

Mental Health Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Literaturübersicht
zu Indikationen,
Ergebnisparametern
und Messinstrumenten
für Evaluierungen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 67

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

Mental Health Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Literaturübersicht
zu Indikationen,
Ergebnisparametern
und Messinstrumenten
für Evaluierungen

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, Oktober 2013

Projektteam

Projektleitung: Dr.ⁱⁿ med. Brigitte Piso, MPH
Projektbearbeitung: Mag. Dr. phil. Roman Winkler, MSc

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA
Handsuche: Julia Bobek, MA
Externe Begutachtung: Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker (Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin)
Interne Begutachtung: Dr.ⁱⁿ rer. soc. oec. Ingrid Zechmeister, MA

Korrespondenz: Roman Winkler (roman.winkler@hta.lbg.ac.at), Brigitte Piso (brigitte.piso@hta.lbg.ac.at)

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Winkler R., Piso, B., Mental Health Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen – Literaturübersicht zu Indikationen, Ergebnisparametern und Messinstrumenten für Evaluierungen. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 67; 2013. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten AutorInnen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Nußdorferstr. 64, 6 Stock, A-1090 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisonngasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment.

Die LBI-HTA-Projektberichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“, der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 67

ISSN: 1992-0488

ISSN-online: 1992-0496

© 2013 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	7
Summary.....	8
1 Einleitung.....	9
1.1 Projekthintergrund und -ziele.....	9
1.2 Fragestellungen	9
1.3 Rehabilitation	10
1.4 MHR für Kinder und Jugendliche	11
1.4.1 ICD-Indikationen für MHR	12
1.5 Grundsätze der Rehabilitationsdiagnostik.....	13
1.5.1 Rehabilitationsziele.....	13
1.5.2 Rehabilitationsfähigkeit	13
1.5.3 Rehabilitationsbedürftigkeit.....	14
1.5.4 Rehabilitationsprognose.....	14
1.5.5 „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF)	14
1.6 Evaluationsforschung.....	16
2 Methodologie	17
2.1 Systematische Literatursuche.....	17
2.2 Handsuche.....	17
2.3 Einschlusskriterien.....	18
2.4 Ausschlusskriterien	18
2.5 Literaturauswahl	19
2.6 Qualitätssicherung.....	20
3 Ergebnisse der Literatursuche	21
3.1 Studiencharakteristika	21
3.1.1 Studiedesigns	21
3.1.2 Untersuchungssetting	21
3.1.3 Studienziele	22
3.1.4 Reha-Zielgruppen.....	23
3.1.5 Datenquellen.....	23
3.1.6 Hauptdiagnosen nach Reha-Zielgruppen	23
3.1.7 Reha-Zielsetzungen und -Maßnahmen	23
3.1.8 Reha-Dauer	25
3.2 Indikatoren und Instrumente zur Evaluierung von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche.....	28
3.2.1 Kernergebnisse.....	28
3.2.2 Klinische Symptomatik	30
3.2.3 Lebensqualität	34
3.2.4 Funktionalität	38
3.2.5 Reha-Prozess	40
3.2.6 Zufriedenheit mit MHR	42
4 Zusammenfassung und Diskussion	47
5 Limitationen	51
6 Schlussfolgerungen	53
7 Literatur.....	55
8 Appendix	57
Suchstrategie MEDLINE.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.5-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram).....	19
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.5-1: ICF-Bereiche und Beispiele	15
Tabelle 2.3-1: Einschlusskriterien (PICO).....	18
Tabelle 3.1-1: Studien-, PatientInnen- und Programmcharakteristika	26
Tabelle 3.2-1: Übersicht zu Evaluierungsindikatoren und -instrumenten	29
Tabelle 3.2-2: SDQ.....	30
Tabelle 3.2-3: BSI	30
Tabelle 3.2-4: Conners Rating Scale	31
Tabelle 3.2-5: CBCL 4-18 Jahre.....	32
Tabelle 3.2-6: YSR.....	32
Tabelle 3.2-7: SPS-J.....	33
Tabelle 3.2-8: SVF-KJ	33
Tabelle 3.2-9: BADO.....	34
Tabelle 3.2-10: DISABKIDS-37.....	35
Tabelle 3.2-11: ULQIE.....	35
Tabelle 3.2-12: ILK.....	36
Tabelle 3.2-13: KINDL-R.....	37
Tabelle 3.2-14: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung der „Lebenszufriedenheit“.....	37
Tabelle 3.2-15: SOFAS.....	39
Tabelle 3.2-16: COPM.....	39
Tabelle 3.2-17: RSES.....	40
Tabelle 3.2-18: YCIS	41
Tabelle 3.2-19: CTAM.....	41
Tabelle 3.2-20: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung „wahrgenommener Veränderungen“	41
Tabelle 3.2-21: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung der „Zufriedenheit mit dem Reha-Programm“	42
Tabelle 3.2-22: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung der „Zufriedenheit mit dem Reha-Programm“	43
Tabelle 3.2-23: Evaluierungsindikatoren und -instrumente nach unterschiedlichen MHR-Zielgruppen und -Messzeitpunkten.....	44

