der Behandlung** zufrieden.

4.5.4. Vergleich der bivariaten und multivariaten Ergebnisse

Beim Vergleich der bivariaten und der beiden multivariaten Verfahren konnte eine Übereinstimmung der bivariaten und der multivariaten Ergebnisse in der Regressionsanalyse bei der **Original- Version** in *Rahmenbedingungen der Behandlung* festgestellt werden. Geschlecht fungierte bei beiden als Einflussvariable.

Tabelle 43

Einflussvariablen	Bivariate Auswertung	Multivariate Auswertung	
		Regressions-Analyse	Varianz-Analyse
Geschlecht	x	x	
Alter		x	
Schule	x		
Achse I Diagnose			x
Achse II Entwicklungsstörung		x	
Achse III Intelligenz		x	
Achse IV Körperliche Symptomatik		x	
Achse VI Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus		x	x
Behandlungsergebnis bzgl. Symptomatik	x		x
Behandlungsergebnis bzgl. Gesamtsituation			x
Episode		x	

Bei folgenden Einfluss- Variablen konnte ein Ergebnis mit stabilem Einfluss verzeichnet werden:

- **Geschlecht** (signifikant in der bivariaten Auswertung und in der Regressions- Analyse)
- **Achse IV Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus** (signifikant in der Regressions- Analyse und der Varianz- Analyse)
- **Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik** (signifikant in der bivariaten Auswertung und der Varianz- Analyse)

Die Art des Geschlechts, der Schweregrad der Achse IV Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus und das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik haben stabilen Einfluss auf die Zufriedenheit der jugendlichen Patienten.

Die Variable **Alter** ist Hintergrund- Variable für die Variable Schule.

Geringeren Einfluss besitzen die Variablen Diagnose, Entwicklungsstörungen, Intelligenz, Körperliche Symptomatik, Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten und die Episoden.

Die Münchner Kurzversion verfügt über die größte Trennschärfe!

Tabelle 43 Prädiktoren der Zufriedenheit

Skaleneinteilungen der Zufriedenheit		Demographische Daten der Basisdokumentation			Prozess des Kurzzeitverlauf			Diagnosen/ Problematik				
		Ge- schlecht	Alter bei Beginn der Therapi e	Schule	Epi- soden	Behand- lungs- ergebnis bzgl. der Sympto- matik	Behand- lungs- ergebnis bzgl. der Gesamt- situation	Achse I Dia- gnose	Achse II Ent- wickl- ungs- störungen	Achse III Intellig enz	Achse IV Körper- liche Sympto- matik	Achse VI Globale Beurteilung des psycho- sozialen Funktionsni- veaus
Signifikanz p		p	p	p	p	p	p	p	p	p	p	
Original- Version	Erfolg						0,019				0,013	
	E. selbst											
	E. Familie					0,045						
	Beziehung											
	Rahmenbedingungen	0,038 0,007				0,025						
Gesamt- Zufriedenheit												
Münchener Version	Erfolg											
	Beziehung							0,017				
	Rahmenbedingungen								0,036			
	Gesamt- Zufriedenheit											
Münchener Kurzversion	Erfolg			0,049	0,017		0,020					
	Beziehung									0,044		
	Rahmenbedingungen		0,036	0,025			0,017				0,023	
	Gesamt-Zufriedenheit											

Bivariates Ergebnis durch Chi- Qudarat- Test nach Person Multivariates Ergebnis durch Regressionsanalyse

Multivariates Ergebnis durch Varianzanalyse

Die Münchener Kurzversion verfügt über die größte Trennschärfe!

5. DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit wird mittels Marburger **Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB)** nach *Mattejat* und *Remschmidt* (Mattejat und Remschmidt 1998) die Zufriedenheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Beratung und Behandlung an der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians Universität in München im ambulanten Bereich erhoben.

Der FBB stellt bisher den ersten Vorschlag einer subjektiven Erfassung der Versorgungsqualität von psychotherapeutischen Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien im deutschsprachigen Raum dar. Die subjektive Therapiebewertung der beteiligten Person stellt ein zentrales Kriterium der Therapiequalität dar, wenn man die Psychotherapie als Funktion der Kooperation der Patienten, der betroffenen Familie und des Therapeuten sieht. (Mattejat und Remschmidt 1993)

Der Fragebogen soll relativ schnell und ökonomisch die objektive Prozess- und Ergebnisqualität und die subjektive Behandlungsqualität bzw. Behandlungszufriedenheit erfassen, in der Regel unmittelbar nach Abschluss der Therapie. Möglich ist aber auch der Einsatz im Rahmen einer katamnestischen Befragung oder als eine Zwischenbilanz im Verlauf der Therapie.

Die Fragebögen sollten nicht auf bestimmte Therapiemethoden oder bestimmte Diagnosegruppen eingeschränkt sein.

Verschiedene **Qualitätsaspekte** zur Beurteilung des Therapieerfolges sollten erfasst werden, wie

- die Beziehung zwischen der Familie und dem Therapeuten (Prozessqualität der Behandlung)
- unerwünschte Nebeneffekte der Therapie, mögliche Nachteile und Belastungen durch die Behandlung,
- Zumutbarkeit und Akzeptabilität der Maßnahmen

Eine wichtige Voraussetzung ist die sinnvolle Verwendung des Fragebogens, das bedeutet, dass die Arbeit des Therapeuten nicht **als absoluter Qualitätsindikator missverstanden** werden darf und, dass die Ausfüllenden darüber aufgeklärt werden, dass alle Angaben vertraulich behandelt werden und der Schweigepflicht unterliegen.

Bei der Interpretation der Fragebogenergebnisse sollten folgende Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

- Es besteht keine intersubjektive Gültigkeit, das heißt, dieselbe Therapie kann von unterschiedlichen Beurteilern wie Jugendlichen, Eltern und Therapeuten völlig unterschiedlich bewertet werden.
- Die Angaben werden von der aktuellen Lebenssituation oder Behandlungssituation beeinflusst.
- Entscheidend sind die Erwartungen, Bewertungsmaßstäbe und –Kriterien, die die befragte Person an die Therapie hat.
- Die Ergebnisse sind subjektiv valide, das heißt, sie stimmen mit den Einschätzungen überein, die die befragte Person auch in anderen Situationen oder gegenüber anderen Beurteilern abgibt.

Eine kritische Überprüfung der Effizienz von Leistungen, die im Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung von Jugendlichen und deren Eltern erbracht worden sind, sollte von besonderer Bedeutung sein. Die nötige Rückmeldung ermöglicht einen Überblick über Qualität und Auswirkung der Behandlung und soll dazu veranlassen, das klinische Handeln zu überdenken und zu beeinflussen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung war es am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie München ein Anliegen, auf die Bewertung und Anregungen durch am Institut beratene und behandelte Patienten einzugehen, Mängel gegebenenfalls zu beseitigen und Verbesserungen einzuleiten.

5.1. Ausgangs- Stichprobe

Wie schon in der Einleitung ausgeführt, liegen inzwischen mehrere Befragungen zur Zufriedenheit vor. Zunächst sollen die Stichproben vergleichend dargestellt werden, dann die Methodik der Befragung, um dann die Ergebnisse zur Zufriedenheit vergleichen zu können.

Tabelle 44 Stichprobenvergleich

	München (KJP)	Marburg (KJP)	Heidelberg (KJP)	Hildesheim (KJP)	Münster (Kinderklinik)
Patienten- Auswahl	Patienten der Jahre 1999/2000 (konsekutiv)	Unselektierte Projektgruppe der Patienten 1987/1988	Patienten 1999/2000 (konsekutiv)	Patienten 2001-2004 (Patienten einer Gruppentherapie)	Patienten 7/2004- 9/2005 (psychosomatische Konsiliarpatienten)
Alters- Durch- schnitt	13.9 Jahre bei Behandlung 16.8 Jahre bei Befragung	15.5 Jahre	13.5 Jahre	11 Jahre (min. 8 Jahre, max. 17 Jahre)	12 Jahre (n= 80) (min.2- max19 Jahre) über 12 n= 41
Anzahl der Patienten	96 Patienten <ul style="list-style-type: none"> • 37 Mädchen (39%) • 59 Jungen (61%) 	131 Patienten <ul style="list-style-type: none"> • 73 Mädchen (56%) • 58 Jungen (44%) 	95 Patienten <ul style="list-style-type: none"> • 45 Mädchen (47%) • 50 Jungen (53%) 	127 Patienten <ul style="list-style-type: none"> • 32 Mädchen (25%) • 95 Jungen (75%) 	80 Patienten <ul style="list-style-type: none"> • 46 Mädchen (57%) • 34 Jungen (43%) Patienten zw. 12-19 Jahre (n= 41) Befragung zur Zufriedenheit der Patient- Therapeut- Beziehung
Fach- bereich	Kinder- und Jugendpsychiatrie Ambulanz	Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinik	Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinik	Kinder- und Jugendpsychiatrie Praxis	Kinderklinik
Behand- lungsart	ambulant	stationär	stationär	ambulant	stationär
Aufent- haltsdauer (stationär)	1- 35 Termine Im Durchschnitt 8,3 Termine	Im Durchschnitt 12 Wochen	Im Durchschnitt 10,6 Wochen (von 2 Wochen bis 8 Monate)	10-12 ambulante Termine zur Gruppentherapie	-
Behand- lungsart	ambulant	stationär	stationär	ambulant	stationär
Aufent- haltsdauer (stationär)	-	Im Durchschnitt 12 Wochen	Im Durchschnitt 10,6 Wochen (von 2 Wochen bis 8 Monate)	10-12 ambulante Termine zur Gruppentherapie	-
Familiäre Situation	32% unvollständige Familie davon: 7% Ersatzfamilie 25% nur mit einem Elternteil	-	47% unvollständige Familie davon: 23% Ersatzfamilie 24% nur mit einem Elternteil	-	47% unvollständige Familie
Nationali- tät	89 % deutsch 11 % andere	-	-	-	78,8 % deutsch 21,2 % andere
Schul- bildung	11 % Sonderschule 30 % Grundschule 18 % Hauptschule 9 % Realschule 23 % Gymnasium 1 % Universität 8 % Berufsschule	-	-	-	11% Sonderschule 23% Grundschule 9% Hauptschule 31% Realschule 15% Gymnasium 5% Gesamtschule

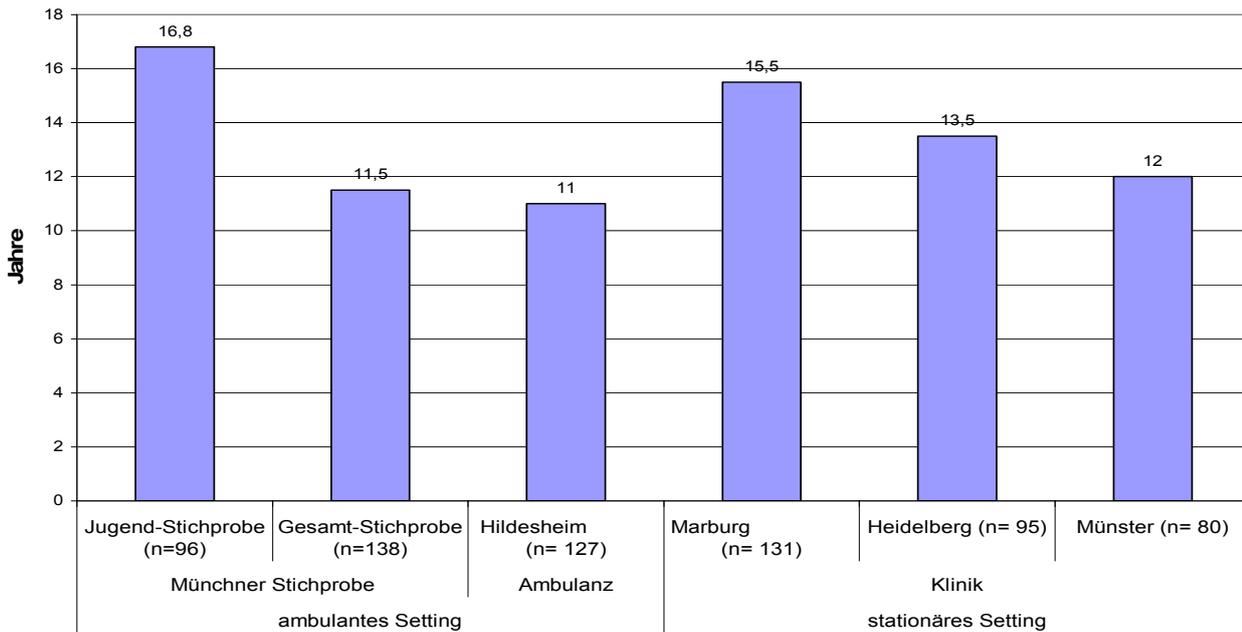
		München (KJP)	Marburg (KJP)	Heidelberg (KJP)	Hildesheim (KJP)	Münster (Kinderklinik)
Diagnosen Achse I	Externalisierende Störungen	28% Störungen des Sozialverhaltens (F90,F91,F92)	22% Dissoziale Syndrome (312)	39% Verhaltens- und emotionale Störungen (F90-F95)	30% Hyperkinetische Störungen (F 90- 90.1)	11,3% Verhaltens- und emotionale Störungen (F90-F95)
		4% Emotionale Störungen (F93,2-F95)	11% spez. Emotionale Störungen (313)		12% Emotionale Störungen (F93-F93.9)	
	Internalisierende Störungen	28 % Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4, F93)	-	16% Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F41- F44)	34% Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4, F93)	53,8% Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F41- F45)
		12% affektive Störungen (F32-F34)	13% Neurosen (300)	13% affektive Störungen (F32-F34)	-	3,8% affektive Störungen
	Andere Störungen	4% Essstörungen (F50)	21% Anorexie	11,5% Essstörungen (F50)	2% Essstörungen (F50)	11,5% Essstörungen (F50)
			7% sonstige Ess-Störungen (307.5)			
		4% Verhaltensstörungen (F60)	-	3% Verhaltensstörungen (F60)	16% Verhaltensstörungen (F60)	1,3 % Verhaltensstörungen
	6% andere Störungen	10% Psychosen	-	6% andere Störungen	-	
	15% keine Diagnose	15% keine Diagnose, andere Störungen	-	-	25% keine Diagnose	
YSR (T-Wert >63)	18% Internalisierende Störungen 10% Externalisierende Störungen	-	64%Internalisierende Störungen 29% Externalisierende Störungen	-	-	

Anhand der Übersicht lässt sich die Repräsentativität der Stichprobe erkennen.

Bei der vergleichenden Darstellung der Basisdaten zwischen **München, Marburg, Heidelberg, Hildesheim** und **Münster** lässt sich Folgendes erkennen:

- Die **Patientenauswahl** erfolgte in München, Marburg und Heidelberg konsekutiv über die Dauer von 2 Jahren.
- In München und Heidelberg wurden die beiden gleichen Jahrgänge *1999/2000*, in Hildesheim die Gruppe der Patienten, die an einer Gruppentherapie *2001-2004* teilnahmen, zu den Bereichen Erfolg der Behandlung, Patienten- Therapeut- Beziehung und Rahmenbedingungen der Behandlung befragt.
In Münster wurden alle psychosomatischen Konsiliar- Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Patienten- Therapeut- Beziehung nach dem FBB von *7/2004- 9/2005* befragt.
- Der **Altersdurchschnitt bei Befragung** beträgt 11 Jahre in Hildesheim, 12 Jahre in Münster, 13.5 Jahre in Heidelberg, 15.5 Jahre in Marburg und lag mit 16.8 Jahre in München am höchsten. Der hohe Altersdurchschnitt ergibt sich daraus, dass nur die Jugendliche, die zum **Zeitpunkt der Befragung** 11 Jahre alt waren, gezählt wurden und der älteste Patient in der Münchner Stichprobe bei Beginn der Behandlung 23 Jahre und bei Befragung 26 Jahre alt war. Im Folgenden wird der Vergleich der Stichproben Marburg, Heidelberg, Hildesheim und Münster graphisch dargestellt.

Abbildung 12 Altersdurchschnitt im Vergleich



- Die **Anzahl der Patienten** sind vergleichbar. 95 Patienten in Heidelberg, 96 Patienten in München, 127 in Hildesheim und 131 Patienten in Marburg. In Münster war die Gesamtstichprobe mit den anderen vergleichbar mit 80 Patienten, allerdings wurden nur 41 Patienten zur Zufriedenheit befragt.
- Die **Behandlungsart** war in Marburg, Heidelberg und Münster stationär und in München und Hildesheim ambulant.
- In Münster wurden Patienten der *Kinderklinik*, in München, Marburg, Heidelberg und Hildesheim Patienten der *Kinder- und Jugendpsychiatrie* befragt.
- Die **Behandlungsdauer** betrug in Marburg 12 Wochen im Durchschnitt, in Heidelberg durchschnittlich 10,6 Wochen in Hildesheim zwischen 10- 12 Gruppentherapieeinheiten als Dauer festgelegt und in München waren von Einmalkontakten bis zu 35 Termine möglich. Dies entspricht im Durchschnitt 8,3 Termine.
- Ein Drittel der Münchner Patienten lebt in unvollständigen Familien, während in Heidelberg und Münster nahezu die Hälfte der Patienten in einer unvollständigen Familie aufwächst. Von der Marburger und Hildesheimer Stichprobe sind keine Angaben bezüglich der **Familiären Situation** vorhanden.
- Angaben zur **Nationalität** der befragten Patienten liegen nur von den Stichproben aus München und Münster vor. In München hatten 89% und in Münster 79% die deutscher Staatsangehörigkeit.
- Die **Schulbildung** der Patienten wurde nur in Münster aufgeführt. Eine deutliche Verschiebung von Realschule (Münster 31%, München 9%) zu Gymnasium (Münster 15%, München 23%) wurde sichtbar.
- Im Hinblick auf **Diagnose Achse I** sind Münchner, Heidelberger und Hildesheimer Patienten direkt miteinander vergleichbar mit der Tendenz zu Verhaltenstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Die Marburger Patienten weisen hauptsächlich Störungen des Sozialverhaltens, Psychosen oder Anorexie auf.

Ein höherer Schweregrad der Erkrankung bei stationären Patienten im Gegensatz zu ambulanten Patienten wird unterstellt.

- Die Vergleichbarkeit der **Verhaltenseinschätzung durch Selbstbeurteilung** des Patienten anhand des YSR- Verhaltensfragebogen nach Achenbach ist insofern schwierig, da von den Marburger Patienten keine Angaben vorhanden sind und nur 28 % der Münchner Patienten klinisch auffällig waren. 18% wiesen internalisierende Störungen (Heidelberg 64%) und 10 % externalisierende Störungen (Heidelberg 29 %) auf.

5.2. Methodik der Befragung

Die Methodik der Befragung umfasst die Kategorien Stichprobe, Ausschlusskriterien, Rücklauftrate, Befragungs- Zeitpunkt, - Design, - Form im Vergleich.

Tabelle 45 Vergleich der Befragungs- Methodik

	München (KJP)	Marburg (KJP)	Heidelberg (KJP)	Hildesheim (KJP)	Münster (Kinderklinik)
Stichprobe	n= 67	n= 89	n= 91 bei Aufnahme n= 79 bei Entlassung	n= 65	n= 41
Aus- schluss- Kriterien	Gutachten	Gutachten	Gutachten	-	-
	Befragung der Patienten selbst im Alter < 11 Jahren	Befragung der Patienten selbst im Alter < 11 Jahren	Befragung der Patienten selbst im Alter < 11 Jahren	Befragung der Patienten selbst im Alter < 11 J.	Befragung der Patienten selbst im Alter < 11 Jahren
	-	Einmalkontakte	Einmalkontakte	Einmalkontakte	Einmalkontakte
	-	Patienten <4 Wochen Liegedauer	Patienten < 2 Wochen Liegedauer	-	-
	-	-	Zuweisung aus Heimen	-	-
	-	-	Sprachprobleme der Eltern	-	-
	-	-	-	-	Akute Kriseninterventionen
Rücklauf- rate	70% der Ausgangs- Stichprobe	68% der Ausgangs- Stichprobe	Bei Aufnahme 96% Bei Entlassung 83% der Ausgangs- Stichprobe	-	-
Befrag- ungs- Zeitpunkt	Befragung bis zu 3 Jahren nach Behandlung (2002)	Befragung im direkten Anschluss an die Behandlung	Befragung im direkten Anschluss an die Behandlung	Befragung direkt nach Therapieabschluss „Vergessenen“ spätestens 8/ 2004 (zw. 0-3 Jahren)	Befragung zur Zufriedenheit: 1. sofort nach dem Aufnahmegespräch 2. 6 Wochen später
Befrag- ungs- Design	Nachbefragung (Post- Design)	Befragung bei Aufnahme und Entlassung (Prä-Post Design)	Befragung bei Aufnahme und Entlassung (Prä-Post Design)	Nachbefragung (Post- Design)	-
Befrag- ungs- Form	Patient beantwortet den FBB zuhause und schickt ihn per Post	-	Therapeut füllt den FBB in Interview-Form für den Patienten aus	Patient beantwortet den FBB in der Praxis oder zuhause und schickt ihn	-

Die **Stichprobengrößen** von n=67 in München, n= 89 in Marburg, n= 91 in Heidelberg, n= 65 in Hildesheim und n= 41 in Münster sind vergleichbar.

Ausschlusskriterien der drei Stichproben in München, Marburg und Heidelberg waren Gutachtensfragestellungen, Befragung der Patienten selbst unter 11 Jahren.

Dazu kamen in Marburg, Heidelberg, Hildesheim und Münster noch Einmalkontakte hinzu.

Ebenso wurden Patienten mit Aufhalten unter 2 Wochen in Heidelberg und unter 4 Wochen in Marburg ausgeschlossen.

Zusätzlich wurden in Heidelberg Patienten, die aus Heimen zugewiesen wurden oder deren Eltern Sprachprobleme hatten, nicht zur Befragung zugelassen.

In Hildesheim waren 10-12 Termine zur Gruppentherapie üblich. In der Studie aus Münster gibt es keine Angaben zu den Kontakten.

Die Beratungs- bzw. Behandlungskontakte der Münchner Stichprobe variierten von Einmaltermine bis hin zu 35 Kontakten.

Hinweis: Ausschlusskriterien der drei Stichproben in München, Marburg und Heidelberg waren Gutachtensfragestellungen, Befragung der Patienten selbst unter 11 Jahren.

In der Heidelberger Studie waren Patienten, die aus Heimen zugewiesen wurden oder deren Eltern Sprachprobleme hatten, nicht zur Befragung zugelassen.

Hierdurch entsteht Selektion.

Vergleichbar ist die **Rücklauftrate** der **Stichproben** mit 70% in München, 68% in Marburg und 96% bei Aufnahme und 83% bei Entlassung in Heidelberg.

Hildesheim liegt mit 51% unter den anderen Rücklauftraten.

Die **Befragung** fand in Marburg und Heidelberg bei Aufnahme und Entlassung im direkten Anschluss an die Behandlung in einem Prä- Post Design.

In München zum Zeitpunkt 2002 und Hildesheim betrug die Dauer bis zu 3 Jahren nach Behandlung.