Abkürzungsverzeichnis

ADHS.....	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
BADO.....	Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie
BSI.....	Brief Symptom Inventory
CBCL.....	Child Behavior Checklist
COPM.....	Canadian Occupational Performance Measure
CTAM.....	Children's Psychosocial Rehabilitation Treatment Adherence Measure
DISABKIDS-37..	The DISABKIDS questionnaires – Quality of life questionnaires for children with chronic conditions
DSM IV.....	IV – Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (vierte Revision)
GH-LQ.....	Gesundheitsbezogene Lebensqualität
HVB.....	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
ICD-10.....	International Classification of Diseases
ICF/ICF-CY.....	International Classification of Functioning, Disability and Health/ International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth
ILK.....	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
KINDL-R.....	Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern – revidierte Fassung
KuJ.....	Kinder und Jugendliche
KuJ-Reha.....	Kinder und Jugendlichen Rehabilitation
LQ.....	Lebensqualität
MHR.....	Mental Health Rehabilitation
ÖBIG.....	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
PICO.....	Population, Intervention, Comparison, Outcome
Reha.....	Rehabilitation
RSES.....	Rosenberg-Self-Esteem-Scale
SD.....	Standardabweichung
SDQ.....	Strengths and Difficulties Questionnaire
SOFAS.....	Social and Occupational Functioning Assessment Scale
SPS-J.....	Screening psychischer Störungen im Jugendalter
SVF-KJ.....	Stressverarbeitungsbogen für Kinder und Jugendliche
ULQIE.....	Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder
YCIS.....	Youth Counseling Impact Scale
YSR.....	Youth Self Report

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel:

Im Hinblick auf zukünftige Mental Health Rehabilitationsprogramme (MHR-Programme) für Kinder und Jugendliche in Österreich, wurde das LBI-HTA damit beauftragt, relevante Inhalte für eine Evaluierung solcher Reha-Programme zu erheben. Vor diesem Hintergrund wurde eine systematische Literaturübersicht zu MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt auf Evaluierungsindikatoren und Evaluierungsinstrumenten erstellt.

Methode:

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden zunächst die gängigen Datenbanken durchsucht. Zudem wurde eine umfangreiche Internet-Suche (Handsuche) unternommen. Die Datenextraktion konzentrierte sich vorrangig auf Indikatoren und Instrumente (z. B. Testverfahren), die im Zuge von Programmevaluierungen national und international zur Anwendung kamen.

Ergebnisse:

Die systematische Literatur- und die Handsuche ergaben insgesamt 685 Referenzen. Die inhaltliche Fokussierung auf Evaluierungsindikatoren und -instrumente, die in MHR-Programmevaluierungen mit Schwerpunkt auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zum Einsatz kamen, ergab letztlich 6 Studien, die für die Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden konnten.

Hinsichtlich der Evaluierungsmethodik von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche ergab die Recherche 5 Evaluierungsindikatoren und 21 -instrumente. Bei den Indikatoren handelte es sich um die klinische Symptomatik, die Lebensqualität, die Funktionalität, den Reha-Prozessverlauf und die Reha-Zufriedenheit. Mehrere Subkategorien, die studienspezifisch verwendet wurden, stellten Verfeinerungen der Indikatoren dar (z. B. Verhaltensauffälligkeiten und -stärken als Teil der klinischen Symptomatik). Bei den Messinstrumenten zeigte sich, dass v. a. „generische Verfahren“ zur Indikator-Erhebung über Krankheitsgruppen hinweg verwendet wurden.