In Heidelberg fand die Befragung und gleichzeitiges Ausfüllen des FBB durch den Therapeuten in Interviewform statt, während die Patienten in München den FBB auf dem Postweg erhielten, ihn zuhause ausfüllen konnten und ihn ebenso anonym zurückschicken konnten. Nur in Ausnahmefälle fand ein Telefoninterview statt.

Die Vorteile des Interviews bestehen im Ausräumen von Verständnisschwierigkeiten und dem Vorteil Kinder unter 11 Jahren zu erfassen. Ein Nachteil besteht darin, dass durch die Anwesenheit des Therapeut Tendenzen zu erwünschten Antworten zu erwarten ist.

In Hildesheim wurde der Fragenbogen nach Therapieabschluss in der Praxis ausgefüllt oder zugesandt.

5.2.1. Antwortverhalten

Rücklauftrate (Tabelle 45 Vergleich der Befragungs- Methodik)

Die **Rücklauftrate** von 70 % in München ist hoch. Sie wurde erreicht durch beharrliches Nachfragen mit dreimaliger Aussendung der Fragebögen und einer Telefon- Aktion.

Dies bedeutet einen hohen Zeit- Aufwand, der zur Routinearbeit nicht geleistet werden kann und mit den vorhandenen Ressourcen trotz gesetzlicher Forderung von Patientenbefragungen als Teil der Qualitätssicherung (Bundesvereinigung 03.02.2006) nicht stattfinden kann.

Verzerrung

Mögliche Verzerrungen durch fehlende Antworten stellte Eser bei Teilnehmern von Rehabilitationsmaßnahmen in einer Zusammenfassung der aktuellen Forschungsergebnisse über „Nonrespons“ dadurch fest, dass die Güte der Befragungen von der Anzahl und Charakteristik der Nicht-Antwörter abhängt. „...Studien wurden nahezu ausschließlich an größeren Personenstichproben mit höheren Bildungsabschlüssen unternommen. Sie belegen nur zum Teil und auch dann nur schwache Zusammenhänge zwischen der Antwortverweigerung und der „(Miss-)Erfolgs- Bias“:

Leistungsschwäche, Distanz zur Bildungsinstitution, geringfügig schlechtere Abschlussnoten, kein Zusammenhang zum Erwerbsstatus (!), Studienabschluss, Berufstätigkeit (..), Lebenszufriedenheit,... zu strukturellen Kriterien. Einerseits wurde keine Abhängigkeit von Geschlecht, Studiengängen usw. nachgewiesen, andererseits eine Abhängigkeit von geringerer Schulbildung, Bildungsstatus, Intelligenz, Themeninteresse usw. konstatiert.“ Des Weiteren wurde festgestellt, dass „... Nicht- Antworter in Verbleibsuntersuchungen wahrscheinlich ähnliche, allenfalls geringfügig schlechtere Ergebnisse wie Antworter aufweisen...“ (Eser 2006).

In einer Befragung von Wille und Loser- Kalbermatten mit n=105 (Wille und Loser- Kalbermatten 1988), konnten **21 Nichtteilnehmer** 3 Monate nach der Fragebogenaktion telefonisch an ihrer katamnesticen Studie betreffend der Anmeldung, der Behandlung und der allgemeinen Zufriedenheit mit den Leistungen vollständig nachbefragt werden. Es handelte sich hier nicht um jugendliche Patienten sondern um deren Eltern.

Insbesondere bei Fragen, die sich auf die Beziehung des Patienten zum Therapeuten bezogen, wurde, ein deutlich signifikanter Zusammenhang (signifikant bei $\alpha = 0,01$) bezüglich der positiven Beurteilung durch die Teilnehmer festgestellt. Die Gruppe der „Verweigerer“ beurteilt diese Frage deutlich schlechter, war also mit der Behandlung weniger zufrieden als die Gruppe der Teilnehmer.

Die Nichtteilnehmer gaben im Vergleich zu den Teilnehmern der Studie ein signifikant schlechteres Urteil (signifikant bei $\alpha = 0,01$) über die Veränderung ihres Problems ab. Der Anteil der gebesserten Patienten war kleiner, als der Teil der Patienten, bei denen sich die Problematik verändert hatte.

In einer Evaluations- Studie des SOS- Beratungs- und Familienzentrums wird darüber berichtet, dass bei Fragebögen- Untersuchungen gute bis sehr gute Sprachkenntnisse und Sprachverständnis vom Beantworter vorausgesetzt werden (Kühnl 2005).

In der Münchner Studie besteht ein Zusammenhang vom Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik mit $p = 0,010$ und dem Behandlungsergebnis bzgl. der Gesamtsituation mit $p = 0,005$, beides aus Sicht der Therapeuten, über die Nicht- Antworter (n=29) eine Voraussage.

Deutliche Tendenzen zeigen sich aufgrund der Basisdaten der Jugendlichen, die nicht geantwortet haben. Es zeigen sich systematische Verzerrungen unter den Nicht- Antwortern.

Telefonbefragung bei fehlendem Rücklauf:

- Eltern geben den Fragebogen nicht an die Jugendlichen weiter.
- Sprachliche Barrieren bzw. Verständnisprobleme sind vorhanden.
- Das Ausfüllen der Fragebögen erfordert zuviel Arbeitsaufwand
- Aufgrund des Krankheitsbildes sind die Jugendlichen frustriert.
- Patienten mit Einmalterminen füllen sich nicht verpflichtet zu antworten

Die Nicht- Antworter waren überwiegend: siehe Tabelle 9 Antwortverhalten (n= 96)

- männliche Jugendliche
- jüngere Kinder unter 11 Jahren
- nicht deutscher Nationalität
- aus der Unterschicht
- Kinder, die eine Sonderschule besuchen
- mit den Diagnosen*
 - externalisierenden Störungen der Achse I*
 - ohne Entwicklungsstörungen der Achse II*
 - niedrigen Intelligenz der Achse III*
 - zusätzlicher körperlicher Symptomatik der Achse IV*
 - assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umständen der Achse V* (**vermehrte Belastung**)
 - schwerer sozialer Beeinträchtigung der Achse IV*
- aus vollständigen* Familien
- auf der Garf- Skala (global assessment of relationship): unbefriedigende oder schlechte Beziehungen innerhalb der Familie aus Sicht des Therapeuten
- mit Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik gleich bleibend oder verschlechternd
- mit Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation gleich bleibend oder verschlechternd
- mit einem Einmaltermin

*Nicht- Antworter aus vollständigen Familien entspricht nicht der Erwartung.

Eventuell besteht ein Unterschied zu anderen Ergebnissen zwischen der vollständigen Familie bestehend aus beiden leiblichen Elternteilen und der **von uns gewählten Definition** der vollständigen Familie, die sich aus mindestens einem leiblichen Elternteil mit einem zweiten leiblichen oder neuen Lebenspartner des leiblichen Elternteils zusammensetzt.

Es gibt kritische Äußerungen und teilweise negative Rückmeldungen bei den **freien Fragen** und Anmerkungen trotz relativ positiver Bewertung der Einzelfragen.

Die **Kritik und Anregungen** spiegeln sich in unseren Ergebnissen als **Belastungen** wieder, wie die Konfrontation durch Videoaufnahmen oder die zusätzliche Arbeit durch Beantworten von Fragebögen.

Der lange Zeitraum zwischen Therapie und Befragung wurde ebenfalls als störend betrachtet. Es wurde aber auch viel Dank für die Hilfe zur Meisterung der diversen Lebenssituationen ausgesprochen.

Diese Antworten verweisen wiederum auf die Relevanz auch junge Menschen in die Therapie oder auch die Fragen nach der Zufriedenheit mit der Therapie mit einzubeziehen.

Für Jugendliche, die an der Schwelle des Erwachsenenlebens stehen kann dies ein Schritt zur Reifung bedeuten, was wiederum eine Akzeptanz ihrer Krankheit oder ein daran arbeiten bedeuten kann.

5.3. Zufriedenheit im Vergleich

In Marburg wurde der **Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung** seit vielen Jahren verwandt, jedoch gab es bisher noch keine Replikations- Untersuchung des Erhebungsinstrumentes.

Der Anwendungsbereich des Fragebogens liegt im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Wenn möglich, sollte die vollständige Inanspruchnahmepopulation erfasst werden. Die Vergleichbarkeit mehrerer Perspektiven wird durch weitgehend parallele Fragebogenversionen für Therapeuten, jugendliche Patienten und deren Eltern gewährleistet, die nicht nur zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung dienen, sondern auch darauf abzielen, Institutionen und ihre Angebote zu vergleichen und zu bewerten. Der Vergleich ermöglicht eine Bewertung der Qualitätskriterien des eingesetzten Instrumentes. Die Therapie und die Therapie- Ergebnisse werden vom Patienten oder den Familienangehörigen günstiger beurteilt, als vom Therapeuten. (Mattejat und Remschmidt 1993)

Bei unserer Untersuchung handelt es sich um eine **Replikations- Untersuchung** des Fragebogens im **ambulanten Bereich**.

Tabelle 46 Stichprobenvergleich München, Marburg, Heidelberg, Hildesheim und Münster

		München (KJP) ambulant	Marburg (KJP) stationär	Heidelberg (KJP) stationär	Hildesheim (KJP) ambulant	Münster (Kinder- klinik)	
Cronbachs Alpha		0.841	> 0.80	> 0.80	-	0,78	
Gesamt- Zufriedenheit							
Zufriedenheit	Mittelwert	2,66	2,75	3,03*	3,13	-	
	Standardabweichung	0,99	0,5	0,9*		-	
Teil- Zufriedenheit							
Mittelwerte der einzelnen Skalen zur Zufriedenheit							
					Elternberatung		
					ohne	mit	
Ergebnis- qualität	Erfolg der Behandlung	2,51	2,86	-	2,55**	2,85**	-
	Erfolg selbst	2,73	2,92	-	2,70**	3,00**	-
	Erfolg Familie	2,19	2,62	-	2,10**	2,65**	-
Prozess- qualität	Beziehung Patient- Therapeut	2,92	3,16	-	3,10**	3,25**	-
	Rahmenbedingung der Behandlung	2,59	2,34	-	3,15**	3,30**	-
Gesamt		2,66	2,75	3,03*	3,0**	3,2**	-

Höchste Rate an positiver Zustimmung

Niedrigste Rate an positiver Zustimmung

*Diese Zahlen wurden anhand der Tabellen aus der Arbeit von S. Bredel berechnet.

**Angaben aus den Abbildungen der Veröffentlichung übernommen, mathematisch nicht eindeutig nachvollziehbar

KJP= Kinder – und Jugendpsychiatrie

Cronbachs Alpha= Reliabilitätskoeffizient der inneren Konsistenz

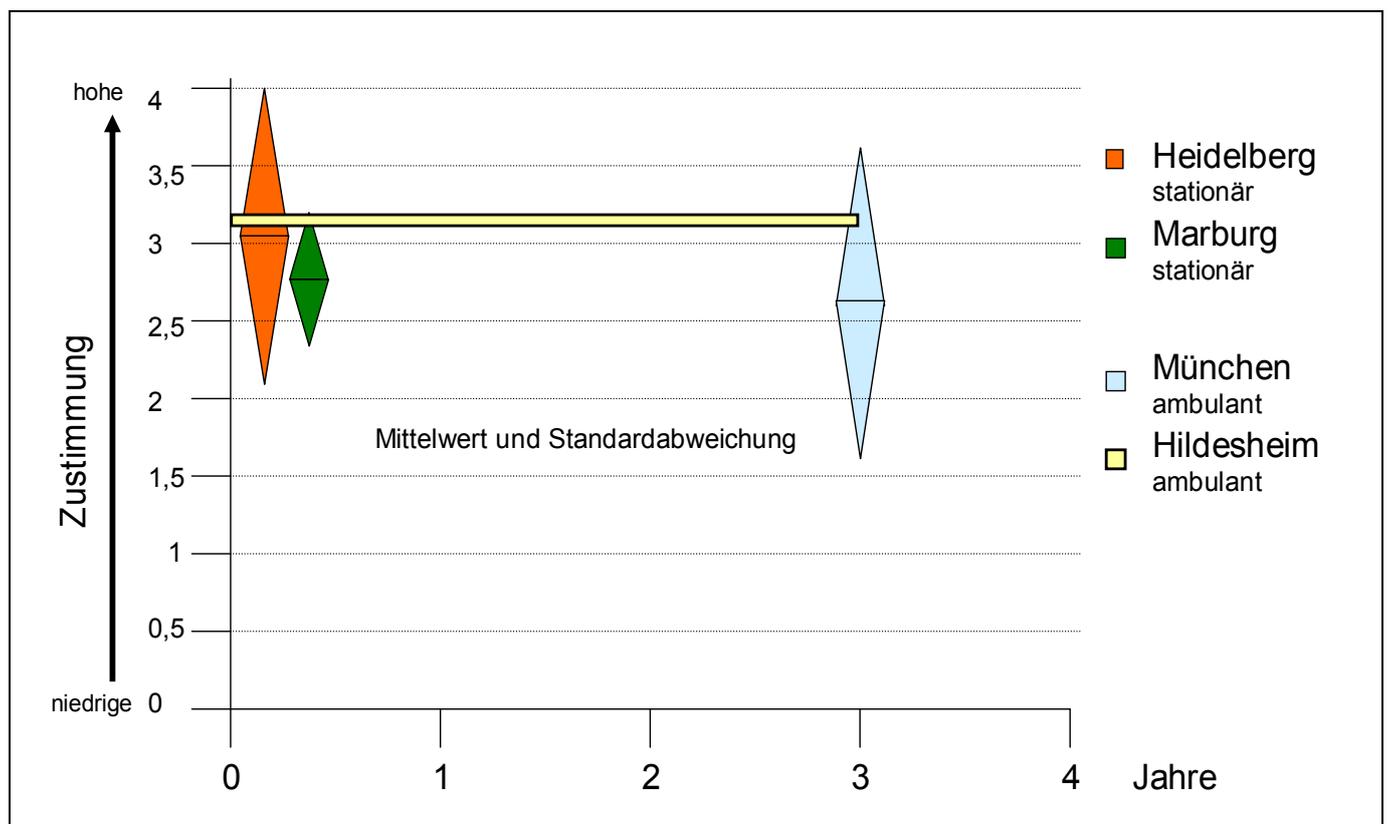
5.3.1. Gesamt- Zufriedenheit

Die Frage nach dem **derzeitigen Befinden** hatte eine weite Spannbreite von Besserung des Wohlbefindens bis zu dessen Verschlechterung. Auch Akzeptanz gegenüber der Erkrankung beziehungsweise der Familiensituation wurde angegeben.

Der Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung und der Störung der innerfamiliären Beziehungen im stationären Bereich sind deutlich höher als im ambulanten Bereich.

In unsere Überlegungen wurde miteinbezogen, dass die Höhe an positiver Zustimmung mit dem Schweregrad der Erkrankung und der Möglichkeit diese Erkrankung zu lindern oder zu heilen, mit dem Schweregrad der Funktionsstörung der innerfamiliären Beziehungen und mit der Höhe des Intelligenzquotienten variiert.

Abbildung 13 Gesamt- Zufriedenheit im zeitlichen Verlauf



Die Abbildung beschreibt den Mittelwert und die Standardabweichung der Zufriedenheit im **zeitlichen Verlauf** über 3 Jahre direkt nach Beendigung der Therapie in Marburg und Heidelberg und nach 3 Jahren in München, für Hildesheim.

Bei den beiden **stationären** Studien in Heidelberg und Marburg fand die Befragung sofort nach Beendigung der Therapie statt, in den beiden **ambulanten** Studien in Hildesheim und München wurde die Befragung bis zu 3 Jahre nach Beendigung der Therapie durchgeführt. Zwischen Beratung und/ oder Behandlung liegen bis zu 3 Jahre. Viele Patienten hatten vor oder auch nach der Beratung am Institut Kontakt mit mehreren anderen Kinder- und Jugendpsychiatrische Stellen, wodurch wiederum eine Verzerrung oder Überlagerung der Eindrücke oder auch eine Überforderung auftreten kann.

In einer Studie über die Messung der Prozess- und Ergebnisqualität wird auf den zeitlichen Verlauf aufmerksam gemacht. „...Eine Lösung könnte durch das konsequente Umsetzen verhaltenstherapeutischer Grundlagen entstehen: Das Qualitätsmanagement sollte direkt auf die Behandlung zurückwirken und ein Effekt darf nicht erst mit einer großen zeitlichen Verzögerung spürbar

werden...bei einer isolierten Betrachtung der Ergebnisqualität zeigt sich ein altbekanntes Phänomen: die kurzfristige negative Konsequenz (mehr Arbeitsaufwand) wirkt deutlich stärker als die möglicherweise später eintretenden positiven Effekte.“ (Merod und Petermann 2006)

Die Marburger und Heidelberger Ausgangssituation mit stationären Patienten und der Befragung sofort nach Ende der Therapie sind direkt vergleichbar. Diese beiden unterscheiden sich mit Marburg MW=2,75 und Heidelberg MW=3,03 nur leicht. Die Streuung in Heidelberg ist mit STD= 0,9 im Gegensatz zu Marburg mit STD= 0,5 fast doppelt so hoch.

In München beträgt der Mittelwert der Zufriedenheit auf einer 5 stufigen Likert- Skala (0= überhaupt nicht bis 4 = ganz genau) MW= 2,66 mit einer STD = 0,99, in Marburg MW= 2,75 mit einer STD= 0,5 und in Heidelberg MW= 3,03 mit einer STD= 0,9.

Der Mittelwert in Marburg mit MW= 2,75 sofort nach Ende der Therapie ist nur geringfügig höher als in München mit MW= 2,66 **nach 3 Jahren**, die Streuung dagegen deutlich geringer (Marburg STD= 0,5; München STD= 0,99). Drei Jahre nach Behandlung ist der Mittelwert leicht gesunken.

In der ambulanten Gruppe in Hildesheim ergibt sich der höchste MW von 3,13.

Der Mittelwert nach 3 Jahren im ambulanten Bereich der Münchner Studie ist mit MW= 2,66 niedriger als sofort nach Ende der Therapie im stationären Bereich in Heidelberg, während die Streuung nur geringfügig ansteigt (München STD= 0,99; Heidelberg STD= 0,9).

Für die Studie im ambulanten Bereich in Hildesheim liegt lediglich ein MW von 3,13, aber keine Standardabweichung vor. Die Befragung wurde im Anschluss an die Therapie und bei denen, die „vergessen“ wurden auch bis zu 3 Jahre nach Therapieabschluss durchgeführt.

5.3.2. Teil- Zufriedenheiten

Ergebnis- Qualität (Tabelle 47 Stichprobenvergleich Teil- Zufriedenheiten)

Bei **Erfolg selbst** ist die Rate an positiver Zustimmung in allen Studien tendenziell deutlich höher als bei **Erfolg Familienbeziehung**. Diese Tendenz lässt sich auch im stationären Bereich erkennen.

Erfolg Familienbeziehung erhielt in den beiden *ambulanten* Settings München und Hildesheim die niedrigste Rate an positiver Zustimmung. In einem ambulanten Setting mit nur wenigen Terminen ist es nur begrenzt möglich eventuelle Familienkonstellationen zu beeinflussen oder zu verändern, die sich über Jahre geprägt haben. Daher ist verständlich, dass die Mehrzahl der Patienten mit dem Erfolg der Familienbeziehung eher unzufrieden ist.

Es gilt zu bedenken, ob der Therapieerfolg durch sogenannte „objektive Maße“ bestimmt werden kann. Am Beispiel Kopfschmerz ist die Symptomreduktion nur in wenigen Fällen wirklich objektiv bestimmbar. (Quiring et al. 2007) Behandlungserfolg ist nicht einfach mit Symptomreduktion gleichzusetzen. So kann es vorkommen, dass sich jemand wohler fühlt, obwohl sich die Symptome nur wenig verändert haben, ein anderer fühlt sich nicht wesentlich wohler, obwohl die Symptome nahezu verschwunden sind. Therapieerfolg kann bedeuten, dass der Patient eine neue Haltung zu seiner Krankheit gefunden hat ohne, dass das Symptom „objektiv“ reduziert oder beseitigt wurde. Dies ist besonders bei chronisch Kranken von Bedeutung (Ochs und Altmeyer 2006).

In der Münchner Studie ist das Verhalten der Jugendlichen gemessen anhand des YSR- oder CBCL-Verhaltensfragebogen nach Achenbach für Jugendliche und deren Eltern ein Zielsymptome aus Jugendlichen- und Eltern- Sicht. Aus Sicht der Jugendlichen und deren Eltern besserte sich das Verhalten.

Prozess- Qualität

Die **Beziehung zwischen Patient und Therapeut** ist in allen Befragungen hoch und erhielt in der Münchner und Marburger Studie die höchste Rate an positiver Zustimmung

Die Fragen des Fragebogens, die den Bereich Beziehung Patient- Therapeut bestimmen, wie Sympathie zueinander, Vertrauen und Verständnis für den Patienten und seine Situation sind sowohl in der ambulanten als auch der stationären Behandlung von größter Bedeutung für die Jugendlichen.

Die **Rahmenbedingungen** einer stationären Behandlung sind komplexer, zeitintensiver und gehen mit vielerlei Erfahrung, ob Interaktion im Krankenhausbetrieb oder auch mannigfaltigem Betreuungspersonal einher. Auch wird der Patient aus dem Familienverbund, der eventuell auch aufrechterhaltender Faktor für bestimmte Probleme ist, entfernt. Ein stationärer Aufenthalt wird als stärkere Belastung empfunden als eine ambulante Behandlung.

Dieser Fragenblock wird dominiert von den **unerwünschten Wirkungen** einer Behandlung wie Ängste, Zweifel und Unzufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung, sich unbehaglich fühlen, Ärger über den Therapeuten und unangenehme Videoaufnahmen.

Aufgrund des stationären Settings, das mit dem Verbleib in der Klinik und vielen Terminen verbunden ist, kann die Belastung durch unerwünschte Wirkungen einer Behandlung erkannt werden. „Möglicherweise prägt sich der Aspekt der Rahmenbedingungen auch nur bei stationären Patienten als gesonderte Dimension aus. Dies wäre erst an einer ambulanten Stichprobe zu überprüfen.“(Mattejat und Remschmidt 1998).

Rahmenbedingungen der Behandlung erzielte in der *stationären* **Marburger** Studie die niedrigste Rate an positiver Zustimmung.

In **München** fand eine ambulante Betreuung der Patienten statt. Es sind wenige Veränderungen zu erwarten. Der Patient hatte den Eindruck einer gering zeitintensiven Behandlung, mit maximal drei, gleichbleibenden Therapeuten. Außerdem kehrte er nach jeder Behandlung wieder in sein Privatleben zurück. Dies kann bei manchen Erkrankungen von Nutzen sein, aber bei gewissen Interaktionskonstellationen den Ablauf der Behandlung negativ beeinflussen und eventuell auch verlängern.

Auch bei unserer ambulanten Stichprobe konnte der Einfluss der Rahmenbedingungen nachgewiesen werden.

In der **Hildesheimer** Studie erlangte der Teilbereich Rahmenbedingungen der Behandlung die höchste Rate an positiver Zustimmung. Bei dieser Patientengruppe handelt es sich um Patienten einer Gruppentherapie mit 10- 12 Terminen. Für den Patienten sind nach mehreren Sitzungen die Umgebung und die Menschen gewohnt. Dies gibt ihm Halt und Vertrauen. Er darf aber jedes Mal nach der Therapiesitzung in sein Privatleben zurück. Dies bedeutet kein tiefer Einschnitt in sein Leben, wie beispielsweise ein Klinikaufenthalt.

Nach Mattejat hängt „ *die allgemeine Zufriedenheit mit der Therapie, auch die Frage ob die Familie sich wieder an die Klinik wenden würde, (...) stärker mit der Akzeptabilität und allgemeinen Beziehungsqualität (...) als mit dem Therapieerfolg*“ zusammen (Mattejat und Remschmidt 1995)

Auch in der Münchner Studie besteht eine **höhere Zufriedenheit mit der Behandlung** im Verlauf trotz einer gleichzeitigen **geringeren Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlung**.

Die Zufriedenheit ist in allen Studien hoch.

- Die **Gesamt- Zufriedenheit** ist vergleichbar.
- Die **Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg** ist relativ gering.
- Die Zufriedenheit mit dem **Erfolg selbst** ist bei allen Studien höher als **Erfolg der Familienbeziehung (Remschmidt und Mattejat 2002)**.
- Die Zufriedenheit mit der **Beziehung zwischen Patienten und Therapeut** ist in Marburg und München, mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung** in Hildesheim am höchsten.
- Die Zufriedenheit mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung** ist im ambulanten Setting höher als im stationären.
- Die **Prozessqualität** erhält eine bessere Beurteilung als die **Ergebnisqualität (Remschmidt und Mattejat 2002)**.
- Die Zufriedenheit nimmt im Lauf von drei Jahren nach Behandlung ab (Mattejat und Remschmidt 2005b).

Die Strukturqualität ist zumeist der Klinikleitung mit personeller, diagnostischer und räumlicher Ausstattung vorgegeben, dennoch besteht die persönliche Möglichkeit zur Verbesserung der Strukturqualität in der eigenen Fortbildung. Die direkten Einflussmöglichkeiten für den im Stationsalltag arbeitenden Arzt für die Umsetzung in den klinischen Alltag liegen vorwiegend in den Bereichen der Prozessqualität, mit dem Ziel die Ergebnisqualität ständig weiter zu verbessern (Wendorff 2004).

5.4. Entwicklungsverlauf

Der Verhaltensfragebogens YSR (youth self report) und YASR (youth adult self report) nach Achenbach (Achenbach 1997; Achenbach und Edelbrock 1987) erfasst unabhängig von der Zufriedenheit die Verhaltensproblematik aus Sicht der Jugendlichen. Anhand dieses Fragebogens wurde der Entwicklungsverlauf geprüft. In der Studie konnte ein deutlicher Überhang einer weitgehend klinisch unabhängigen Gruppe ohne deutliche Mittelwertsabweichung mit ausgeprägter Streuung festgestellt werden.

Selbsteinschätzungen (YSR) zum 1999/2000 liegen nicht vor. Bei fast allen Patienten konnte eine psychiatrische Diagnose gestellt werden.

Zufriedenheit

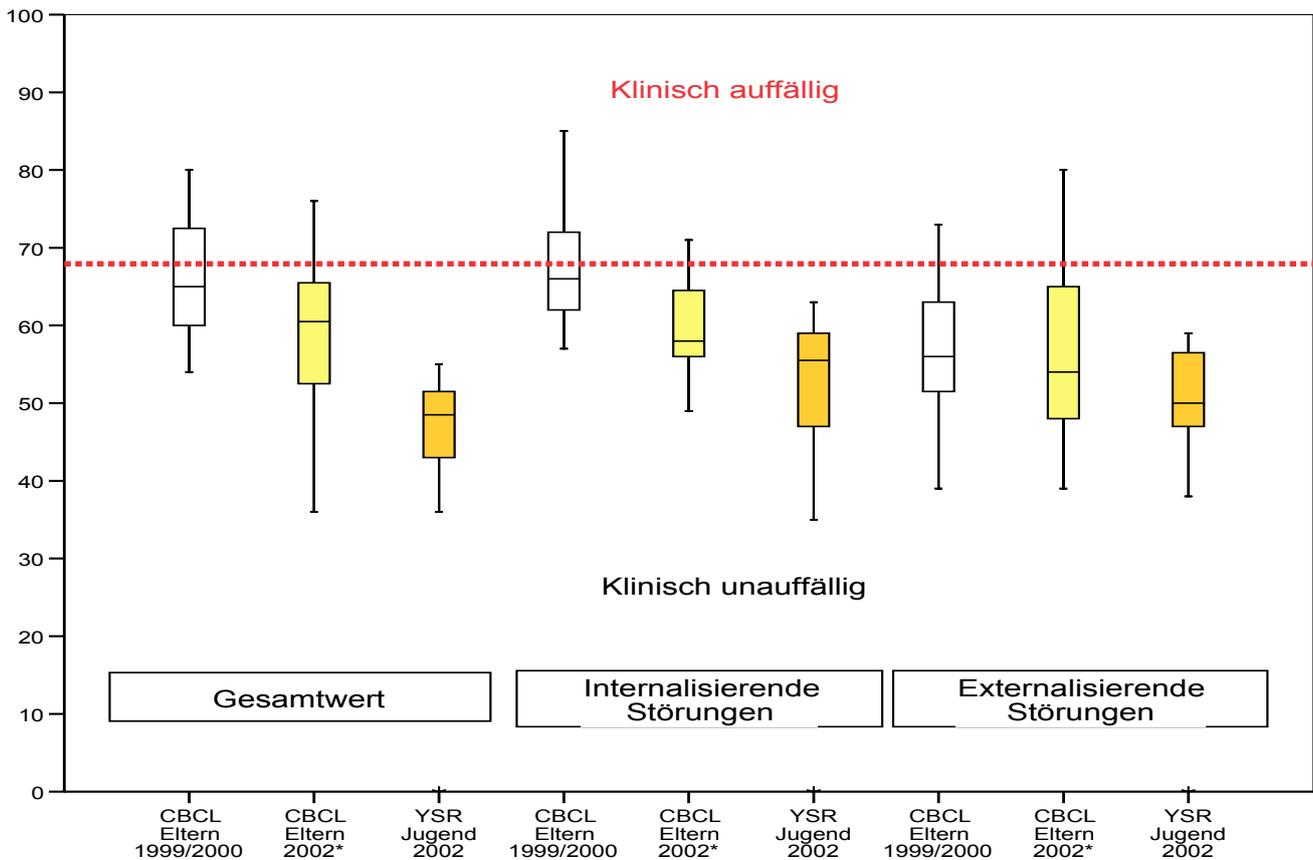
Bei der bivariaten Auswertung der Münchner Ergebnisse zur **Zufriedenheit** anhand des Fragebogens 2002 besteht kein signifikanter Zusammenhang mit den Einflussvariablen aus der Basisdokumentation 1999/2000 und dem YSR- Verhaltensfragebogen 2002. Dennoch waren Patienten mit erhöhten Werten im Gesamtwert des Problemverhaltens und mit internalisierenden Störungen eher unzufrieden, während Patienten mit externalisierenden Störungen eher zufrieden waren.

Der Fragebogen FBB und der YSR- Verhaltensfragebogen erfassen unterschiedliche Bereiche. Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) erfasst die Zufriedenheit des Jugendlichen und der YSR- Verhaltensfragebogen spiegelt die Selbsteinschätzung des Verhaltens des Jugendlichen wieder. Es liegt kein Verfahren oder ein Vergleichsfragebogen (FBB oder YSR) zu einem früheren Zeitpunkt vor. Die Stichprobengröße von n=67 und das Missverhältnis zur Menge an Einflussvariablen des YSR- Verhaltensfragebogen lässt durch Überschätzung eine Signifikanz selbst da erwarten, wo sie nicht gegeben ist.

Unter Zuhilfenahme der Verhaltensfragebögen *CBCL* (child behavior checklist) der *Eltern* von 1999/2000, die bei Aufnahme der Patienten in der Routinediagnostik vorhanden sind, der *CBCL* der *Eltern* 2002 (Schunck 2007) und der *YSR der Jugendlichen* 2002 einer **Teil-Stichprobe von n=20** Jugendlichen kann zum Entwicklungsverlauf eine Aussage gemacht werden.

Abbildung 14 Entwicklungsverlauf (n=20)

T- Werte



*(Schunck 2007)

Unterschiedliche Perspektiven

Die Teilstichprobe von n=20 mit der Gesamt- Stichprobe von n=61 war anhand der Mittelwerte und Standardabweichung vergleichbar. Bei beiden Stichproben konnte man deutlich erkennen, dass die **Eltern der Jugendlichen** diese deutlich auffälliger wahrnahmen, als die betreffenden Jugendlichen sich selbst. Die größte Diskrepanz der Einschätzung der Eltern im Gegensatz zur **Selbsteinschätzung des Jugendlichen** war beim Gesamtwert des Problemverhaltens erkennbar, während bei externalisierenden Störungen die Differenz gering voneinander abwich. In der Regel werden die Jugendliche von ihren Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt.

In einer **bundesweiten Erhebung in Privathaushalten** von Jugendliche, die nicht in kinder- und Jugendpsychiatrischen Behandlung sind, beurteilen sich die Jugendlichen mit Hilfe von YSR auf allen Problemskalen auffälliger als sie von den Eltern bei den CBCL eingeschätzt werden. In der Gruppe der Mädchen sind die Skalen soziales Verhalten, Körperliche Beschwerden, Angst/ Depression, Aufmerksamkeitsstörungen, Internales Verhalten und Gesamtwert des Problemverhaltens signifikant höher als in der Gruppe der Jungen (Plück et al. 1997). Jugendliche, die nicht in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Behandlung sind, sind aus ihrer Sicht auffälliger als aus Sicht der Eltern. Gleiches wird von einer niederländischen kinderpsychiatrischen Klinikstichprobe berichtet (Bastiaansen et al. 2004).

International epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der letzten Jahrzehnte generell zugenommen haben (Achenbach und Howell 1993; Rutter und Smith 1995). Dies ist vergleichbar mit einer Studie einer Schülerstichprobe, in der sich jeder fünfte als klinisch auffällig beschreibt. (Widdern 2004)

Jugendliche in psychiatrischer Behandlung beurteilen sich im Selbsturteil beim Gesamtwert des Problemverhaltens, beim internalisierenden und externalisierenden Verhalten weniger auffällig als ihre Eltern sie sehen (Pihlakoski et al. 2006).

Entwicklungsverlauf

Im **Kurzzeitverlauf** konnte eine Vergleichbarkeit der Gesamt- und Teil- Stichprobe festgestellt werden. Aus Sicht des Therapeuten wurde eine Besserung des Behandlungsergebnisses bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation festgelegt.

Im **Langzeitverlauf** wurde aus Sicht der Eltern eine Besserung festgestellt. Der Gesamtwert des Problemverhaltens und internalisierende Störungen bessern sich deutlich, externalisierenden Störungen geringfügig.

Jugendliche **in der Bevölkerung** sehen sich auffälliger als ihre Eltern.

Jugendliche Patienten **der Münchner Studie** sehen sich deutlich unauffälliger, als ihre Eltern sie sehen.

Der **Gesamtwert des Problemverhaltens** aus Sicht der Jugendlichen ist am niedrigsten und unterscheidet sich am deutlichsten von der Sicht der Eltern (Effektstärke: Eltern=0,55, Jugendliche=1,05).

Internalisierendes Verhalten ist aus Sicht der Jugendlichen und deren Eltern am auffälligsten und hat eine geringe bis bedeutende Effektstärke

Externalisierendes Verhalten ist aus Sicht der Eltern am unauffälligsten und wird mit einer unbedeutenden bis geringen Effektstärke eingestuft.

Die breiteste Streuung lag bei den Internalisierenden Störungen aus Sicht der Jugendlichen.

Im **Kurzzeitverlauf** aus Sicht des Therapeuten trat eine Besserung der Symptomatik und der Gesamtsituation ein.

Im **Langzeitverlauf** aus Sicht der Eltern (CBCL Verhaltensfragebogen nach Achenbach 1999/2000 und 2002) trat im Entwicklungsverlauf der Jugendlichen in klinischer Behandlung eine Besserung.

5.5. Einflussvariablen

5.5.1. Einflussvariablen im Stichproben- Vergleich

In der Münchner Studie wurden anhand der Basisdokumentation zur **Strukturqualität** demographische Daten wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Schicht, familiäre Situation und Schulbildung als Einflussvariablen auf die Zufriedenheit überprüft.

Daten der **Prozessqualität** als Daten des Patienten, wie psychiatrische Diagnosen Achse I- IV und IV des multiaxialen Klassifikationsschemas und Achse V des multiaxialen Klassifikationsschemas als Daten zur Familie des Patienten und Daten zur Qualität der Behandlung, wie Zahl der Kontakte und Episoden wurden als Einflussvariablen der Zufriedenheit abgefragt.

Als Daten zur **Ergebnisqualität** wurde der Kurzzeitverlauf mit den Daten aus der Basisdokumentation 1999/2000 wie Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik und der Gesamtsituation und dem Langzeitverlauf mit Daten aus dem Fragebogen 2002 aus Sicht des Patienten selbst und dem standardisierten Verfahren des YSR Verhaltensfragebogens nach Achenbach als Selbsteinschätzung des Jugendlichen als Einflussvariablen der Zufriedenheit herangezogen.

Zum Vergleich der Daten zur Struktur- und Prozessqualität aus der Basisdokumentation wurden weitere Stichproben aus Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken der Heckscher Klinik München, der Klinik Landshut, der Klinik Regensburg (Noterdaeme et al. 2005) und der ambulanten psychologischen Praxis Pohl in Garmisch- Partenkirchen (Pohl und Gottmann 2006) herangezogen.

Die Basisdaten, die zugleich als Einflussvariablen fungieren, werden vergleichend dargestellt. (Tabelle 44 Stichprobenvergleich)

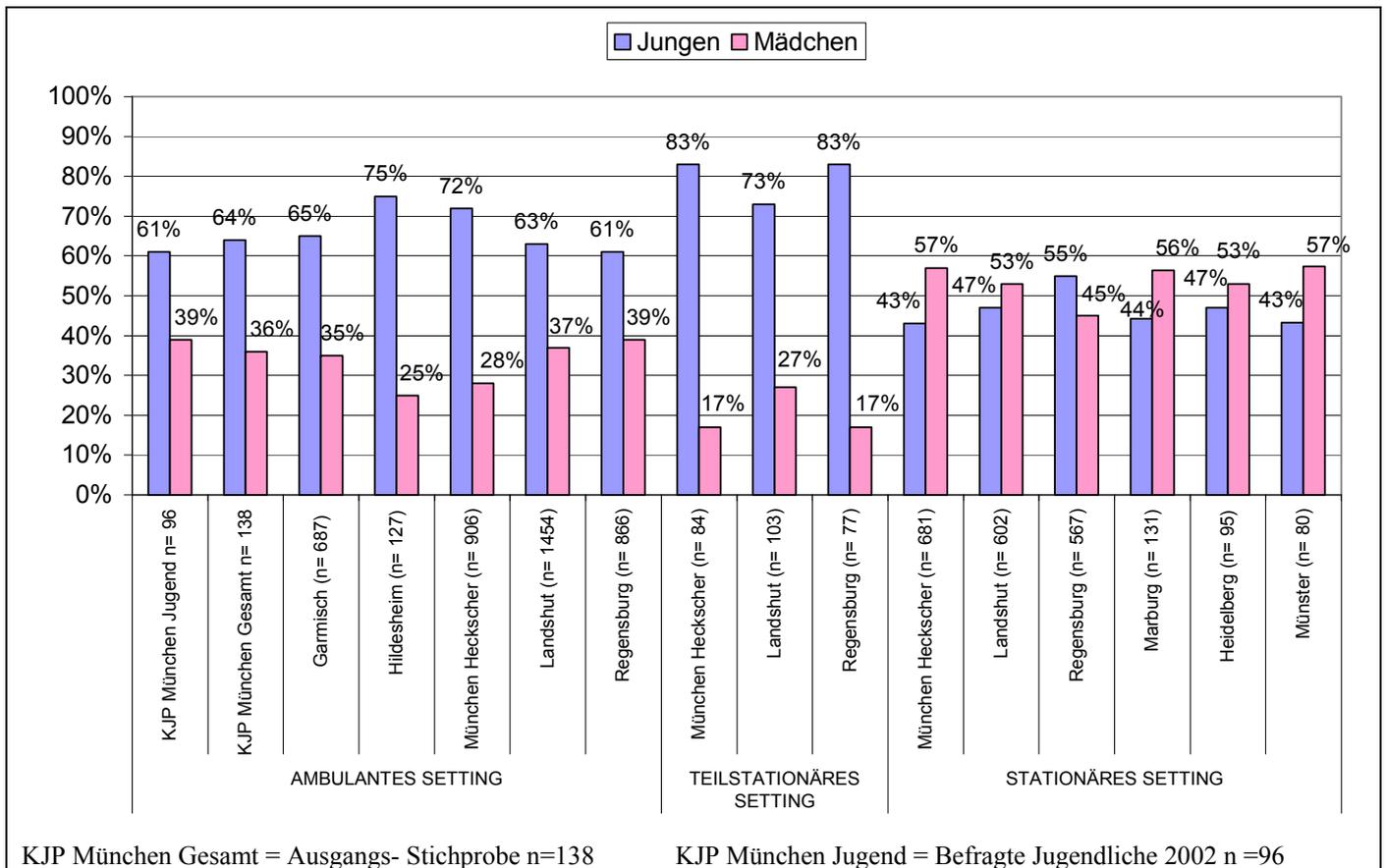
5.5.1.1. Geschlecht

Beim Vergleich der Geschlechtsverteilung der Münchner, Marburger, Heidelberger, Hildesheimer und Münsterer Stichprobe ergibt sich eine **Verteilung Mädchen: Jungen** im *stationären Bereich* in Marburg, Heidelberg und der Gesamt – Stichprobe in Münster n=80 (die Verteilung der Jugendlichen n=41 liegt nicht vor) fast 1: 1 mit einem leichten Überhang an Mädchen in Marburg, im *ambulanten Bereich* in München verteilten sich Mädchen: Jungen 1: 2 und in Hildesheim 1: 3.

Aus dem Vergleich ambulantes Setting, teilstationäres Setting und stationäres Setting geht hervor, dass sowohl im ambulanten als auch im teilstationären Bereich deutlich mehr männliche als weibliche Kinder bzw. Jugendliche zu verzeichnen sind. Im stationären Setting beträgt das Verhältnis männlich zu weiblich annähernd 1: 1.

Diese Verteilung kann man bei der Einteilung der häufigsten Diagnosen der Achse I des multiaxialen Klassifikationsschemas nachvollziehen (Tabelle 6 Diagnose und die Zusammenhänge), da sowohl in München als auch in Hildesheim die häufigste Diagnose bei externalisierenden Störungen wie Verhaltens- und emotionalen Störungen lag, für die Jungen anfälliger sind, und in Marburg, Heidelberg und Münster eher „mädchentypische“ Diagnosen wie Essstörungen oder internalisierende Störungen auftraten (Blanz und Schmidt 2006).

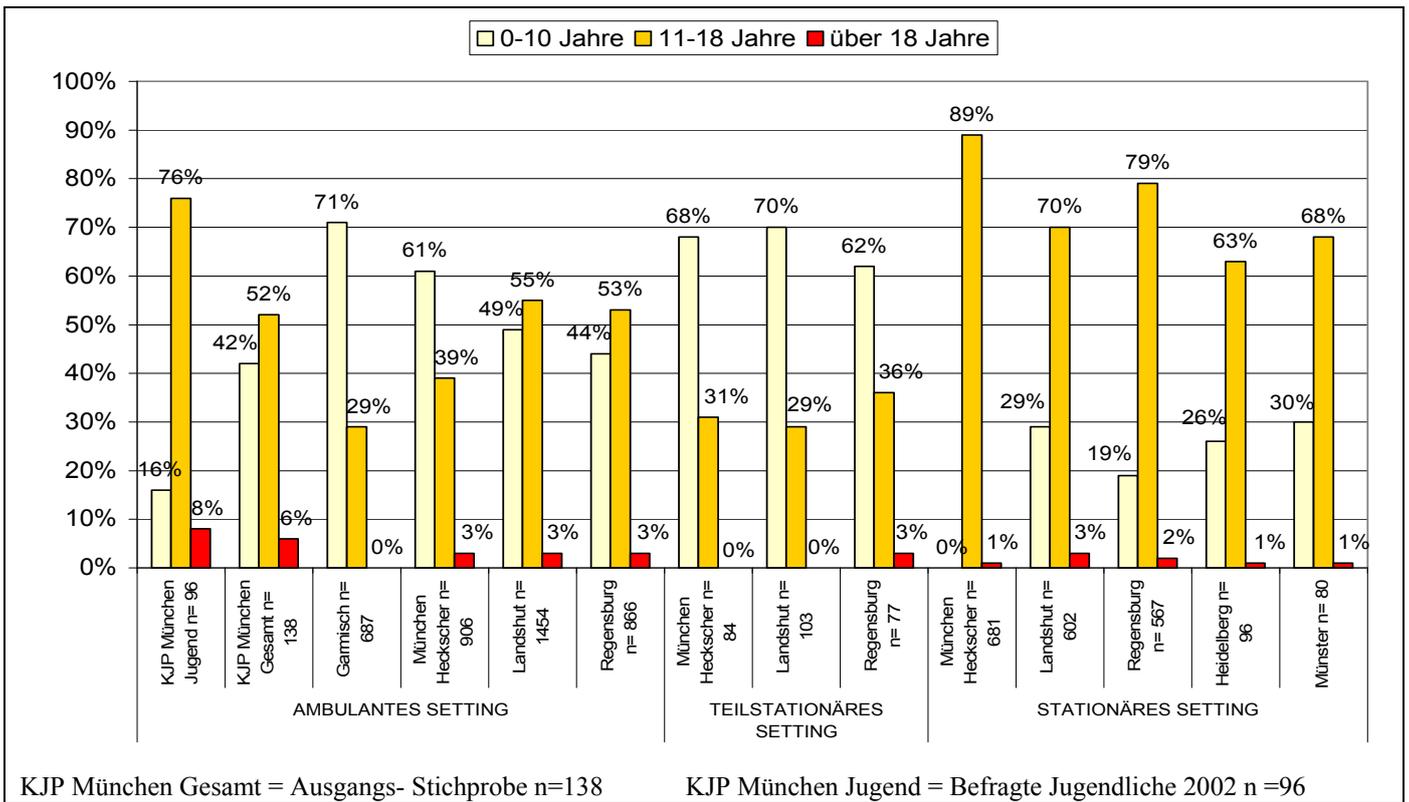
Abbildung 15 Geschlecht im ambulanten, teilstationären und stationären Setting



Die Münchner Jugendlichen- Stichprobe unterscheidet sich in Bezug auf die Geschlechtsverteilung nicht von der Münchner Gesamt- Stichprobe.