Weiters zeigte hinsichtlich der berichteten Indikationen, dass in den eingeschlossenen Einzelstudien die Verhaltens- und emotionalen Störungen die überwiegende ICD-Diagnosegruppe für MHR-Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen darstellten. Indem allerdings disziplinenübergreifende Betreuungsansätze wesentliche Charakteristika von MHR-Programmen sind, erfüllten im Allgemeinen alle psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen die Bedingungen für MHR-Maßnahmen. Als primäre Zielgruppen für Evaluierungen standen in mehreren Studien neben den betreuten Kindern und Jugendlichen auch deren Eltern im Zentrum der Erhebungen (z. B. hinsichtlich der Elternzufriedenheit mit dem Reha-Programm).

Diskussion und Schlussfolgerungen:

Die geringe Fallzahl an Evaluierungsstudien erfordert verstärkte Forschungsaktivitäten im Bereich MHR für Kinder und Jugendliche. Die 5 identifizierten Indikatoren decken zentrale Rehabilitationsaspekte ab und können in einem zukünftigen Forschungsvorhaben einen methodischen Ausgangspunkt für die Evaluierung von MHR-Programmen darstellen. Eine detaillierte Indikatorenauswahl sollte jedoch in Abhängigkeit von den jeweiligen Zielgruppen und den Reha-Schwerpunkten erfolgen. Zudem bedarf es bei der Instrumentenauswahl der Berücksichtigung der psychometrischen Testgütekriterien, um den Einsatz von „verlässlichen“ und überprüften Testverfahren zu garantieren.

Ziel bestand in der Recherche von Evaluierungen von MHR-Programmen mit Fokus auf verwendete Indikatoren und Messinstrumenten

systematische Literaturübersicht in internationalen Datenbanken sowie Handsuche

6 Studien standen für die Beantwortung der Forschungsfragen zur Verfügung

5 Indikatoren und 21 Instrumente

Operationalisierung durch Subkategorien

Schwerpunkt lag auf „generischen Messverfahren“

Fokus auf emotionalen Störungen – alle psychischen Erkrankungen kommen aber für MHR in Frage

neben Kindern und Jugendlichen wurden auch Eltern befragt

Bedarf an mehr Forschung zur Evaluierung von MHR-Programmen

Indikatoren decken zentrale Reha-Themen ab – Gütekriterien der Messinstrumente berücksichtigen

Summary

to provide scientific basis for future projects in the field of mental health rehabilitation for children and adolescents

systematic review focusing on evaluation indicators and instruments

6 studies included in this report

5 evaluation indicators and 21 instruments

subcategories of indicators

generic evaluation instruments

mainly children and adolescents with behavioural and emotional disorders

parents also represented an evaluation target group

more evaluation research on MHR programmes for children and adolescents needed

future projects shall consider psychometric quality of evaluation instruments

Background and aim:

The LBI-HTA was asked to collect and analyse relevant evaluation content for future projects dealing with mental health rehabilitation (MHR) programmes for children and adolescents. Against this background, we undertook a systematic literature review encompassing MHR programmes (for children and adolescents) with a particular focus on evaluation indicators and instruments.

Method:

A systematic search of literature was carried out in various databases and supplemented by an unsystematic hand search. The data extraction mainly focused on evaluation indicators and instruments but also considered other aspects, such as mental health indications.

Results:

The systematic literature search resulted in 685 references. Given the thematic focus on indicators and instruments, 6 single studies were ultimately included in this report.

With regards to the evaluation methodology of MHR programmes for children and adolescents, our research revealed 5 evaluation indicators and 21 evaluation instruments. The following indicators were identified: Clinical symptoms, quality of life, functionality, rehabilitation process and rehabilitation satisfaction. The included studies used several subcategories which defined more profoundly the indicators (e.g. behavioural problems and strengths as a refinement of the indicator 'clinical symptoms'). Regarding the evaluation instruments, it turned out that most studies applied 'generic tools' that had been used in the studies across various mental health indications.

Furthermore, our systematic review showed that the included studies mainly reported on children and adolescents with behavioural and emotional problems. Since most MHR programmes for children and adolescents are based on cross-disciplinary rehabilitation approaches, all mental disorders that may affect children and adolescents could be considered for MHR measures, though. Basically, children and adolescents represented the major evaluation target groups in the included studies. However, some studies also involved parents in the evaluation process (e.g. in order to learn more about parental satisfaction with the rehabilitation programme etc.).

Discussion