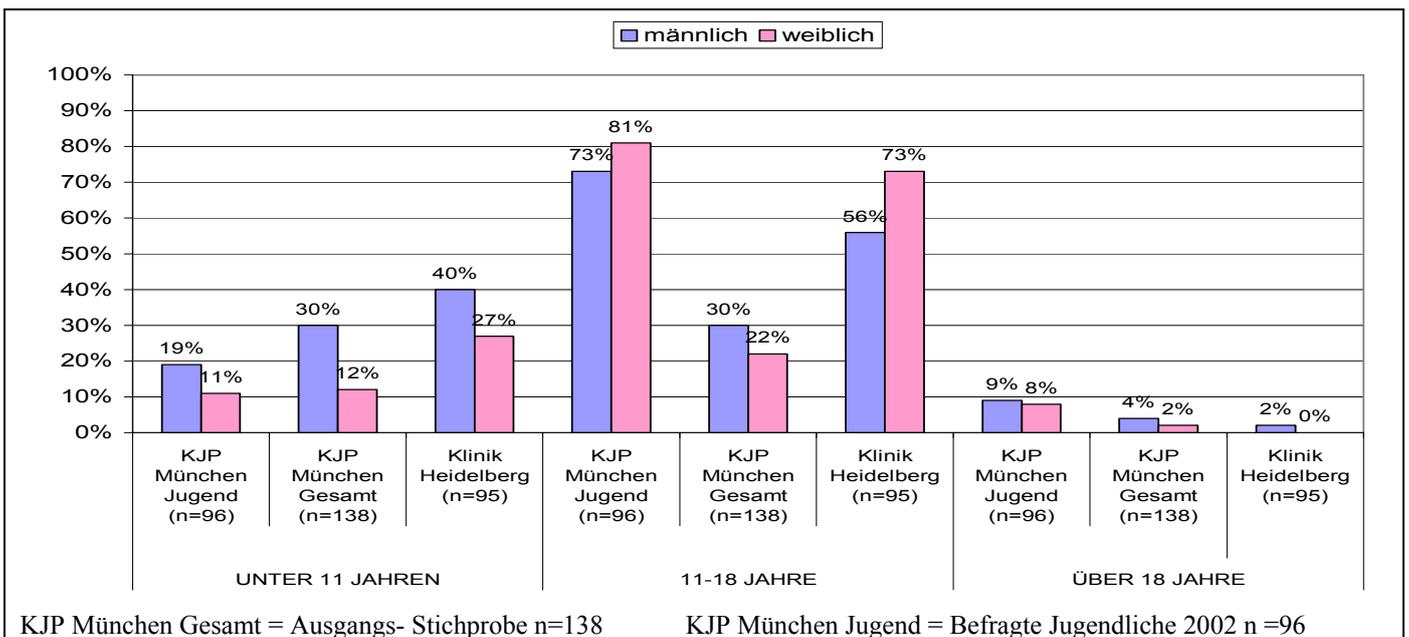
5.5.1.2. Alter

Abbildung 16 Alter bei Therapiebeginn im ambulanten, teilstationären und stationären Setting



Der hohe Anteil der 11- 18 Jährigen der Münchner Ambulanz der Jugend- Stichprobe ergibt sich aus der Befragung der Patienten selbst ab 11 Jahren. In der Münchner Gesamt- Stichprobe der 138 Patienten relativiert sich die Differenz zwischen unter 11 Jährigen und 11- 18- Jährigen. Der Anteil der 11- 18-Jährigen ist vergleichbar mit den Ambulanzen der Heckscher Klinik München und den Kliniken in Landshut und Regensburg.

Abbildung 17 Alter- und Geschlechtsverteilung im Stichproben- Vergleich



Unter 11 Jahren sind tendenziell häufiger Jungen, zwischen 11 und 18 Jahren häufiger Mädchen in Behandlung.

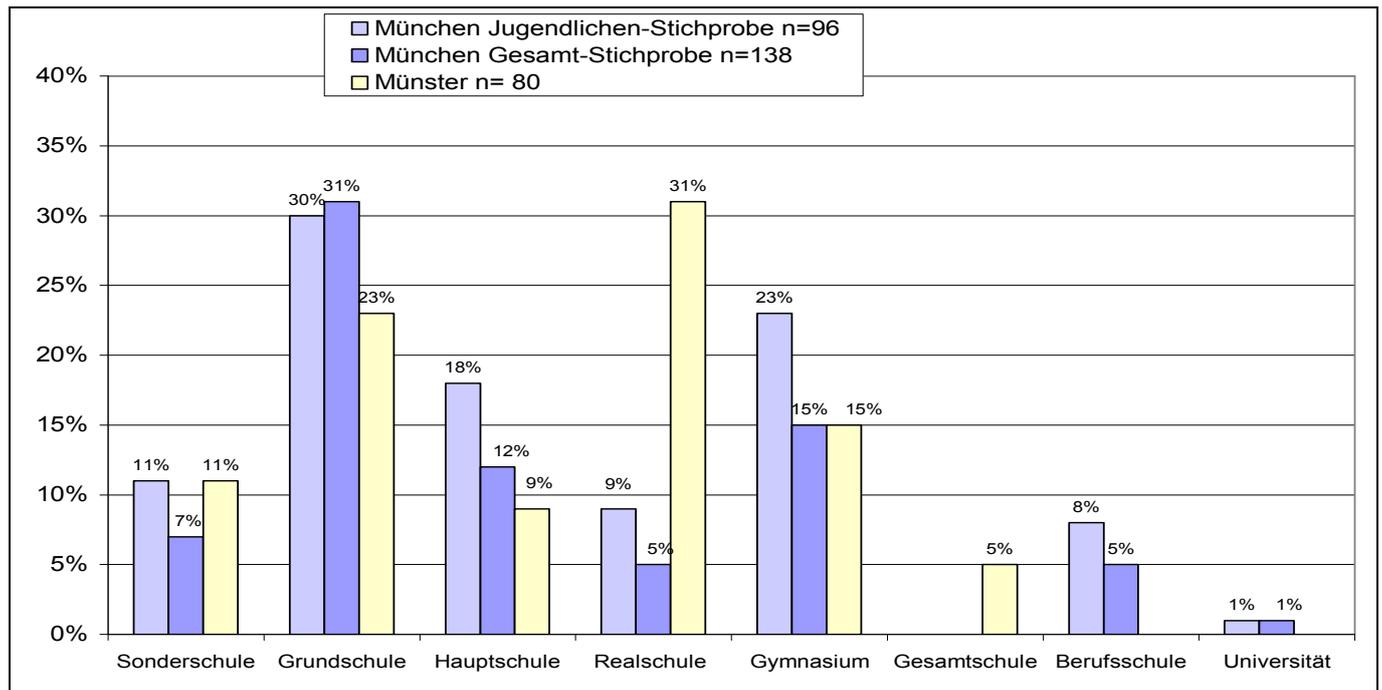
5.5.1.3. Schulbildung

Im Bereich Schulbildung standen die Stichproben Münchner Jugendlichen- Stichprobe (n=96) und Münchner Gesamt- Stichprobe (n= 138) und der Kinderklinik in Münster (n= 80) zur Verfügung.

Die Werte im Bereich der Sonderschule und der Grundschule sind ähnlich.

Eine deutliche Diskrepanz zeigt sich in den Bereichen Hauptschule (München 18% (12%) : Münster 9%), Realschule (München 9% (5%): Münster 31%) und Gymnasium (München 23% (15%): Münster 15%).

Abbildung 18 Schulbildung bei Befragung der Ausgangsstichproben in München (Jugend- Stichprobe n= 96, Gesamt- Stichprobe n= 138) und Münster



Deutlich erkennt man am Vergleich der beiden Münchner Stichproben die Variable Alter, die sich hinter der Einflussvariable Schule verbirgt. Der Bereich Hauptschule, Realschule, Gymnasium umfasst in der Jugendlichen- Stichprobe 50% aller Patienten.

Bei der Gesamt- Stichprobe sind lediglich 32% aller Patienten in den oben aufgeführten Schulen.

5.5.1.4. Diagnose

Im ambulanten Setting der Praxen in Garmisch und Hildesheim und dem stationären Setting in der Münchner Heckscher Klinik, der Klinik in Landshut, der Klinik in Regensburg und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Heidelberg überwogen jugendliche Patienten mit **externalisierenden Störungen**.

In der Kinderklinik Münster und der Jugend- Stichprobe der Münchner Studie überwogen Patienten mit **internalisierenden Störungen**.

In Marburg waren hauptsächlich Jugendliche mit „anderen Störungen“, wie Magersucht oder Psychosen. Siehe auch Geschlechtsverteilung unter Kapitel 5.5.1.1.

Der relativ hohe Anteil der internalisierenden Störungen der Münchener Jugendlichen- Stichprobe ist bedingt durch den Altersdurchschnitt bzw. die Erfassung der Patienten ab 11 Jahren.

Mit ansteigendem Alter nimmt die Häufigkeit der internalisierenden Störungen zu und die Häufigkeit der externalisierenden Störungen ab. (Sinzig et al. 2006)

Beim Vergleich der Diagnose in Bezug zum Alter kann man sowohl in der Münchener Jugendlichen- als auch der Gesamt- Stichprobe erkennen, dass im Alter bis 11 Jahre externalisierende Störungen, vor allem Hyperaktivität, und im Alter zwischen 11-18 Jahren internalisierende Störungen oder andere Störungen, wie Legasthenie oder Schuleprobleme vorherrschen.

Abbildung 19 Diagnosen im ambulanten und stationären Setting

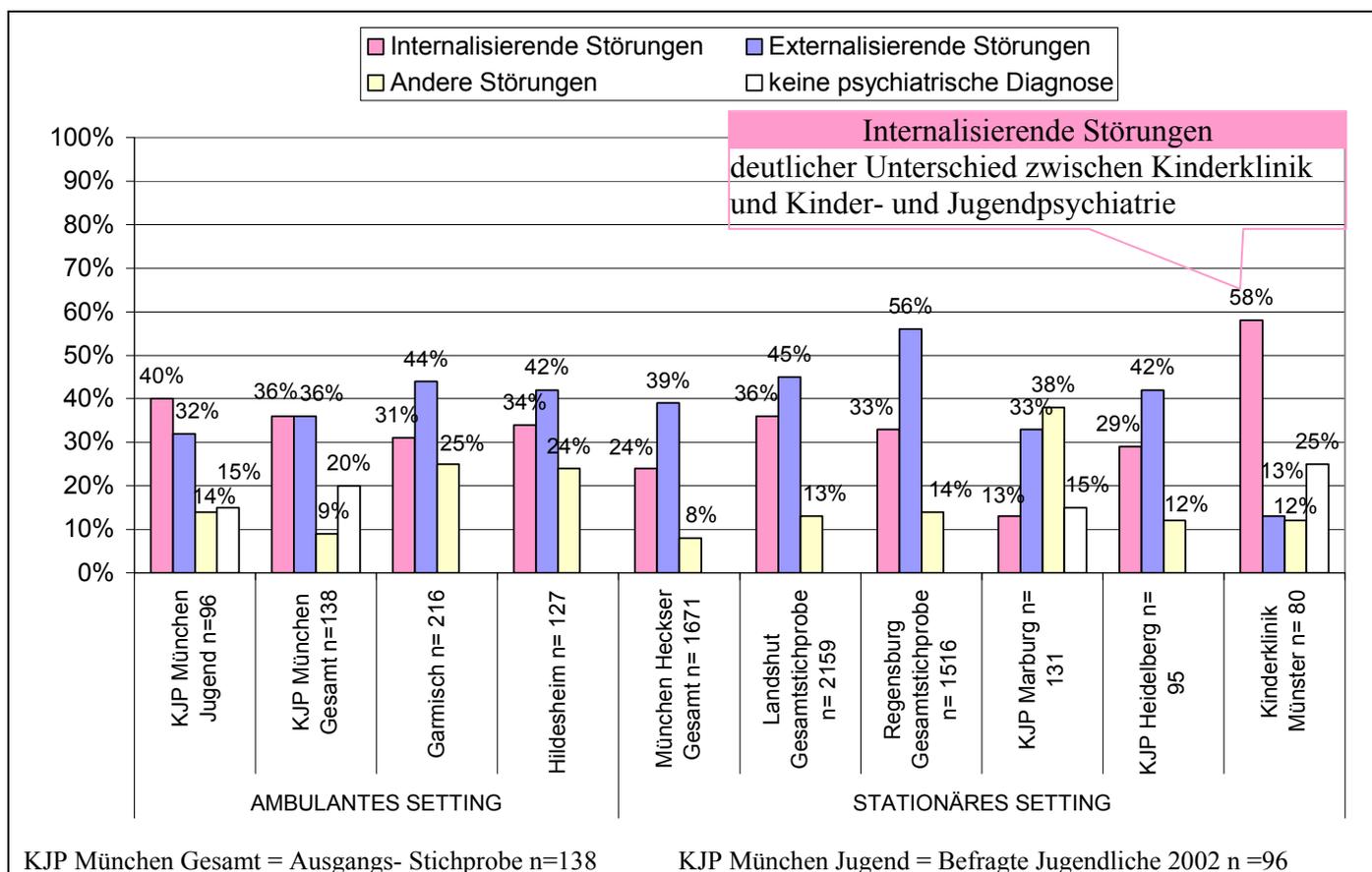
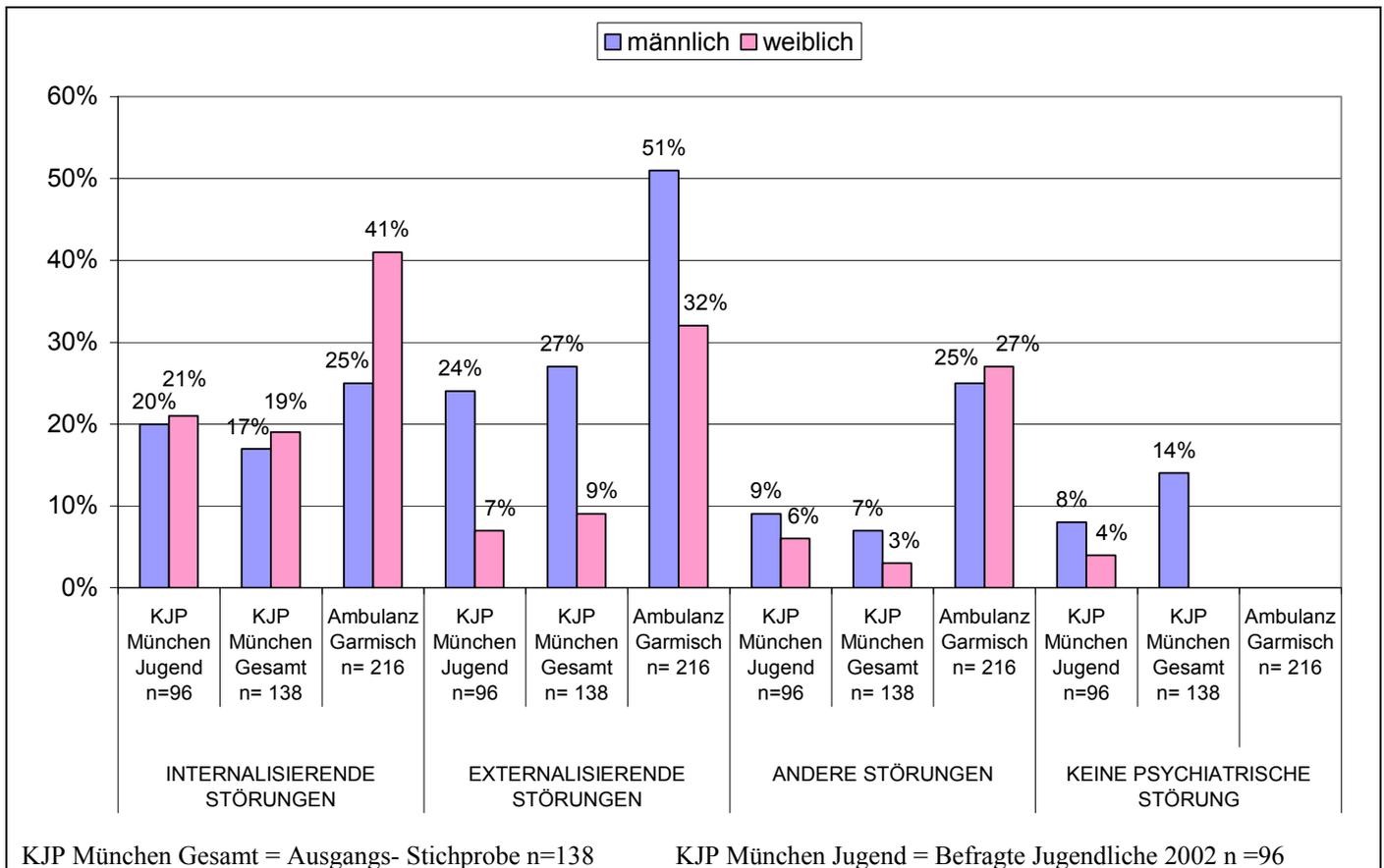


Abbildung 20 Diagnosen nach Geschlechtsverteilung im ambulanten Setting



Tendenziell leiden mehr weibliche jugendliche Patienten an internalisierenden psychiatrischen Störungen und männliche Jugendliche an externalisierenden psychiatrischen Störungen. In allen genannten Stichproben sind die männlichen Patienten in der Überzahl. Dies erklärt den deutlichen Überhang an externalisierenden Störungen (Noterdaeme et al. 2005).

5.5.1.5. Intelligenzniveau

Beim Vergleich der Münchner Gesamt- Stichprobe (n=138), der Münchner Jugendlichen- Stichprobe (n=96) und der ambulanten Stichprobe der konsekutiven Patienten der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München (n=1059) (Frank 2006) und der ambulanten Stichprobe der Praxis Pohl in Garmisch-Partenkirchen (n=467) (Frank 2006; P.Pohl 2006) ließ sich eine Normalverteilung der Intelligenz eine Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz erkennen.

5.5.1.6. Nationalität

Die Nationalität der Münchner Patienten konnte mit der Stichprobe der Kinderklinik aus Münster verglichen werden.

In Münster (78,8%: 21,2%) waren doppelt soviel Patienten mit anderen Nationalitäten als in München (89%: 11%).

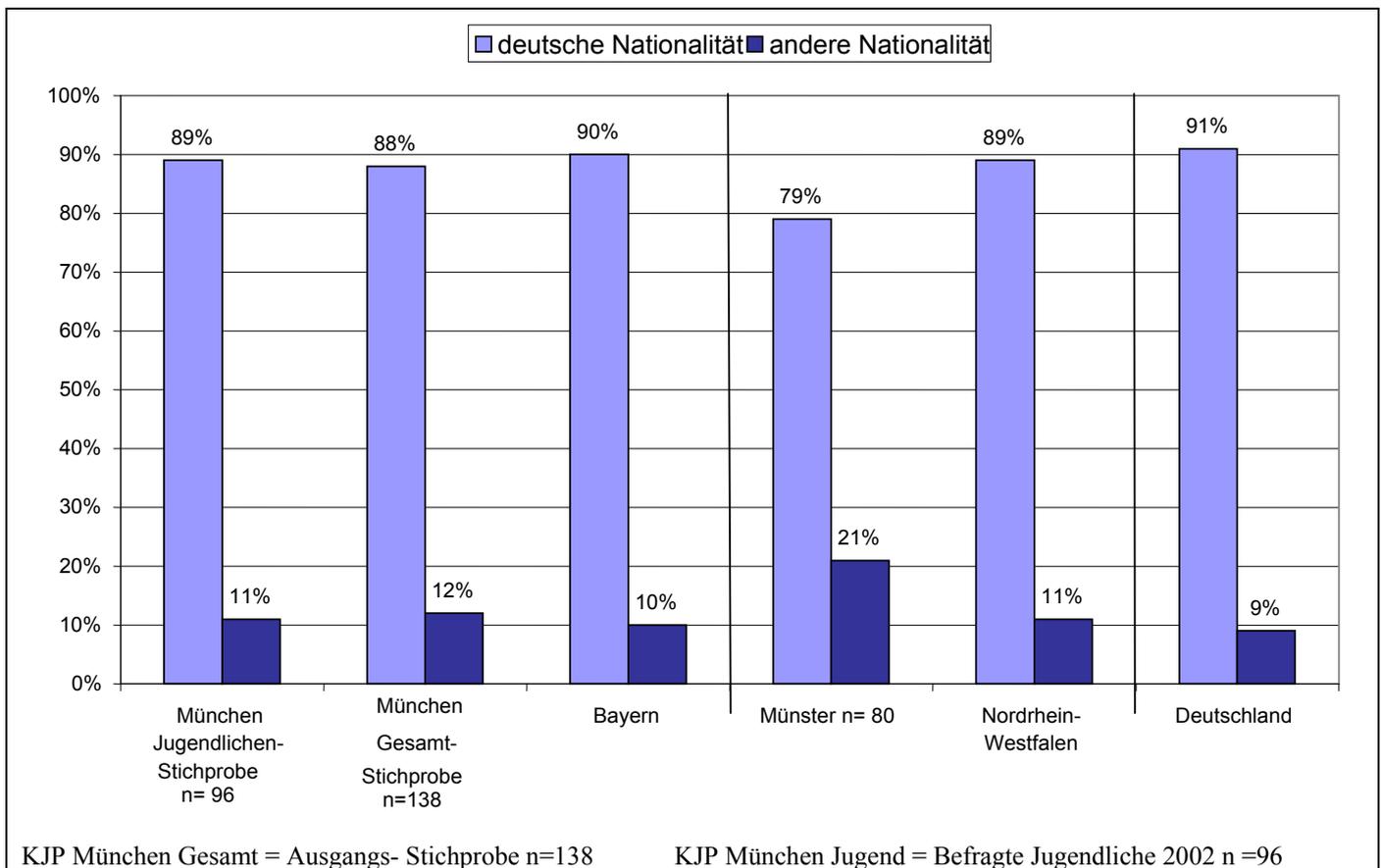
In der Heidelberger Studie waren Sprachprobleme der Eltern ein Ausschlusskriterium.

Die Studien konnten anhand der Daten des Statistischen Bundesamtes über den derzeitigen Ausländeranteil der einzelnen Bundesländer und Gesamt- Deutschland verglichen werden.

Die Münchner Studie war mit 11% und 12% mit dem bayrischen (10%) und dem deutschlandweiten Ausländeranteil (9%) vergleichbar.

Die Studie in Münster zeigte anhand des Ausländeranteils von 21% eine deutliche Diskrepanz zum Durchschnitt in Nordrhein- Westfalen mit 11% und deutschlandweit mit 9% auf (Bundesamt 2004).

Abbildung 21 Nationalität im Vergleich



5.5.1.7. Familiäre Situation

Die familiäre Situation beschreibt die Zusammensetzung der Familie des Patienten zum Zeitpunkt 1999-2000.

Von München, Heidelberg und Münster lagen Angaben über die familiäre Situation der Patienten vor.

*In der Studie aus Münster wurden nur die unvollständigen Familien erwähnt, in welchen familiären Verhältnissen die andere Jugendlichen leben wurden nicht angegeben

In Heidelberg und Münster ist der Prozentsatz der vollständigen Familien gleich.

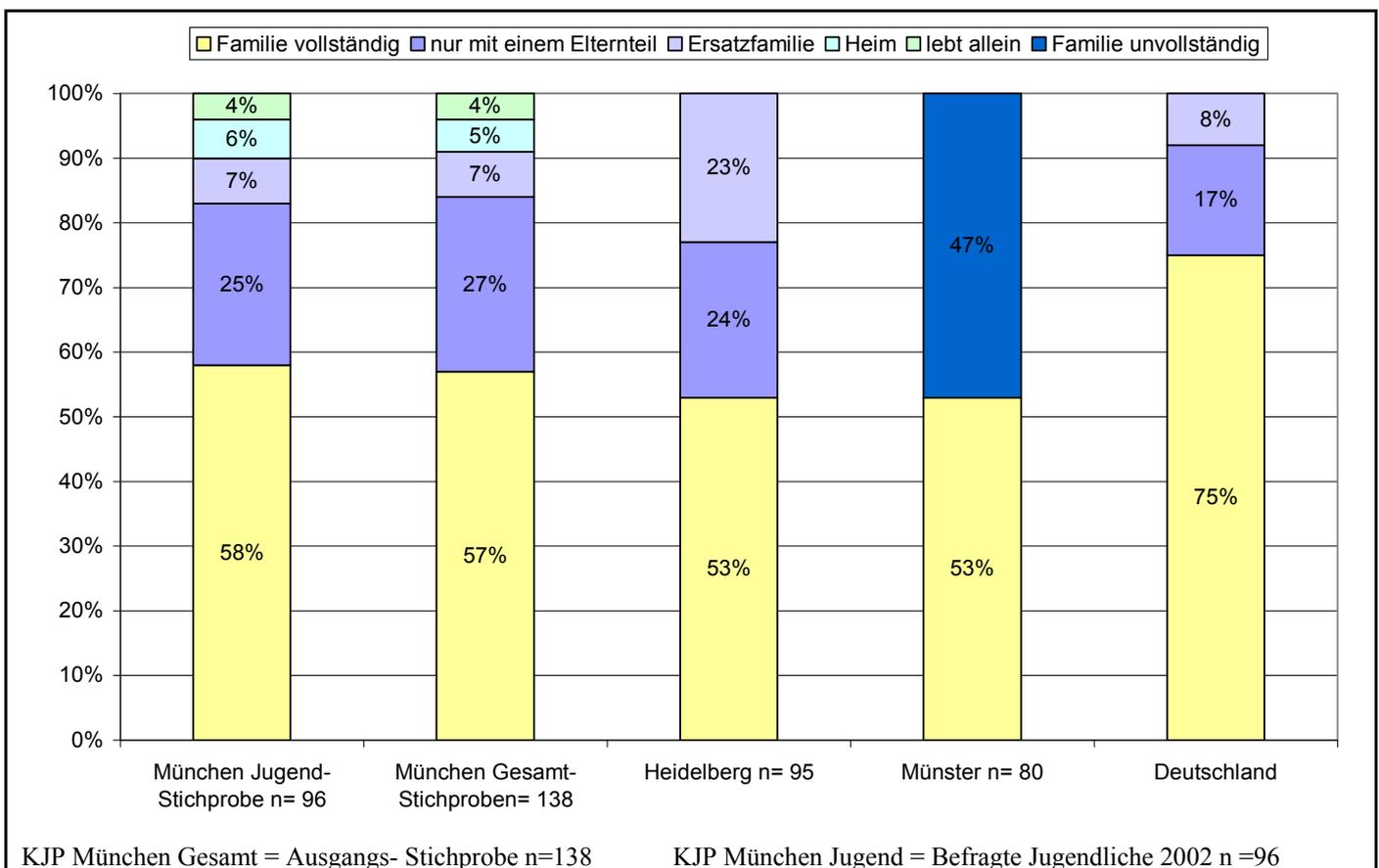
Sowohl in der Münchner Jugend- Stichprobe als auch in der Münchner Gesamt- Stichprobe liegt der prozentuale Anteil der vollständigen Familien tendenziell höher.

In der Heidelberger Studie waren Zuweisungen aus Heimen ein Ausschlusskriterium.

Anhand der Daten beim Statistischen Bundesamt konnten die Studien im Bundesland und in Deutschland mit der derzeitigen „Eltern- Kind- Gemeinschaft“ verglichen werden.

Der Anteil der vollständigen Familien in München liegt mit 57% und 58% deutlich unter dem deutschlandweiten Schnitt von 75%. Auch die Studien von Heidelberg und Münster deutlich unter dem deutschen Durchschnitt (Bundesamt 2003).

Abbildung 22 Familiäre Situation im Stichprobenvergleich



Im ambulanten und stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderklinik sind häufiger andere Familienkonstellationen als vollständige Familien anzutreffen als in der Bevölkerung.

5.5.1.8. Beratungs- und Behandlungskontakte

Ausführungen unter 4.5.2.6 und unter 5.6.2.

Je mehr Termine ein Patient hat, desto höher sind seine Zufriedenheit und die Bereitschaft an einer Nachbefragung teilzunehmen.

In einer einflussreichen Arbeit zur Aufwands- Wirkungsrelation in der Erwachsenen- Psychotherapie konnte in Form einer Meta- Analyse von insgesamt 15 Studien mit 2431 Patienten gezeigt werden, dass der therapeutische Fortschritt in Relation zu den durchgeführten therapeutischen Sitzungen mit einer Probit- Analyse approximierbar ist. Nach diesen Analysen lassen sich Verbesserungen des Befindens in der Psychotherapie in Form einer negativ beschleunigten Kurve in Relation zur Anzahl der Sitzungen darstellen. Das bedeutet, dass für einen Großteil der Patienten schon in der frühen Phase eine Besserung erreicht wird und eine Steigerung der Verbesserungsrate ab einer bestimmten Therapiedauer einen großen Zuwachs des therapeutischen Aufwands benötigt. (Howard et al. 1986).

In einer näheren Untersuchung der Daten bezüglich diagnostischer Unterschiede konnte gezeigt werden, dass 50% der Patienten mit einer depressiven Störung oder einer Angststörung schon nach 8-13 Sitzungen positiv auf eine Psychotherapie ansprechen, Patienten mit einer schweren psychischen Störung dagegen nach 13-26 Sitzungen aus Sicht des Patienten und aus Sicht des Therapeuten erst nach 26-52 Sitzungen (Lutz und Grawe 2004).

Remschmidt und Mattejat konnten eine deutliche Steigerung der durchschnittlichen Behandlungserfolge bei Behandlungen feststellen, die länger als 3 Monate währten und kamen zu dem Entschluss, dass „Therapie eine gewisse Mindestdauer benötigt, um zu einem guten Erfolg zu führen“. (Remschmidt und Mattejat 2002)

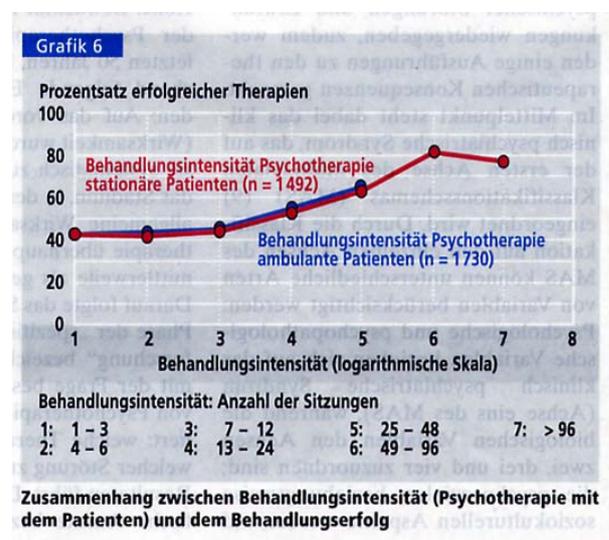
Zufriedenheit wird nicht unbedingt am **Erfolg der Behandlung** gemessen, sondern ist ein stark subjektives Empfinden des Einzelnen, das von mehreren Faktoren abhängt.

Bei einer stationären Behandlung mit meist schwererem Krankheitsbefund ist eine Besserung des Krankheitsbildes während der Therapie oft deutlicher, als in der ambulanten Beratung.

Somit ist die Zufriedenheit mit dem Erfolg der Beratung höher.

Wichtig ist vor allem für den Patienten in Bezug auf Erfolg der Behandlung die **Behandlungsintensität**, ob in einem ambulanten oder stationären Setting. Unter Tabelle 38 Beratungs- und Behandlungskontakte in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit kann man den Zusammenhang deutlich erkennen.

Remschmidt und Mattejat konnten einen deutlichen Dosis- Wirkungs- Zusammenhang zwischen der Behandlungsintensität und dem Prozentsatz an erfolgreichen Therapien feststellen, der bei stationären Patienten wie ambulanten Patienten gleich ausfiel.



Grafik aus (Remschmidt 2003)

5.5.1.9. Weitere Einflussvariablen

Im vorangegangenen Kapitel wurden die häufigsten Vergleichs- Daten aus der Basisdokumentation gegenübergestellt. Für folgende Einflussvariablen liegen uns **keine Vergleichsdaten** der vorab genannten Stichproben vor:

- Achse II Entwicklungsstörung
- Vierte Achse: Körperliche Symptomatik
- Sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Schichtzugehörigkeit
- Fünfte Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände GARF- Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie
- Behandlungsepisoden
- Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik
- Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

5.5.1.10. Einflussvariablen im Stichprobenvergleich

Die Einflussvariablen sind für den ambulanten Bereich gut vergleichbar.

Im *ambulanten und teilstationären Bereich* sind deutlich **mehr Jungen** vertreten, im *stationären Bereich* liegt das Verhältnis bei 1:1.

Im *teilstationären Bereich* und im *ambulanten Bereich* der Münchner Heckscher Klinik und der Praxis in Garmisch sind deutlich mehr jüngere Kinder von **0-10 Jahren**.

Im *ambulanten Bereich der KJP München* und der Kliniken Regensburg und Landshut sind überwiegend Jugendliche von **11- 18 Jahren**.

Im *stationären Bereich* sind deutlich mehr Jugendliche von **11- 18 Jahren**.

Die *KJP- Stichprobe München* verfügt über den **größten Anteil der über 18 jährigen**.

In der *KJP München* sind deutlich mehr **Grundschüler** (verborgene Variable Alter) als in der Kinderklinik in Münster, bei den älteren Kindern sind deutlich mehr **Gymnasiasten** als in Münster.

In der *KJP München* haben **internalisierende und externalisierende Störungen** ein Verhältnis 1:1, während die *Vergleichs- Studien* überwiegend **externalisierende Störungen** aufweisen. Die *Kinderklinik in Münster* verfügt überwiegend über **internalisierende Störungen**.

KJP in München weist eine **niedrigere Ausländerquote** auf als die Kinderklinik in Münster und ist mit der Bevölkerung vergleichbar.

Der Anteil an **vollständigen Familien** ist in der *KJP München* am höchsten im Vergleich zu den anderen Studien.

Anmerkung:

An dieser Stelle muss ich anmerken wie schade es ist, dass in allen mir zu Verfügung stehenden Quellen lediglich die Daten **Alter, Geschlecht, Diagnose, Intelligenz, Familie** und **Schule** gut zu vergleichen ist, da sämtliche von mir als Einflussvariablen beschriebene Daten der Basisdokumentation in den anderen Publikationen nicht dargestellt oder ausgewertet wurden.

Alle genannten Daten werden aufgrund der gleichen Basisdokumentation von den Kliniken und Praxen dokumentiert.

Da keine oder nur unzureichend viele Daten vorliegen ist keine Auswertung möglich und Auswertungen liegen dazu bisher nicht vor. Es stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller wäre, gezielt nur die Daten zu erfragen, die dann auch verwertet werden?

Durch die Einsparung an Zeit bei Erfragung und Dokumentation wäre ein Teil der Auswertung gesichert!

Weder in der Marburger, Heidelberger, Hildesheimer noch Münsterer Studie wurden weitere Einflussvariablen der Zufriedenheit anhand der Außenkriterien zur Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität überprüft. Lediglich die Einzel- Items des Fragebogens wurden abgefragt.

5.5.2. Einflussvariablen und Zufriedenheit

Bei den **Patientenvariablen** lässt sich der deutliche Einfluss **der demographischen Daten** des **Geschlechts**, des **Alters** und der **Schulform** erkennen.

- **Weibliche Patienten** sind tendenziell zufriedener. Bereits im bivariaten Ergebnis lag die Teil- Zufriedenheit der *Rahmenbedingungen der Behandlung* bei *weiblichen* Patienten höher als bei männlichen Patienten. Durch die Regressionsanalyse wurde dieses Ergebnis bestätigt ($p=0,007$; $Beta=0,486$). Von den männlichen Jugendlichen waren 71%, von den weiblichen Jugendlichen 92% mit den Rahmenbedingungen der Beratung zufrieden.
- Der Grad der Zufriedenheit des Patienten zeigt einen Zusammenhang mit dem **Alter**. Von den Kindern, die zu Beginn der Therapie unter 11 Jahren waren, waren 100% zufrieden. Von den 11 und 18 jährigen waren 88 % und von den jungen Erwachsenen, die zu Beginn der Therapie über 18 Jahren waren, waren 62 % zufrieden. Im Alter *unter 11 Jahren* zu Beginn der Therapie hatten alle Befragten mit den Rahmenbedingungen der Behandlung wie Videoaufzeichnungen und Ärger über den Therapeuten keine Probleme ($p=0,036$; $Beta= - 0,368$). Die Abnahme der Zufriedenheit begann im Alter von *11- 18 Jahren*. In einer Studie aus Ulm (Keller et al. 2006) konnte ebenfalls eine „erhöhte Unlust“ an der Teilnahme und eine geringere Zufriedenheit mit steigendem Alter der Jugendlichen festgestellt werden.
- Hinter den einzelnen **Schulformen** verbirgt sich die Variable *Alter*. In der Grundschule und Sonderschule, die Altersstufe mit den jüngeren Patienten, sind diese am zufriedensten.

Einflussvariable Diagnose/ Störungstyp

- Tendenzuell beeinflusst die Art der Störung (**psychiatrische Diagnose**) die Zufriedenheit des jugendlichen Patienten. Jugendliche mit internalisierenden Störungen waren zu 69%, mit externalisierenden Störungen zu 63% und mit anderen Störungen zu 60% zufrieden. Alle Jugendlichen, die keine psychiatrische Diagnose hatten waren mit dem Erfolg der Behandlung zufrieden. ($p= 0,019$; $R^2= 3,664$)
- In der Münchner Jugendlichen- Stichprobe ist der Anteil der Patienten **ohne Entwicklungsstörung** höher als in der Gesamt- Stichprobe. Bei den Patienten der Gesamt- Stichprobe mit Entwicklungsstörungen handelt es sich vor allem um Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bezüglich der schulischen Fertigkeiten. Von den Jugendlichen ohne Entwicklungsstörung sind 93%, mit Entwicklungsstörung sind 78% zufrieden. Patienten ohne Entwicklungsstörung sind mit der Beziehung zum Therapeuten zufriedener als Patienten mit einer Entwicklungsstörung ($p=0,017$; $Beta= - 0,500$).
- Die Zufriedenheit zeigt einen Zusammenhang zur Höhe des **Intelligenzquotienten**. 92% der Jugendlichen mit normaler und hoher Intelligenz und 75% der Jugendlichen mit Intelligenzminserung waren zufrieden ($p=0,036$; $Beta= - 0,457$). Die Frage wie klar sind diesen Patienten die Fragen?
- Patienten mit einer **körperliche Symptomatik** (chronisch krank) im Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose, sind vor allem Patienten, die chronisch krank sind. 85% der Jugendlichen ohne körperliche Symptomatik waren zufrieden und 62% der Jugendlichen mit körperlicher Symptomatik waren zufrieden. Patienten mit einer körperlichen Symptomatik sind mit der Beziehung zum Therapeuten unzufriedener als Patienten ohne körperliche Symptomatik ($p=0,044$; $Beta= - 0,416$).

- Die **Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus** drückt den Schweregrad der Erkrankung aus und wirkt sich auf die Zufriedenheit des jugendlichen Patienten aus. Je schwerwiegender die Problematik des Patienten ist, umso geringer ist die Antwortrate. 96% der Patienten mit leichter sozialer Beeinträchtigung, 83% der Patienten mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung und 75% der Patienten mit schwerer sozialer Beeinträchtigung sind zufrieden. Je stärker die Beeinträchtigung des Psychosozialen Funktionsniveaus der Beziehungen ist, desto unzufriedener ist der Jugendliche ($p=0,023$; $Beta= - 0,486$; $R^2= 3,664$).

Bei den **Therapeutenvariablen** lässt sich der deutliche Einfluss des **Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation und der Episoden** erkennen.

- Das **Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation** ist ein Prädiktor der Zufriedenheit des jugendlichen Patienten. Bei den Patienten, die sich behandeln ließen, beeinflusste eine Verbesserung oder Verschlechterung der **Symptomatik** nicht die Zufriedenheit. 56% der Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilen, 46% der Patienten, bei denen sich die Symptomatik aus Sicht des Therapeuten gebessert und 50 % der Patienten, bei denen die Symptomatik gleich bleibend war oder sich verschlechtert hat, waren zufrieden. Der Erfolg der Behandlung in Bezug auf die Familie war signifikant. ($p= 0,045$; $R^2= 0,875$) Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilt hatten, waren unzufriedener, als Patienten, bei denen sich die **Gesamtsituation** aus Sicht des Therapeuten verändert hat. Bei der Zufriedenheit mit dem *Erfolg der Behandlung* ($p= 0,020$; $R^2= 1,792$) waren 60% der Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilen, 69% der Patienten, bei denen sich die Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten gebessert hat und 81% der Patienten, bei den die Gesamtsituation gleich bleibend war oder sich verschlechtert hat, zufrieden. Bei der Zufriedenheit mit dem *Rahmenbedingungen der Behandlung* ($p=0,017$; $R^2= 1,866$) waren 75% der Patienten, die keinen Behandlungsauftrag erteilen, 89% der Patienten, bei denen sich die Gesamtsituation aus Sicht des Therapeuten gebessert hat und 95% der Patienten, bei den die Gesamtsituation gleich bleibend war oder sich verschlechtert hat, zufrieden. Hier lässt sich deutlich erkennen, wie wichtig es ist, den Behandlungsauftrag zu erkennen oder zu erfragen und ihn klar zu definieren, um dem Patienten gerecht werden zu können.
- Die Zufriedenheit des Patienten mit Erfolg der Behandlung steigt mit der Anzahl der **Episoden**. ($p=0,017$; $Beta=0,432$). Es handelt sich um eine Dosis- Wirkungs- Steigerung der Zufriedenheit. Es muss bedacht werden, dass nur die Jugendlichen zu einer weiteren Episode kommen, die zufrieden waren, angenommen sich fühlten oder weitere Hilfe erhofften. Die zufriedenen Patienten werden selektiert.

Einflussvariablen der Zufriedenheit

- Patientenvariable demographischen Daten:
Geschlecht, Alter, Schulform,
- Patientenvariable Diagnosen:
psychiatrischen Diagnose, Entwicklungsstörungen, Intelligenz, Körperliche Symptomatik und Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Therapeutenvariablen
Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation (Definition des Behandlungsauftrages) und die Anzahl der Episoden.

5.6. Güte des Fragebogens

Die Münchner Studie war als eine Replikations- Untersuchung des Fragebogens der Marburger Universitätsklinik zur Beurteilung der Behandlung FBB (Mattejat und Remschmidt 1998) angelegt.

Trotz unterschiedlicher Stichproben und Settings, Veränderung des Fragebogens, der Intensität der Behandlung, ob stationär mit vielen Kontakten oder ambulant mit eher weniger Kontakten zum Therapeuten, verschiedener zeitlicher Abläufe der Befragung, gleich nach Beendigung der Behandlung oder drei Jahre später, konnte in der Münchner Studie eine ähnlich hohe Zufriedenheit wie in der Marburger, der Heidelberger, Hildesheimer und Münsterer Studie erzielt werden.

5.6.1. Reliabilität

Als **Reliabilitätskoeffizienz** der inneren Konsistenz der *Münchner* Stichprobe wurde ein Crohnbachs Alpha von 0,841 ermittelt, der für eine hohe Reliabilität spricht (Tabelle 47 Stichprobenvergleich Teil- Zufriedenheiten).

Die **interne Reliabilität** der Vergleichsstudien in *Marburg* und *Heidelberg* erzielten ebenfalls eine Crohnbachs Alpha von $> 0,80$. In der Studie in *Münster* ist gut reproduzierbar und betrug einen Crohnbachs Alpha von 0,78 (Tabelle 47 Stichprobenvergleich Teil- Zufriedenheiten).

Die Faktorenstruktur der Marburger und Münchner Ergebnisse konnte repliziert werden und war hinsichtlich:

- der Beurteilung der *Beziehung zum Therapeuten* zuverlässig und stabil.
- der Beurteilung des *Therapieerfolges* gering, beeinflusst durch den Verlauf seit der Entlassung.
- der *Rahmenbedingungen*, aufgrund der Veränderung durch die zeitliche Distanz, weniger hoch.

Ausreichende Reliabilität ist die **Voraussetzung**, um die Validität einschätzen zu können.

5.6.2. Validität

Die Validität des „Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB) von F. Mattejat und H. Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1998) wurde von den Autoren auf Grund inhaltlicher Überlegungen (**face validity**) als gut eingestuft.

Liegt eine **interne Validität** vor, so ist die Variation der abhängigen Variablen als kausale Folge der Variation der unabhängigen Variablen zu interpretieren, das bedeutet, dass das Ergebnis einer Studie als valide gilt, wenn die beobachteten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen mit ausreichender Sicherheit durch die überprüften Behandlungsmodalitäten und nicht durch andere Einflussgrößen bedingt sind. (Berger et al. 2004)

Unter **externer Validität** versteht man die Generalisierbarkeit der empirischen Ergebnisse einer Stichprobenuntersuchung auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte. (Hohm 2002)

Nach Bullinger (Bullinger 2002; Bullinger et al. 2004) wird die Validität eines Instrumentes durch **konfirmatorische Faktorenanalyse** überprüft, die die Prüfung einer a priori definierten Skalenstruktur ermöglicht anstatt Skalenstrukturen erst zu identifizieren.

Die Validität des Fragebogens wurde mit der Münchner Studie durch Faktorenanalyse *explorativ* und *konfirmatorisch* geprüft.

5.6.2.1. Explorativer Ansatz

Der Explorative Vergleich der unterschiedlichen Faktorenlösungen als Modellbildung der Münchner Stichprobe untersucht die **interne Validität** (Tabelle 20 Münchner 3-, 4- und 5-Faktorenlösung). Die Einteilung der Items in die einzelnen Skalen erfolgte wie in der Ursprungsversion der „Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung“ (Mattejat und Remschmidt 1998) anhand einer **Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenanalyse**.

Bei der Hauptkomponentenanalyse wird ein Sammelbegriff für die auf einen Faktor hoch ladende Variable, die durch das Beurteilungsverhalten des Befragten beeinflusst wird, gesucht. Es „... zeigt sich regelmäßig, dass der bei einer Hauptkomponentenanalyse resultierende erste, also gewichtigste Faktor in ganz besonders starkem Maße die Tendenz der Sozialen Erwünschtheit repräsentiert...“ (Mummendey 1987).

Die Stabilität der Fragen wird durch die **5-, 4- und 3- Faktorenlösung** verglichen. In allen drei Versionen der **Münchner Stichprobe** erzielt die Teil- Zufriedenheit *Beziehung Patient- Therapeut* die größte **erklärte Varianz** mit 20,4% bei der 5- Faktorenlösung, 28,87% bei der 4- Faktorenlösung und 32,82% bei der 3- Faktorenlösung.

Die erklärte **Gesamt- Varianz** nimmt von der 5- Faktorenlösung mit 71,51% zur 3- Faktorenlösung mit 58,96% deutlich ab. Die 5- Faktorenlösung ist am aussagekräftigsten. (Schneider und Hölzl 2002)

Viele Fragen sind gleich oder ähnlich. Beim Vergleich der Fragen der Vollversion des „Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung“ (Mattejat und Remschmidt 1998) stellte sich die Frage, inwieweit eine genaue Differenzierung der einzelnen Fragen für jugendliche Patienten möglich und **verständlich** ist. Einige Fragen, wie 1. *Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich*, 3. *Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen* und 18. *Ich bin mit der Beratung zufrieden* könnte bei nicht genauem Hinsehen eines jugendlichen Betrachters durchaus jeweils das Gleiche abfragen. Mit den Fragen zum Therapeuten, wie 2. *Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für meine Situation*, 8. *Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen* und 9. *Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden* könnten ebenfalls Verständnisprobleme auftreten. Auch die Fragen über Sympathie und Antipathie wie 14. *Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert*, 19. *Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus* und 15. *Der Therapeut war mir sympathisch* könnte der jugendliche Patient gleichbedeutend beantworten.

Aufgrund der erwähnten Beispiele ist es sinnvoll nur **Kernfragen der Teilbereiche der Zufriedenheit** zu *Erfolg der Behandlung*, *Beziehung Patient- Therapeut* und *Rahmenbedingungen der Behandlung* zu benutzen. An dieser Stelle kann man über den Sinn, beide Fragen 8. *Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen* und 9. *Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden* der Münchner Kurzversion in der Kurzversion zu belassen, diskutieren, da sie beide Ähnliches ausdrücken. Beim Zusammenschluss beider Fragen würde sich die Münchner Kurzversion auf insgesamt sechs Fragen, für jeden der drei Teilbereiche der Zufriedenheit auf zwei Fragen, verkürzen.

Die Fragen der Marburger Kurzversion sind alle positiv gehalten. Dies kann nach Mummendey (Mummendey 1987) bei der Beantwortung der Fragen ein divergentes Beantwortungsschema zur Folge haben im Gegensatz zur negativ gehaltenen Frage des gleichen Inhalts. In der Münchner Kurzversion sind sowohl positive, als auch negative Fragen vorhanden. Außerdem werden bei der Münchner Kurzversion im Gegensatz zur Marburger Kurzversion (*Erfolg der Behandlung* und *Beziehung Patient- Therapeut*) alle drei Teilbereiche (*Erfolg der Behandlung*, *Beziehung Patient- Therapeut* und *Rahmenbedingungen der Behandlung*) der Zufriedenheit abgefragt.

Durch die beiden emotional gefärbten negativen

Fragen 13. *Die Videoaufnahmen waren mir unangenehm* und 14. *Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert* besteht für den Jugendlichen die Gelegenheit sich auch deutlich negativ äußern zu dürfen.

Ein Ergebnis ist die hohe erklärte Varianz der **Prozessqualität der Behandlung** mit den zwei Dimensionen die *Beziehung zum Therapeuten* und die belastenden Aspekte der Behandlung, die *Rahmenbedingungen der Behandlung*. Ein Aspekt weshalb sich die beiden unabhängigen Dimensionen herauskristallisieren, wird mit den spezifischen Merkmalen der Patientenrolle begründet, da bei jugendlichen Patienten oftmals schroffe Ablehnung der Therapie und intensive Suche nach Zuwendung und Betreuung unmittelbar nebeneinander existieren. Sie beklagen sich über durch die Therapie entstandene Einschränkungen und Nachteile und darüber vom Therapeuten wie ein Kind behandelt zu werden, entwickeln aber dennoch eine positive und vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten.

Laut Handanweisung der FBB (Mattejat und Remschmidt 1998) bildet sich dieser Aspekt der *Rahmenbedingungen der Behandlung* als gesonderte Dimension möglicherweise nur bei stationären Patienten und es bestand die Forderung dieses im ambulanten Bereich zu überprüfen.

Diese Erwartung wurde mit dieser Studie bestätigt.

Die Rahmenbedingungen der Behandlung spielen auch im ambulanten Bereich eine große Rolle.

Wie in der Marburger Studie hat Verständnis und Vertrauen zum Therapeuten in der Patienten-Therapeuten- Beziehung, der Erfolg der Behandlung für den Patienten selbst und in der Familie für die Jugendlichen ebenso eine zentrale Rolle, wie die Rahmenbedingungen der Behandlung in Form von Videoaufnahmen und Ärger über den Therapeuten.

5.6.2.2. Konfirmatorischer Ansatz

Die **externe Validität** wird mittels **Konfirmatorischer** Faktorenanalyse durch Übertragbarkeit der Studienergebnisse bei unterschiedlichem Setting, anderer Stichprobe, anderer Arbeitsgruppe, verschiedenen zeitlichen Abläufen und Zeitabstände geprüft. (Bullinger et al. 2004)

Die Werte der Zufriedenheit der Münchner Stichprobe sind mit den Marburger Ergebnissen fast identisch.

Anhand der quantitativen Auswertung ergeben sich auch nach Veränderung der Fragenszusammenfassung nach der Faktorenanalyse ähnliche Zufriedenheitswerte. Der Vergleich mit anderen Studien fand mit der Münchner 3– Faktorenlösung statt.

Der Vergleich der **Stichproben in München (n=67), Marburg (n=89) und Hildesheim (n=65) (Konfirmatorischer Ansatz)** ergibt:

- Die Stichprobe in **Hildesheim mit Elternberatung** n=65 verfügt in jeder Teil- Zufriedenheit und in der Gesamt- Zufriedenheit über den höchsten Grad an positiver Zustimmung.
- Insgesamt die **höchsten Werte an positiver Zustimmung** erlangt in München und Marburg die Teil- Zufriedenheit *Beziehung Patient- Therapeut* in Hildesheim *Rahmenbedingungen der Beratung* mit MW=3,15 ohne Elternberatung (3,30 mit Elternberatung) hinter *Beziehung Patienten- Therapeut* MW=3,10 ohne Elternberatung (3,25 mit Elternberatung), die niedrigsten Werte an positiver Zustimmung ergeben sich in der Teil- Zufriedenheit *Erfolg Familie* in allen Studien.

- Zwischen **Erfolg selbst und Erfolg Familie** lässt sich bei allen Vergleichs- Stichproben ein deutlicher Unterschied aufzeigen. Am deutlichsten bei der Münchner Stichprobe (MW 2,73 : MW 2,19) und der Hildesheimer Stichprobe ohne Elternberatung (MW 2,70 : MW 2,10). Mit einem Mittelwert von 2,10 die niedrigste Zufriedenheit insgesamt. In allen Stichproben, sowohl stationär, als auch ambulant war die Teil- Zufriedenheit *Erfolg selbst* (ambulant im Durchschnitt MW= 2,64; stationär MW= 2,86) deutlich höher als *Erfolg Familienbeziehung* (ambulant im Durchschnitt MW= 2,31; stationär MW= 2,62)
Die Zufriedenheit mit dem Erfolg Familienbeziehung im ambulanten Bereich der Hildesheimer Studie mit Elternberatung (MW=2,65) ist noch geringfügig höher als im stationären Bereich der Marburger Studie (MW=2,62).
- Die Zufriedenheit mit den **Rahmenbedingungen der Behandlung** rangieren im stationären Bereich der Marburger Stichprobe an unterster Stelle der Teil- Zufriedenheit mit MW=2,34, während sie sowohl in der Münchner Stichprobe mit MW=2,59 im mittleren Bereich, als auch der Hildesheimer Stichprobe an oberster Stelle mit MW=3,15 ohne Elternberatung und MW=3,30 mit Elternberatung der Teil- Zufriedenheit zu finden ist.

Tabelle 47 Stichprobenvergleich Teil- Zufriedenheiten

	Marburg n=89 stationär	München n=67 ambulant	Hildesheim n=65 ambulant
Höchste Zufriedenheit	Beziehung Patient- Therapeut MW=3,16 MW=2,92		Rahmenbedingungen der Beratung MW=3,15/ 3,30*
mittlere Zufriedenheit	Erfolg der Beratung MW=2,86	Rahmenbedingungen der Beratung MW= 2,59	Beziehung Patient- Therapeut MW=3,10/ 3,25*
Niedrigste Zufriedenheit	Rahmenbedingungen der Beratung MW=2,34	Erfolg der Beratung MW=2,51 MW=2,55/2,85*	

MW= Mittelwert; *MW= ohne Elternberatung/mit Elternberatung

Anhand der Ergebnisse der **Hildesheimer Studie mit Elternberatung** wird deutlich, dass sowohl die Gesamt- Zufriedenheit, als auch die Teil- Zufriedenheiten deutlich höher sind als die der anderen Studien. Die Rahmenbedingungen der Behandlung mit und ohne Elternberatung erreichten die höchste Zustimmung. Mit einer intensiveren Elternberatung ist die Zufriedenheit der Jugendlichen und die Bereitschaft aktiv auch an den negativen Seiten der Therapie mitzuarbeiten deutlich erhöht. Folglich wäre es wünschenswert Möglichkeiten bereitzustellen, um die Elternberatung noch zu verstärken.

Das Vertrauen zum Therapeuten und das Verständnis, das dem Einzelnen entgegengebracht wird besitzt eine zentrale Rolle. Für den Großteil der Jugendlichen ist eine gute **Patient- Therapeut Beziehung** wichtig, in der sie sich verstanden, gut beraten und behandelt und nicht mit ihrem Problem allein gelassen fühlt. Es ist wichtig, einen Ansprechpartner zu haben, auch wenn sich dadurch das Ergebnis der Behandlung, die Probleme, wie Entwicklungsstörung oder eine körperliche Erkrankung, nur geringfügig oder gar nicht ändern.

5.6.2.3. Bewertung des Instrumentes Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)

In einer Studie zur Bewertung deutschsprachiger Instrumente für Erwachsene zur Erhebung der Patientenzufriedenheit (Berger und Lenz 2006) wird von den Autoren kritisiert, dass es im deutschsprachigen Raum kein neutrales Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit gibt.

Vier verschiedene Studien, die alle im ambulanten Setting mit einer Pilotstudie und einer anschließenden groß angelegten Vergleichsstudie gegenübergestellt wurden, werden beschrieben. Die Rücklaufquoten waren gering und ohne Beschreibung der Minimierung der Non-Response-Rate. Cronbachs Alpha wurde nur bei einer Studie angegeben. Der abschließenden Bewertung hielt keine Studie stand.

Die Münchner Studie wurde von mir anhand der gestellten Fragen überprüft.

Die Fragen zum **Ziel und zum Konstrukt von Patientenzufriedenheit** und **Konstruktvalidität** sind in unserer Studie nachvollziehbar. Die Fragen sind valide, da sie bereits von Matzejat und Remschmidt mehrmals im FBB überprüft wurden (Matzejat und Remschmidt 1998). Auf Verständlichkeit bzw. Eindeutigkeit und Vielzahl der Fragen wurde unter Kapitel Kurzversion 4.4.2.2 schon hingewiesen. Eventuell wäre eine Überarbeitung nötig.

Der Fragebogen ist reliabel und wird mit einem Cronbachs Alpha von 0,84 als gut eingestuft. Die **Übertragbarkeit** des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung von Matzejat und Remschmidt wurde durch unsere Studie gezeigt.

Die Antwortrate war mit 70% Rücklauf hoch. Die Minimierung der non-responder-Rate wurde durch Telefonnachbefragung korrigiert (ohne Telefonnachbefragung 57%, mit Telefonnachbefragung 70%).

- Ist das Instrument an externe Qualitätskriterien gekoppelt?

Das Instrument FBB „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ ist an die Basisdokumentation (Englert et al. 1998) und den YSR- Verhaltensfragebogen für Jugendliche nach Achenbach (Achenbach und Edelbrock 1987) gekoppelt.

Der YSR (Achenbach und Edelbrock 1987) und CBCL (Achenbach und Edelbrock 1983) ist ein unabhängiges Instrument, störungsspezifische Unterschiede konnten durch die Basisdokumentation (Englert et al. 1998) gezeigt werden

Zufriedenheit ist ein rein subjektives Empfinden und nicht an den Erfolg der Behandlung gekoppelt.

Ist es möglich Fragen zu entwickeln, die es dem **Patienten** ermöglichen die **fachliche Kompetenz des Arztes** zu bewerten?

- Setzt das Instrument die Verfügbarkeit Evidenz-basierter Information voraus, die eine Qualitätsüberprüfung durch die Patienten ermöglichen würde?

Der Fragebogen an sich verfügt nicht über Evidenz-basierte Informationen, aber der Vergleich mit der Evidenz-basierten Basisdokumentation (Englert et al. 1998) ermöglicht einen Vergleich über die Zufriedenheitsstruktur anhand bestimmter Patientenmerkmale.

- Beinhaltet das Konstrukt Aspekte von „Informed Decision Making“?

Der Patient kann die Qualität der Behandlung bewerten. Deutlicher wäre eine Patientenbeteiligung in Form partizipativer Entscheidungsfindung (Loh et al. 2007)

Außerdem beinhaltet die Basisdokumentation die Sicht des Therapeuten über das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation des Patienten.

In der Befragung von Schunck wird die Zufriedenheit der Eltern mit Arztbriefen, die sie in Kopie erhalten, beschrieben (Schunck 2007).

- Ist das Instrument in der Lage, interpersonelle Unterschiede von Patientenpräferenzen zu berücksichtigen?
Die Fragen werden immer mit "...die Psychologin, der Arzt..." gestellt, somit gibt es keine klare Unterscheidung. Diese ist in unserer Studie auch nicht relevant, da immer im Team gearbeitet wird. In einem Zusatzteil konnte und wurde noch Kritik an einer jeweiligen Person geübt werden.
Bei den Rahmenbedingungen der Behandlung der Hildesheimer Studie mit und ohne Elternberatung konnte deutlich die Patientenpräferenz anhand der durchweg positiven Bewertung erkannt werden.
- Ist das Instrument in der Lage zeitliche und situative Veränderungen der Patientenpräferenz zu berücksichtigen?
Ja, wenn man den Fragebogen zu unterschiedlichen Zeitpunkten wiederholt einsetzt.

Abschließend kann die Studie zur Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Patientenzufriedenheit (Berger und Lenz 2006) dahingehend kritisiert werden, dass sich die gestellten Fragen auf die Bevölkerung im Sinne einer Meinungsumfrage, nicht aber auf Patienten, die physische oder psychische Leiden haben, übertragen lässt.

5.6.3. Kurzversion

Im Abschlussbericht des Modell- Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (Mattejat et al. 2006) wurde zur ambulanten Befragung deutschlandweit in ausgewählten Praxen die Kurzversion des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat und Remschmidt 1998) der Jugendlichen mit sieben Fragen verwandt.

Daran angelehnt wurde in der Münchner Studie die **Münchner Kurzversion** mit den ebenfalls sieben stabilen Fragen entwickelt. Im Mittelwert und der Standardabweichung der Gesamt-Zufriedenheit und der Teil- Zufriedenheit der Bereiche *Erfolg der Behandlung* und *Beziehung Patient- Therapeut* waren diese trotz unterschiedlicher Fragen identisch. (siehe 4.4.5)

Aufgrund der **besseren Praktikabilität** und der **leichtere Anwendung in der Praxis** scheint diese Vorgehensweise sinnvoll.

In naher Zukunft wäre es wünschenswert, wenn diese Kurzversion mit den wichtigsten Fragen zur Zufriedenheit mit dem *Erfolg der Behandlung*, der *Beziehung Patient- Therapeut* und mit den *Rahmenbedingungen der Behandlung* in der Routinediagnostik einen Platz einnehmen könnte.

Die Verwendung der Vollversion ist wünschenswert zu detaillierten wissenschaftlichen Forschungen.

Güte des Fragebogens zu Beurteilung der Behandlung

- Die Faktorenstruktur ist replizierbar.
- Die 5- Faktorenlösung besitzt die größere erklärte Varianz und wird für Forschungszwecke genutzt, die 3- Faktorenlösung ist besser vergleichbar, die Kurzversion ist für die Routinebefragung geeignet.
- Die größte erklärte Varianz liegt auf Faktor *Beziehung Patient- Therapeut*.
- Die *Reliabilität* ist aufgrund der Replizierbarkeit der Ergebnisse mit **Cronbachs Alpha** >0,80 in allen Studien hoch
- Die *Validität* ergibt sich aus dem explorativen Ansatz innerhalb der Münchner Stichprobe und dem konfirmatorischen Ansatz anhand der Vergleiche mit den Stichproben aus Heidelberg, Hildesheim, Marburg und Münster.
- In allen Stichproben findet man unter verschiedenen Rahmenbedingungen die gleichen Muster an Zufriedenheit.
- Studie Hildesheim mit Elternberatung erzielt die höchste Zufriedenheit

Die Gütekriterien sind gut.

Aufgrund besserer Praktikabilität und der leichtere Anwendung in der Praxis ist die Verwendung der **Kurzversion** sinnvoll. Die Verwendung der Vollversion zu detaillierten wissenschaftlichen Forschungen ist wünschenswert.

5.7. Ausblick

5.7.1. Verbesserungsvorschläge

Aus der Auswertung der Fragebögen ergaben sich Verbesserungsmöglichkeiten.

Klinische Arbeit

- Wichtig ist auch bei den **Erstkontakten** den Behandlungsauftrag zu erkennen und zu definieren. Eine zutreffende Einordnung ist wichtig für eine adäquate Therapieplanung. (Schmidt und Sinzig 2006)
- Die Miteinbeziehung der **Einmalkontakte** bei der Münchner Studie war wichtig, da man hier deutlich einen Zusammenhang der Kontakte und der Zufriedenheit erkennen konnte. In der Marburg, Heidelberger, Hildesheimer und Münsterer Studie galten Einmalkontakte als Ausschlusskriterium. Ebenso wurden Patienten in der Marburger Studie mit Aufhalten unter 2 Wochen und in der Heidelberger Studie unter 4 Wochen ausgeschlossen. Es entfällt die Dosis- Wirkungs- Beziehung.
- In Bezug auf den **Umgang mit Belastungen** die Unzufriedenheit die Videoaufnahmen betreffend, ist es von Vorteil die Aufnahmen mit den Jugendlichen *anzuschauen, zu erklären und zu besprechen*. (Gloger 2005)
- Der Fragebogen sollte mit begleitendem Interviewer, der für Nachfragen zur Verfügung steht, ausgefüllt werden.
Hierdurch würde sich der junge Patient mit seinen Problemen angenommen und verstanden fühlen, die Akzeptanz der Hilfsmittel wäre größer und eventuell würde sich insgesamt die Zufriedenheit der jungen Patienten mit dem Erfolg der Behandlung und den Rahmenbedingungen der Behandlung erhöhen.
Die hohe Zufriedenheit mit dem Therapeuten, der sich Zeit nimmt, lässt darauf schließen.
- Aufgrund der gleichen Basisdokumentation aller Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Praxen werden viele Daten zum Patienten dokumentiert. Nur von wenigen Daten, wie Alter, Geschlecht, Nationalität und Diagnose liegen Auswertungen vor.
Wenn mehrere andere Daten zur Verfügung stehen würden, wäre eine bessere Vergleichbarkeit gegeben.
Daten von Patienten, die erfasst wurden, sollten auch ausgewertet werden.
Ungenutzte, schon erarbeitete Daten stellen eine Verschwendung geleisteter Arbeit dar.
Allerdings weisen Patientendokumentationen aus Kliniken und Praxen Dokumentationsdefizite aufgrund mangelnder oder fehlender Dokumentation auf (Püschmann et al. 2006).
- Für die klinische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es unerlässlich das Augenmerk verstärkt nicht nur auf den jungen Patienten selbst, sondern auch oder vor allem auf die **gesamte Familie** zu richten, da in allen Vergleichsstudien der Erfolg selbst deutlich höher als der Erfolg Familienbeziehung war. Die Familie mit einzubeziehen bedeutet vermehrten Arbeitsaufwand und einen deutlich erhöhten finanziellen Aufwand. Allerdings vermindert eine gezielte Elternberatung oder gar Elterntraining die Kosten für eine eventuell erneute Behandlung. (Mattejat und Remschmidt 2005a) In einer vom Bundesministerium in

Auftrag gegebenen Studie konnte ermittelt werden, dass bei den abgebrochenen Therapien die Zielerreichung durch die Eltern deutlich niedriger lag, als bei den Kindern. (Schneider 2002)
Eine Studie von Angehörigen allgemeinpsychiatrischer Patienten an einer psychiatrischen Klinik ergab, dass Informationen der Angehörigen über den Behandlungsablauf und Therapien der Patienten für diese äußerst wichtig sind. Es gilt die Angehörigen als Mitbetroffene in die Behandlung einzubeziehen und sie bei ihren eigenen Problemen zu unterstützen. Die Berücksichtigung der Erwartungen der Angehörigen hilft, die Ressourcen einer Klinik im Sinne einer größtmöglichen Nutzerzufriedenheit effektiv und effizient einzusetzen. (Spießl et al. 2003)

- Um den Aufwand zur Erfassung und Beurteilung des Entwicklungsverlauf in ambulanten Praxen kostengünstiger zu gestalten bietet sich eventuell in naher Zukunft das kostenlos aus dem Internet herunter zu ladende Äquivalent der deutschen Version des **Strengths and Difficulties Questionnaire** (Goodman 1997), ein in Großbritannien entwickeltes Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und –Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren mit ausreichenden Gütekriterien an (Klasen et al. 2003).
Der Strengths and Difficulties Questionnaire wurde bereits in deutschen Studien zur Beurteilung von Aufmerksamkeitsdefizitstörungen im Elternurteil mit einbezogen (Schlack et al. 2007).
In einer amerikanischen Elternbefragung der Bevölkerung von über 10000 Kindern im Alter zwischen 4 und 17 Jahren mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire konnte die Effektivität und Effizienz des Instruments in Bezug auf die psychischen Probleme von Kindern festgestellt werden (Bourdon et al. 2005).
Die Studie des Strengths and Difficulties Questionnaire von Becker, Steinhausen und Rothenberger an 1459 Kindern im Alter von 6-18 Jahren in 10 europäischen Ländern bestätigt die Validität und Reliabilität des Strengths and Difficulties Questionnaire in Alter und Geschlecht (Becker et al. 2006).
- Der **positive Effekt einer stationären Behandlung klingt im Verlauf der Zeit ohne Weiterbehandlung im ambulanten Bereich ab**. Von Vorteil wäre ein besserer Übergang von der stationären Behandlung in eine weiterführende ambulante Nachsorge, um die entstandenen Kosten des Klinikaufenthaltes für den Patienten vorteilhaft **auf Dauer** anzulegen.

Befragung

- Eine **zeitnahe Befragung und Auswertung** direkt nach Beendigung der Behandlung hätte
 - erstens eine höher Rücklauftrate und
 - zweitens aufgrund der besseren Präsenz der Behandlung mehr Beurteilungen der Fragebögen ergeben.
- Der Aufwand bei der Befragung durch eine **Kurzversion** anstatt der Vollversion wäre insgesamt geringer und in der Routinediagnostik möglich.
- Eine Befragung vor Behandlung und nach Behandlung könnte detaillierten Aufschluss über den **Verlauf der Behandlung** ergeben. Doppelte Befragung ist doppelter finanzieller Aufwand.
- Beim **identischen Wortlaut** der Fragen der Marburger und Heidelberger Studie hätte eine noch bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse bestanden.

- Muss die Güte des Fragebogens durch die Veränderung der Formulierung in Frage gestellt werden? Was bewirkt die Veränderung der Formulierung?
- Wie klar sind die Fragen für Jugendliche formuliert oder sind für sie „mehrere Fragen gleich“? (siehe auch 4.5.1.1 und 5.6.2.3)
- Bei Befragung der Patienten anderer Nationen, sollte ein **Interview** eventuell mit Dolmetscher zur Verdeutlichung oder Übersetzung der Fragen stattfinden oder eine Übersetzung der Fragen vorliegen (Kühnl 2005). Eine Befragung mittels Interview bedeutet erhöhten Zeitaufwand- erhöhte finanzielle Belastung. Ein zusätzlicher Dolmetscher ist zusätzlich eine finanzielle Belastung.
Durch einen Interviewer wäre es möglich individuell auch auf jünger Patienten unter 11 Jahren einzugehen und von diesen ihre Bewertung zu erfragen.

5.7.2. Strukturqualität- Finanzen

In Abb 1 Patientenbefragung zur Zufriedenheit als Teil der Qualitätssicherung lässt sich feststellen, dass unter der Rubrik **Strukturqualität** die Bereiche *Demographische Daten* sehr ausführlich ausgearbeitet sind. *Personellen Situation* wird weniger ausführlich behandelt und der Teil der *Finanzen* stellt eine Grauzone dar und ist ähnlich gering, wie die zur Verfügung stehenden Mittel.

Der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (Mattejat und Remschmidt 1998) sollte direkt im Anschluss an die Therapie als detaillierte Befragung mit Augenmerk auf patientenorientierte Qualitätssicherung dienen.

Allerdings gilt es, den zeitlichen und finanziellen Aufwand, den die Befragung oder die dreimalige Aussendung und das Telefonieren mit sich bringen, zu berücksichtigen.

Ein Ziel dieser Studie war die zentralen Kernfragen zum weiteren Gebrauch der Routineuntersuchung zu entwickeln. Die Fragen, die sich unter Forschungsbedingungen in der Jugendlichen- Version als besonders faktorenstabil und beständig erwiesen haben, wurden in **vereinfachter** Version zusammengefasst.

Im herkömmlichen Klinik- und auch Ambulanzbetrieb ist eine Routinebefragung aufgrund des erhöhten Zeit- und Personalaufwandes nicht möglich.

Es wäre schön, wenn zumindest die gekürzte Version, möglichst in Interviewform und eventuell auch mit Dolmetschern bei den betroffenen Personengruppen wie Menschen mit Sprach- oder Verständnisproblemen, zur Routinebefragung eingesetzt werden könnte.

Mattejat und Remschmidt ermittelten anhand des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (Mattejat und Remschmidt 2006) eine Kostenaufstellung, die sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich auf 100- 175 € pro Patient belief.

Im prozentualen Vergleich zum Gesamtkostenaufwand pro Patient im Laufe der Behandlung differierten die Ergebnisse jedoch stark. während der prozentuale Anteil im stationären Bereich lediglich 0,4-0,7 % der Gesamtkosten im Verlauf der Behandlung betrug, ergab sich ein Anteil bei einer ambulanten Behandlung von 2,75-8,75 % der Gesamtkosten pro Behandlung.

Somit kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass eine aussagekräftige Evaluation der Ergebnisqualität von Therapie auf dem Sektor der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zum „Nulltarif“ erhältlich ist, trotz allem für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems von sehr hoher Bedeutung ist.

Die Autoren kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass im stationären Bereich eine Implementierung eines Evaluationssystems in der alltäglichen Routineversorgung zu empfehlen ist, um sich über die kostenaufwändige klinische Behandlung Klarheit zu verschaffen. Die Kosten- Nutzen Relation ist im stationären Bereich sehr günstig.

Im ambulanten Bereich des bereits erwähnten Abschlussbericht des Modell- Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (Mattejat et al. 2006) wird das Kapitel Finanzen gut beschrieben. Die Quintessenz ist: Qualitätssicherung ohne zusätzliche finanzielle Ressourcen ist nicht möglich! Jedoch ist der Kosten- Faktor im ambulanten Bereich deutlich höher und bedarf noch weiterer Forschungsprojekte zur **Minimierung des Aufwands** und somit zu einer **günstigeren Evaluation**.

In den Modellpraxen stellte sich heraus, „dass eine motivierte Projektteilnahme am Besten erreicht werden kann, wenn die Patienten und ihre Eltern vom Praxisinhaber persönlich über das Projekt informiert werden.“ (Mattejat et al. 2006)

Langfristiges Ziel des Projekts ist, in die Routineversorgung aufgenommen zu werden und gegenüber den Krankenkassen zu belegen, dass dies sinnvoll und rentabel ist. (Bühning 2005)

Nur Daten erfragen und dokumentieren, die auch verwertet werden- durch die Einsparung an Zeit bei Erfragung und Dokumentation wäre ein Teil der Auswertung gesichert!

Pro Patient fallen **in den Modellpraxen** Arbeiten im Ausmaß zwischen *45 und 85 Minuten* für die Befragung durch Fragebogen und die Erstellung der Basisdokumentation an, das entspricht einem Minimum von 38,33 € und einem Maximum von 76,66 € pro Patient.

Für die weitere Auswertung der Studie in der **Studienzentrale** werden im Schnitt pro Patient weitere 200- 240 € berechnet.

Somit können insgesamt Kosten **pro Patient zwischen 238,33 € und 336,66 €** veranschlagt werden. (Mattejat et al. 2006)

In einem Bericht über psychotherapeutische Leistungen (Waldherr 2003) wird ebenfalls formuliert, dass Qualitätsmanagement ohne erhöhten Kostenaufwand von ca. 70€ pro Monat nicht zu bewältigen ist. Allerdings zahlt sich diese Investition relativ rasch durch entsprechende Zeitersparnis und eine höhere Arbeitszufriedenheit, beispielsweise bei der Organisation, aus.

Bereits im Symposium zur Förderung der Psychotherapieforschung im März 2003 wurden Maßnahmen zur Förderung der qualitätssichernden Maßnahmen vor allem im ambulanten Bereich gefordert, da die Versorgungsforschung ein wichtiges Bindeglied zu den Ergebnissen der experimentellen Therapieforschung darstellt, die den Transfer dieser Erkenntnisse in die therapeutische Praxis unterstützt (Richard 2003).

Eine vergleichende Darstellung und eine übergreifende Auswertung der vier Arbeiten als eine Routine Befragung in Kurzform mit Entwicklung eines Rückmelde- Systems ist geplant.

Für Befragung und Auswertung müssen Ressourcen geschaffen werden, da der Aufwand ist insgesamt hoch und komplex ist.

Studien über „Zeit für den Patienten“ und die damit verbundenen Qualitätssicherung und Zufriedenheit macht sich bezahlt!

6. ZUSAMMENFASSUNG

ZIEL UND GEGENSTAND der vorliegenden Arbeit an der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München war im Rahmen der Qualitätssicherung die **Erhebung der Zufriedenheit** von Jugendlichen mit ihrer Behandlung, die **Ermittlung von Einflussvariablen auf die Zufriedenheit**, die **Überprüfung der Güte des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB)** durch eine Replikations- Untersuchung und das **Entwickeln von Verbesserungsvorschlägen** in der Behandlung und der Befragung. Zur **Beurteilung eines langfristigen Verlaufes** wurden Entwicklungsdaten zu unterschiedlichen Erhebungs- Zeiten im Vergleich erhoben.

METHODIK

Es bestehen vier parallele Arbeiten zur Befragung von Patienten, deren Eltern, der behandelnden Ärzte und Jugendhilfe- Beteiligten von insgesamt 138 Familien. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den 96 konsekutiv erfassten jugendliche Patienten, die im Zeitraum der Jahre 1999 und 2000 zur ambulanten Beratung oder Behandlung der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München gewesen waren und zur Befragung 2002 über 11 Jahre und älter waren. Eingeschlossen waren Einmalkontakte, ausgeschlossen waren Gutachtensfragestellungen.

Die Basisdokumentation erfasst die Ausgangsdaten der Jahre 1999 und 2000. Der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (FBB) und der Verhaltens- Fragebogen nach Achenbach für Jugendliche (YSR) oder (YASR) wurden 2002 erhoben.

ERGEBNISSE

Die **Rücklauftrate** von 70% in München ist hoch und wurde durch beharrliches Nachfragen mit dreimaliger Aussendung der Fragebögen und einer Telefon- Aktion erreicht, die einen hohen Zeit- Aufwand bedeutet, der zur Routinearbeit nicht geleistet werden kann.

Nicht- Antworter waren vor allem männlich, zu Behandlungsbeginn unter 11 Jahren, nicht deutscher Nationalität, aus der Unterschicht, mit schwerwiegender Problematik und hatten Einmalkontakt. In einer Telefonbefragung bei fehlendem Rücklauf wurden sprachliche Barrieren bzw. Verständnisprobleme, ein zu hoher Arbeitsaufwand beim Ausfüllen der Fragebögen und kein Interesse bei Einmalkontakten genannt.

Die **Gesamt- Zufriedenheit** der Münchner Studie ist mit einem Mittelwert von 2,7 auf einer Skala von 0 (unzufrieden) bis 4 (zufrieden) und einer Standardabweichung von 1,0 hoch. Zufrieden sind vor allem junge Mädchen mit internalisierenden Störungen, niedrigem Intelligenzniveau, ohne Entwicklungsstörungen oder körperlicher Symptomatik, die mehrere Episoden hatten.

Die Gesamt- Zufriedenheit ist in allen Studien hoch und vergleichbar. Die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg ist relativ gering. Erfolg selbst ist bei allen Studien höher als Erfolg der Familienbeziehung (Remschmidt und Matthejat 2002). Die Zufriedenheit mit der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist in Marburg und München, mit den Rahmenbedingungen der Behandlung in Hildesheim mit Elternberatung am höchsten. Die Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Behandlung ist im ambulanten Setting höher als im stationären. Die Prozessqualität erhält eine bessere Beurteilung als die Ergebnisqualität (Remschmidt und Matthejat 2002).

Die *Zufriedenheit nimmt im Lauf von drei Jahren nach Behandlung ab* (Matthejat und Remschmidt 2005b).

Die **Verhaltensauffälligkeiten** sind aus Sicht der Jugendlichen deutlich, aber noch im klinisch unauffälligen Bereich. Die Gesamtwert des Problemverhaltens aus Sicht der Eltern ist deutlich höher als die Selbsteinschätzung der Jugendlichen und unterscheidet sich deutlich (Eltern=0,55,

Jugendliche=1,05). Umschriebene Entwicklungsstörungen hatten einen signifikanten Einfluss auf internalisierende Störungen. Im Kurzzeitverlauf besserten sich aus Sicht des Therapeuten die Symptomatik und die Gesamtsituation. Eltern sehen im **Entwicklungsverlauf der Jugendlichen** eine Besserung, aber nicht bei Jugendlichen mit einer externalisierenden Störung.

Die **Reliabilität** ist aufgrund der Replizierbarkeit der Ergebnisse mit einem Cronbachs Alpha von 0,841 hoch. Die **Validität** ergibt sich aus dem explorativen Ansatz innerhalb der Münchner Stichprobe und dem konfirmatorischen Ansatz anhand der Vergleichs- Stichproben. Im explorativen Ansatz liegt die größte erklärte Varianz auf Faktor Beziehung Patient- Therapeut.

Die **Einflussvariablen der Zufriedenheit** sind Geschlecht, Alter, Schulform, psychiatrische Diagnose, Entwicklungsstörungen, Intelligenz, Körperliche Symptomatik und Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus, Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation und die Anzahl der Episoden.

DISKUSSION

Die Münchner Studie wurde mit anderen Zufriedenheits- Studien aus dem Bereich der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Marburg und Heidelberg, der Kinderklinik in Münster und der ambulanten Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in Hildesheim und zusätzlich im Stichprobenvergleich der Daten der Basisdokumentation mit der Heckscher Klinik in München, der Klinik in Landshut, der Klinik in Regensburg und der psychologischen Praxis Pohl in Garmisch- Partenkirchen verglichen.

Die Ergebnisse der Münchner Studie sind mit den anderen ambulanten Settings vergleichbar. In allen Stichproben findet man unter verschiedenen Rahmenbedingungen die gleichen Muster an Zufriedenheit. Die Patienten der Münchner Studie unterscheiden sich vor allem durch den größten Anteil der über 18 jährigen, die geringste Ausländerquote, den höchsten Anteil an vollständigen Familien und dem Verhältnis 1:1 der Diagnosen internalisierende oder externalisierende Störungen, während die Vergleichs- Studien überwiegend externalisierende Störungen aufweisen.

AUSBLICK

In naher Zukunft wäre es wünschenswert, wenn diese Kurzversion mit den wichtigsten Fragen zur Zufriedenheit mit dem *Erfolg der Behandlung*, der *Beziehung Patient- Therapeut* und mit den *Rahmenbedingungen der Behandlung* in der Routinediagnostik einen Platz einnehmen könnte. Eine vergleichende Darstellung und ein Zusammenschluss der vier Arbeiten zu einer Routine Befragung in Kurzform mit Entwicklung eines Rückmelde- Systems an Ärzte und Patienten ist geplant.

Für Befragung und Auswertung in der Routineversorgung müssen Ressourcen geschaffen werden, da der Aufwand insgesamt komplex und aufwendig ist. In einer Studie von Modellpraxen konnten insgesamt Kosten pro Patient zwischen 238,33 € und 336,66 € veranschlagt werden. (Mattejat et al. 2006)

Aufgrund besserer Praktikabilität und der leichtere Anwendung in der Praxis ist die Verwendung der Kurzversion sinnvoll. Die Verwendung der Vollversion zu detaillierten wissenschaftlichen Forschungen ist wünschenswert.

Mit den vorhandenen Ressourcen kann die gesetzliche Forderung von Patientenbefragungen als Teil der Qualitätssicherung (Bundesvereinigung 03.02.2006) nicht stattfinden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Achenbach T. M. (1997). Manual for the Young Adult Self- Report and Young Adult Behavior Checklist. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Achenbach T. M. und Edelbrock C. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: Department of psychiatry.
- Achenbach T. M. und Edelbrock C. (1987). Youth Self- Report der Child Behavior Checklist
- Achenbach T. M. und Howell C. T. (1993). Are American Children's problems getting worse? A 13-year comparison. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 32, 1145-1154.
- Appel G. und Fuß R. (2003). Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen- Bericht über ein Münchner Modellprojekt. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 15, 161-182.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung des Youth Self Report (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von P. Melchers & M. Döpfner. Köln, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist.
- Backhaus K., Erichson B., Plinke W. und Weiber R. (1996). Kapitel 5 Faktorenanalyse. Berlin: Springer (189-260)
- Bastiaansen D., Koot H. M., Ferdinand R. F. und Verhulst F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinical report. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43(2), 221-230.
- Becker A., Steinhausen H. C., Baldursson G., Dalsgaard S., Lorenzo M. J., Ralston S. R., Döpfner M. und Rothenberger A. (2006). Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire- a pan European study. Eur Child Adolesc Psychiatry, 15 (1), 56-62.
- Bellabarba J. (2007). Von der Philosophie über die Strategie zur Zertifizierung: Systematisches Qualitätsmanagement in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie BKJPP, 2, 17, 7-24.
- Berger B. und Lenz M. (2006). Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit. Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse. Verfügbar unter: www.ggma.de/referenzen.htm.
- Berger M., Antes A. und Hecht H. (2004). Die Lehrbuchrelevanz von evidenzbasierter Medizin und der Cochrane Collaboration. In Berger M. (Hsg.), Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie, München: Urban & Fischer, S. 4-16.
- Blanz S. und Schmidt M. H. (2006). Welche Kinder und Jugendlichen nehmen Verhaltenstherapie im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch? Kindheit und Entwicklung, 15 (3), 138-145.
- Bokhoven I. v., et al. (2005). Prediction of adolescent outcome in children with disruptive behaviour disorders. Eur Child Adolesc Psychiatry, 14, 153-163.

- Bourdon K., Goodman R., Rae D. S., Simpson G. und Koretz D. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. Normative Data and Psychometric Properties. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (6), 557-564.
- Bredel S. (2002). *Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten*. Heidelberg: Dissertation, Ruprecht- Karls- Universität, Heidelberg.
- Bredel S., Brunner R., Haffner J. und Resch F. (2004). *Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 256-276.
- Bühl A. und Zöfel P. (2000a). *SPSS 9, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison- Wesley (224-226)
- Bühl A. und Zöfel P. (2000b). *SPSS 9. Einführung in die moderne Datenanalyse*. In (Hsg.), *Varianzanalyse*, München: Addison Wesley Verlag, S. 370-395.
- Bühl A. und Zöfel P. (2000c). *SPSS 9. Einführung in die moderne Datenanalyse*. In (Hsg.), *Regressionsanalyse*, München: Addison Wesley Verlag, S. 316-369.
- Bühl A. und Zöfel P. (2000d). *SPSS 9. Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Addison Wesley Verlag (414-433)
- Bühning P. (2005). *Zufriedenheit der Eltern hoch: Modellprojekt zur externen Kontrolle der Ergebnisqualität im ambulanten Bereich*. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (26), B 1576.
- Bullinger M. (2002). "Und wie geht es Ihnen?" - Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In Brähler E. und Strauß B. (Hsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin*, Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 308-329.
- Bullinger M., Schmidt S. und Morfeld M. (2004). *Methoden zur Erfassung der Lebensqualität*. In Arolt V. und Diefenbacher A. (Hsg.), *Psychiatrie in der klinischen Medizin*, Darmstadt: Steinkopff Verlag, S. 88-89.
- Bundesamt (2003). *Familie im Spiegel der amtlichen Statistik*. Deutschland, Statistisches Bundesamt.
- Bundesamt (2004). *Bevölkerungsdaten*. Deutschland, Statistisches Bundesamt.
- Bundesvereinigung (03.02.2006). *Vereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs.1 SGB B i. V. m. § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Qualitätssicherung) n der Neufassung vom 20. Dezember 2005, in Kraft getreten am 1. Januar 2006*. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, Ausgabe 5 Seite A-291 / B-255 / C-243.
- Calvin D. C. und Douglas K. N. (2005). *Methods for Addressing Missing Data in Psychiatric and Developmental Research*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44:12, 1230-1240.
- Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Erlbaum.
- Dilling H., Mombour W. und Schmidt M. H. (1992). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment and monitoring. *Ann Arbor*, Vol.I, 254-259.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260, 743-748.
- Döpfner M., Berner W. und Lemkuhl G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41(3), 221-244.
- Döpfner M., Schürmann S. und Lemkuhl G. (1994). Hausaufgabenprobleme? Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und Interaktionsstörungen bei der Durchführung der Hausaufgaben. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 227-237.
- Eichhorn S. (1993). Qualitätssicherung im Krankenhaus als ärztliche Aufgabe. Projektträgerschaft "Forschung im Dienste der Gesundheit" in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt e.V. (Hrsg.): Förderung der medizinischen Qualitätssicherung durch den Bundesminister für Gesundheit, 35-54.
- Elkemann U. (2006). Prospektive Feldstudie zur psychosomatischen Konsiliararbeit mit Eltern und Patienten einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Münster: Dissertation Westfälische Wilhelms- Universität.
- Ende J. v. d., Verhulst, F.C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14, 117-126.
- Englert E., Jungmann J., Lam L., Wienand F. und Poustka F. (1998). Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie - Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*, 27, 129-146.
- Eser K.-H. (2006). "Nonrespons" in Befragungen: Einige aktuelle Forschungsergebnisse. *Berufliche Rehabilitation*, 20. Jahrgang, Heft 5, S.200- 204.
- Finsterer I. und Frank R. (2005). Beurteilung der Behandlung durch Jugendliche im Langzeitverlauf. In Resch F. (Hsg.), *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung - XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Heidelberg, 16.-19. März 2005 - Die Abstracts*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 66.
- Frank R. (2006). *Geistige Behinderung. Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Gaebel W. (1995). Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt*, 66, 481-493.
- Gloger C. (2005). Wie erleben Eltern und Kinder den Videoeinsatz im ambulant-klinischen Setting? In Resch F. (Hsg.), *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung - XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Heidelberg, 16.-19. März 2005 - Die Abstracts*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 260.

- Goodman R. (1997). The Strength and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Hansson L., Björkman T. und Berglund I. (1993). What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance Health Care*, 5, 41-47.
- Hirschberg R. und Peiser A. (2006). Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie BKJPP*, 8-28.
- Hohm E. (2002). Ergebnisinstrument. In Bundesministerium für Familie S., Frauen und Jugend (Hsg.), *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 141-189.
- Howard K. I., Kopta M., Krause M. S. und Orlinsky D. E. (1986). The dose- effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Huizink A. C., et al. (2006). Symptoms of anxiety and depression in childhood and use of MDMA: prospective, population based study. *BMJ*, Online first. Verfügbar unter: 38743.539398.3A.
- Jacob B. und Bengel J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandaufnahme. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 280-301.
- Keller F., Peter S., Fegert J. M., Naumann A. und Goldbeck L. (2006). Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär- psychiatrischen Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (5), 367-376.
- Klasen H., Woerner W., Rothenberger A. und Goodman R. (2003). Die deutsche Fassung des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 52, 491-502.
- Kleining G. und Moore H. (1968). Soziale Selbsteinstufung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie u. Sozialpsychologie*, 20, 502-552.
- Klieser E., Lehmann E. und Strauß W. A. (1995). Ärztliche und psychiatrische Weiterbildung als Mittel und Aufgabe der Qualitätssicherung. In Gaebel W. (Hsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus: Springer Verlag Wien, New York*, S. 66-75.
- Kühnl B. (2005). Die Verbindung von Theorie und Praxis- eine Evaluationsstudie im SOS-Beratungs- und Familienzentrums. *SOS- Beratungs- und Familienzentrums München- Tätigkeitsbericht 2005*, 26-31.
- Kulka R. (1995). Strukturqualität psychiatrischer Krankenhäuser aus Trägersicht. In Gaebel W. (Hsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.: Springer Verlag Wien, New York*, S. 52-57.
- Leimkühler A. und Müller U. (1996). Patientenzufriedenheit- Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67, 765-773.
- Leimkühler A. M. (1995). Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In Gaebel W. (Hsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus: Springer Verlag Wien, New York*, S. 163-172.

- Lingenfelder M. und Schneider W. (1991). Die Kundenzufriedenheit. Bedeutung, Messkonzept und empirische Befunde. *Marketing*, 13, 109-119.
- Loh A., Simon D., Kriston L. und Härter M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 21, 104, 1314-1319.
- Lutz W. und Grawe K. (2004). Therapieevaluation, ungünstige Behandlungsverläufe und Optionen zur Optimierung von Therapien: Grundlagen und Überblick. In Lutz W., Kosfelder J. und Joormann J. (Hsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie*, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S. 43-63.
- Mattejat F. (2003). Entwicklungsorientierte Psychotherapie. In Herpertz-Dahlmann B., Resch F., Schulte-Markwort M. und Warnke A. (Hsg.), *Entwicklungspsychiatrie*, Stuttgart: Schattauer, S. 265-304.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung und Behandlung (FBB). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22 (2), 192-233.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1995). Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22 (2), 192-233.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen, Hogrefe.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (2005a). Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 3-11.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (2005b). Therapiezufriedenheit bei Behandlungsende und im katamnestischen Rückblick. Ergebnisse aus einer unausgelesenen stationären Inanspruchnahmepopulation. In F. Resch (Hsg.), *Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung - XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Heidelberg, 16.-19. März 2005 - Die Abstracts*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 141.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen: Konzept und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (6), 445-454.
- Mattejat F., Trosse M., John K., Bachmann M. und Remschmidt H. (2006). *kjp-Qualität: Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen*. Marburg: Arbeitsgruppe kjp-Qualität.
- Merod R. und Petermann F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15 (3), 164-169.
- Möller H.-J., Deister A. und Laux G. (1995). Outcome- Forschung als Mittel der Qualitätssicherung. In Gaebel W. (Hsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*: Springer Verlag Wien, New York, S. 147-162.

- Mummendey H. D. (1987). Die Fragebogen- Methode, Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellung- und Selbstkonzeptforschung. Göttingen: Hogrefe.
- Noterdaeme M., Bandy J., Binder M., Schlamp D., Aster v. M. und Brackel v. K. (2005). Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen. In Frank R. (Hsg.), Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen, Freiburg: Lambertus, S. 40-52.
- Ochs M. und Altmeyer S. (2006). Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von Multi- Familien- Gruppen in der pädiatrischen Onkologie. Systema.
- P.Pohl M. G. (2006). Elternfragebogen für Kinder mit Lern- und Verhaltensproblemen.
- Pihlakoski L., Sourander A., Helenius, H., Piha, J., Aromaa M., Rautava P., Helenius H. und Sillapää M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. Eur Child Adolesc Psychiatry, 15, 409-417.
- Plück J., Döpfner M., Berner W., Fegert J. M., Huss M., Lenz K., Schmeck K., Lehmkuhl U., Poustka F. und Lehmkuhl G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter - ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46, 566-582.
- Pohl P. und Gottmann M. (2006). Elternfragebogen für Kinder mit Lern- und Verhaltensproblemen. Persönliche Mitteilung.
- Püschmann H., Haferkamp G., Scheppokat K. D., Vinz H. und Wegner M. (2006). Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation in Krankenakten; Untersuchung zu Krankenunterlagen aus Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin und Neurologie. Deutsches Ärzteblatt, 103 (3), B 104.
- Quiring J., Ochs M., Franck G., Wredenhagen N., Seemann H., Verres R., Schlippe A. v. und Schweitzer J. (2007). Zufriedenheit der Eltern mit einem psychosozialen Behandlungsprogramm für primäre Kopfschmerzen im Kinder- und Jugendalter. prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 56, 123-147.
- Remschmidt H. (2003). Ergebnisse zur Therapieevaluation. Deutsches Ärzteblatt, 16, 899-902.
- Remschmidt H. und Mattejat F. (2002). Integratives Denken und Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie BKJPP, Supplementum, 5-31.
- Remschmidt H., Schmidt M. und Poustka F. (2001). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.
- Richard M. (2003). Welche Therapieforschung sollte gefördert werden? Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 35 (4), 36-38.
- Rössler W. und Salize H. J. (1995). Qualitätsindikatoren psychiatrischer Versorgungssysteme. In Gaebel W. (Hsg.), Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus.: Springer Verlag Wien, New York, S. 39-51.

- Rutter M. und Smith D. J. (1995). Psychological disorders in young people: time trends and their causes. Chichester, Wiley.
- Saß H., Wittchen H.-U. und Zaudig M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schlack R., Höllinger H., Kurth B.-M. und Huss M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, (50), 5-6, 827-835.
- Schmeck K. (2003). Temperament und Geschlecht. Monatsschrift Kinderheilkunde, 151, 6, 594-600.
- Schmid H. J., Sinzig, J. (2006). Qualitätssicherung in der Verhaltenstherapie. Kindheit und Entwicklung, 15 (3), 133-137.
- Schmidt H. D., Brunner E. J. und Schmidt- Mummendey A. (1975). Soziale Einstellungen. Juventa Verlag München.
- Schmidt M. H. und Sinzig J. (2006). Übereinstimmung von Diagnosen und Symptomen in der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Kindheit und Entwicklung, 15 (3), 155-163.
- Schneider K. (2002). Abbrüche: Begleitumstände und Hintergründe. In (Hsg.), Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 399-440.
- Schneider K. und Hölzl H. (2002). Ausgangserhebung: Ausgangslage der Adressaten und Hilfeplanung. In Bundesministerium für Familie S., Frauen und Jugend (Hsg.), Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 81-99.
- Schunck T. (2007). Nachbefragung zur Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihres Kindes. München: Dissertation in Vorbereitung, Ludwig- Maximilians- Universität
- Schuster G. (2007). Ein Jahr Qualitätsmanagement - Projekt im BKJPP. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie BKJPP, 2, 17, 25-28.
- Sinzig J., Plück J. und Schmidt M. H. (2006). Welche Störungen behandeln Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapeuten in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Kindheit und Entwicklung, 15 (39), 146-154.
- Sourander A., Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. Eur Child Adolesc Psychiatry, 14, 415-423.
- Speedling E. J. und Rose D. N. (1985). Building an effective doctor-patient- relationship: From patient satisfaction to patient participation. Social Science and Medicine, 21, 115-120.
- Spießl H., Schmid R., Vukovich A. und Cording C. (2003). Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. Psychiatrische Praxis, 30, 51-55.
- Stahlberg D. und Frey D. (1997). Einstellungen: Struktur, Messung und Funktion. In Stroebe W., Hewstrone M. und Stephenson G. M. (Hsg.), Sozialpsychologie: eine Einführung: Springer Verlag Wien, New York, S. 219-229.

- Waldherr B. (2003). Was leistet Qualitätsmanagent (QM) in der psychotherapeutischen Praxis? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 35 (4), 829-832.
- Ware J. E., Synder M. K., Wright R. und Davies A. R. (1995). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
- Wendorff T. (2004). Qualitätsmanagement der affektiven Störungen. In Lemke M. R. (Hsg.), *Affektive Störungen*, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, S. 143-154.
- Widdern S. v., et al. (2004). Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung- Wie beurteilen sich Jugendliche in einer nordost- deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 53, 652-673.
- Wille A. und Loser- Kalbermatten I. (1988). Die Arbeit eines kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern. *Z Kinder- Jugendpsychiatrie*, 16, 117-123.
- Wirtz M. und Caspar F. (2002a). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe- Verlag.
- Wirtz M. und Caspar F. (2002b). Verschiedene Arten der Reliabilität. In Wirtz M., Caspar, F. (Hsg.), *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*, Göttingen: Hogrefe- Verlag, S. S.17.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Patienten- Befragung zur Zufriedenheit als Teil der Qualitätssicherung	18
Abbildung 2	Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation in der Teil- Stichprobe der befragten Jugendlichen (n=96) und der Gesamt- Stichprobe (n=138)	33
Abbildung 3	Teil 2: Güte des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung	45
Abbildung 4	Antwortverhalten	48
Abbildung 5	Einzelitems.....	59
Abbildung 6	Rangreihe der Einzelfragen	64
Abbildung 7	Gesamt- Zufriedenheit.....	65
Abbildung 8	Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Jugendlichen.....	71
Abbildung 9	Sichtweise der Eltern 1999/2000 und der Jugendlichen 2002 - Gesamt- Stichprobe	74
Abbildung 10	Einschätzung der Problematik aus Sicht der Eltern/ Jugendlichen – Teil- Stichprobe.....	75
Abbildung 11	Screepplot.....	84
Abbildung 12	Altersdurchschnitt im Vergleich.....	123
Abbildung 13	Gesamt- Zufriedenheit im zeitlichen Verlauf	131
Abbildung 14	Entwicklungsverlauf (n=20)	137
Abbildung 15	Geschlecht im ambulanten, teilstationären und stationären Setting	141
Abbildung 16	Alter bei Therapiebeginn im ambulanten, teilstationären und stationären Setting.....	142
Abbildung 17	Alter- und Geschlechtsverteilung im Stichproben- Vergleich.....	142
Abbildung 18	Schulbildung bei Befragung der Ausgangsstichproben in München (Jugend- Stichprobe n= 96, Gesamt- Stichprobe n= 138) und Münster	143
Abbildung 19	Diagnosen im ambulanten und stationären Setting	144
Abbildung 20	Diagnosen nach Geschlechtsverteilung im ambulanten Setting.....	145
Abbildung 21	Nationalität im Vergleich	146
Abbildung 22	Familiäre Situation im Stichprobenvergleich.....	147

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Ausgangs- Stichprobe für die Zufriedenheit der Münchner Studie 1999/2000.....	12
Tabelle 2	Geschlecht, Alter, Schule, Nationalität, Schicht.....	22
Tabelle 3	Diagnosen	26
Tabelle 4	Familienbezogene Variablen.....	31
Tabelle 5	Therapeutenbezogene Variablen.....	34
Tabelle 6	Diagnose und die Zusammenhänge.....	35
Tabelle 7	Familiäre Situation und die Zusammenhänge	36
Tabelle 8	Skalenbildung: Teil- Zufriedenheiten.....	37
Tabelle 9	Antwortverhalten (n= 96)	50
Tabelle 10	Unbeantwortete Einzelfragen	53
Tabelle 11	Beurteilung der Behandlung (n=67) mit Skalenbildung	66
Tabelle 12	Antwortverhalten und Zufriedenheit (n=67).....	67
Tabelle 13	Verhaltensauffälligkeiten und Zufriedenheit.....	72
Tabelle 14	Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörung	73
Tabelle 15	Vergleich Gesamt- und Teil- Stichprobe	76
Tabelle 16	Unterschiedliche Perspektiven Eltern/ Jugendliche 2002	77
Tabelle 17	Verlaufsbeurteilung aus Sicht des Therapeuten im Vergleich zur Sicht des Jugendlichen	79
Tabelle 18	Entwicklungsverlauf - Kurzzeitverlauf	80
Tabelle 19	Entwicklungsverlauf - Langzeitverlauf	81
Tabelle 20	Münchener Version - Drei-, Vier- und Fünf- Faktorenlösung	85
Tabelle 21	Unterschiedliche Einteilung nach der Münchener Version und der Original- Version.....	86
Tabelle 22	Münchener Version- Skalenbildung	87
Tabelle 23	Münchener Kurzversion (n=67).....	89
Tabelle 24	Vergleich der Original- Version, Münchener Version und Münchener Kurzversion (n=67)	90
Tabelle 25	Vergleich München/ Marburg.....	93
Tabelle 26	Vergleich der gemittelten Werte und der Standardabweichungen	94
Tabelle 27	Vergleich der Einteilung nach der Münchener und der Marburger Kurzversion.....	95
Tabelle 28	<i>Geschlecht</i> und Rahmenbedingungen der Behandlung.....	98
Tabelle 29	Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik mit Rahmenbedingungen der Behandlung.....	99
Tabelle 30	Schulbesuch und Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung und den Rahmenbedingungen der Behandlung	100
Tabelle 31	Bivariaten Ergebnisse- Einflussvariablen auf die Zufriedenheit.....	101
Tabelle 32	Alter in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit.....	102
Tabelle 33	Alter und Bereiche der Zufriedenheit.....	103
Tabelle 34	Nationalität in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit.....	104
Tabelle 35	Diagnose in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit.....	105
Tabelle 36	Intelligenz in Bezug auf Antwortverhalten und Gesamt-Zufriedenheit	106
Tabelle 37	Achse IV: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit	107
Tabelle 38	Beratungs- und Behandlungskontakte in Bezug auf Antwortverhalten und Zufriedenheit	108
Tabelle 39	Zusammenhang zwischen Terminen, Episoden, Antwortern und Zufriedenheit	109
Tabelle 40	Einflussvariablen auf das Antwortverhalten und die Zufriedenheit	109
Tabelle 41	Regressionsanalyse:	111
Tabelle 42	Varianzanalyse: Zufriedenheit	114
Tabelle 43	Prädiktoren der Zufriedenheit	118
Tabelle 44	Stichprobenvergleich.....	121
Tabelle 45	Vergleich der Befragungs- Methodik.....	125
Tabelle 46	Stichprobenvergleich München, Marburg, Heidelberg, Hildesheim und Münster	130
Tabelle 47	Stichprobenvergleich Teil- Zufriedenheiten.....	157
Tabelle 48	5 Faktoren der Modellbildung	185
Tabelle 49	4 Faktoren der Modellbildung.....	186
Tabelle 50	3 Faktoren der Modellbildung.....	187

ANHANG

Anschreiben

Klinikum der Universität München

Institut und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Innenstadt
Komm. Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

Leitung der Poliklinik: PD. Dr. R. Frank
Klinikum der Universität München • Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Lindwurmstr. 2a • D-80337 München

«Familiename»

«Adresse __ Strasse __ PLZ __ Ort»

München, den

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Ansprechpartner	Telefon (089) 5160 5155	Telefax (089) 5160 4734	E-Mail
-------------	---------------	-----------------	----------------------------	----------------------------	--------

Sehr geehrte «Familiename»,

Vor einiger Zeit waren Sie mit Ihrem Kind «Vorname» zur Beratung in unserer Poliklinik.
Wir möchten gerne erfahren, wie Sie den Kontakt zum Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie im
Nachhinein bewerten und wie es Ihrem Kind jetzt geht.

Aus diesem Grunde schicken wir Ihnen heute zwei Fragebögen. Ihre Antwort wird uns helfen, unsere
Arbeit besser zu gestalten. Bitte unterstützen Sie unsere Bemühungen dadurch, dass Sie die beiden
Fragebögen ausfüllen und mit dem beiliegenden frankierten Umschlag zurücksenden!

Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und Mitarbeit!

Unterschrift
- Leiter der Poliklinik -

Unterschrift



Fragebogen

**BEFRAGUNG
NACH AMBULANTER VORSTELLUNG IN DER POLIKLINIK DES INSTITUTS FÜR
KINDER-UND JUGENDPSYCHIATRIE**

Beurteilung der Beratung durch den Patient

Fragebogen-Nummer: JE

Datum: _____

Es interessiert uns sehr, wie Sie die Beratung bei uns beurteilen. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die Sie im Folgenden beantworten sollen.

Überlegen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie Ihrer Meinung nach stimmen oder nicht.

Wenn eine Feststellung Ihrer Meinung nach:

- Überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuzen Sie die 0 an
- Kaum oder selten stimmt, dann kreuzen Sie die 1 an
- Teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuzen Sie die 2 an
- Überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuzen Sie die 3 an
- Ganz genau oder immer stimmt, dann kreuzen Sie die 4 an

Die Aussage trifft zu:

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = kaum
- 2 = teilweise
- 3 = überwiegend
- 4 = ganz genau

1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich.	0	1	2	3	4
2. Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für meine Situation.	0	1	2	3	4
3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.	0	1	2	3	4
4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten.	0	1	2	3	4
5. Die Fragebögen waren mir lästig.	0	1	2	3	4
6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.	0	1	2	3	4
7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner .	0	1	2	3	4
8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.	0	1	2	3	4
9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.	0	1	2	3	4
10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich.	0	1	2	3	4

Die Aussage trifft zu:

0 = überhaupt nicht

1 = kaum

2 = teilweise

3 = überwiegend

4 = ganz genau

11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.	0	1	2	3	4
12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufriedengestellt.	0	1	2	3	4
13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm.	0	1	2	3	4
14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.	0	1	2	3	4
15. Der Therapeut war mir sympathisch.	0	1	2	3	4
16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.	0	1	2	3	4
17. Ich machte mir Sorgen dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden.	0	1	2	3	4
18. Ich bin mit der Beratung zufrieden.	0	1	2	3	4
19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus.	0	1	2	3	4
20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4

Kritik und Anregungen:

Wie geht es Ihnen jetzt?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Umpolen inhaltlich negativ formulierter Fragen oder Fragen mit „ nicht“ :

Anhand der Marburger Vorgaben müssen Fragen, die inhaltlich negativ formuliert sind oder ein „nicht“ in der Fragestellung haben, zur Bewertung umgepolt werden. Um die richtigen Werte zum Vergleich mit den anderen Werten zu erlangen, muss man die Werte, der inhaltlich negativ formulierten Fragen (4,5,10,12,13,14,16,17) laut der Tabelle „*Umpolen inhaltlich negativer Fragen*“ (Mattejat & Remschmidt, 1998) umändern, während die Bezeichnung gleich bleibt.

In diesem Falle bedeutet:

- 0 = überhaupt nicht => 4
- 1 = kaum => 3
- 2 = teilweise => 2
- 3 = überwiegend => 1
- 4 = ganz genau => 0

Durch das Umpolen der inhaltlich negativen Fragen, erhält man ein einheitliches Skalensystem in dem man die einzelnen Fragen anhand ihres Skalenwertes besser vergleichen kann.

Je höher der Skalenwert, umso günstiger ist die Beurteilung der Beratung oder Behandlung.

Tabelle 48 5 Faktoren der Modellbildung

Modellbildung 5 Faktoren	
Faktor 1: Beziehung Patient- Therapeut	4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten
	7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.
	8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.
	9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.
	10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich
	16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.
	17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden.
Faktor 2: Erfolg der Behandlung	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich
	6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.
	19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus
	20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert
Faktor 3: Problemlösungen	3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.
	12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt
	15. Der Therapeut war mir sympathisch
	18. Ich bin mit der Beratung zufrieden
Faktor 4: Therapeutenvariablen	2. Die Psychologin, der Arzt hatten Verständnis für meine Situation.
	5. Die Fragebögen waren mir lästig
	11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.
Faktor 5: Rahmenbedingungen der Behandlung	13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm
	14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.

Tabelle 49 4 Faktoren der Modellbildung

Modellbildung 4 Faktoren	
Faktor 1: Beziehung Patient– Therapeut	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich
	2. Die Psychologin, der Arzt hatte Verständnis für meine Situation.
	5. Die Fragebögen waren mir lästig
	7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.
	8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.
	9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.
	10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich
	11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.
	16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.
	17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden.
18. Ich bin mit der Beratung zufrieden	
Faktor 2: Erfolg der Behandlung	4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden
	6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.
	19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus
	20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert
Faktor 3: Problemlösungen	3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.
	12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt
	15. Der Therapeut war mir sympathisch
Faktor 4: Rahmenbedingungen der Behandlung	13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm
	14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.

Tabelle 50 3 Faktoren der Modellbildung

Modellbildung 3 Faktoren	
Faktor 1: Beziehung Therapeut Patient-	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich
	2. Die Psychologin, der Arzt hatten Verständnis für meine Situation.
	3. Die Beratung ist in allen Punkten optimal verlaufen.
	7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Gesprächspartner.
	8. Die Psychologin, der Arzt verstand das Wesentliche von meinen Problemen.
	9. Die Psychologin, der Arzt hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.
	11. Ich konnte offen über meine Probleme reden.
	12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufrieden gestellt
	16. Während der Beratung zweifelte ich daran, ob die Beratung wirklich helfen würde.
	17. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen nicht vertraulich behandelt würden
18. Ich bin mit der Beratung zufrieden	
Faktor 2: Erfolg Behandlung der	4. Während der Beratung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden
	6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Beratung.
	15. Der Therapeut war mir sympathisch
	19. Die Psychologin, der Arzt und ich kamen gut miteinander aus
	20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert
Faktor 3: Rahmenbedingungen der Behandlung	5. Die Fragebögen waren mir lästig
	10. Ich fühlte mich in der Poliklinik unbehaglich
	13. Die Videoaufzeichnungen waren mir unangenehm
	14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name Iris Finsterer, geb. Gump
Geburtsdatum, -ort 27.02.69, Augsburg
Familienstand verheiratet seit 21.08.1998 mit Dr. med. Christian Finsterer
Kinder Sara Finsterer, geb. 02.07.1994
Esther Finsterer, geb. 08.12.1998
Sophia Finsterer, geb. 24.01.2000

Schulbildung

1975-1977 Grundschule Friedberg, Obb.
1977-1979 Grundschule Herrsching a.A.
1979-1981 Gymnasium Weilheim, Obb.
1981-1988 Gymnasium Schongau; Juni 1988 Abitur

Studium

1991- 1998 Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München; April 1998 Ärztliche Prüfung
Oktober 2004 Approbation als Ärztin

Praktisches Jahr

21.04.1997- 10.08.1997 1. Tertial: Chirurgie Chirurgische Klinik, Klinikum Großhadern München
11.08.1997- 30.11.1997 2. Tertial: Gynäkologie Kreiskrankenhaus Starnberg,
01.12.1997-22.03.1998 3. Tertial: Innere Medizin Med. Poliklinik II, Klinikum Großhadern, München

Berufliche Tätigkeit

1988- 1991 Büroangestellte, Getränkehaus Jocher, Schongau
16.07.07- 14.09.07 Ärztin in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München
16.04.08- 31.05.08 Ärztin in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Nebentätigkeit

1990- 1994 Zentrale Notaufnahme, Kreiskrankenhaus Landsberg

Berufliche Weiterbildung

1996- 1997 Basiskurs Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen
Deutsche Akademie für Entwicklungs-Rehabilitation e.V.

Dissertation und Veröffentlichungen

seit 2002 Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin, unter Leitung von Prof. Dr. Reiner Frank, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München
März 2005 Vortragssymposium auf dem XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Heidelberg (Finsterer und Frank 2005)
Oktober 2007 Symposiumsvortrag auf dem 17. Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrischen Herbstsymposium „Psychotherapeutische Prozesse“
März 2008 Postervortrag auf der 1. Arbeitstagung Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter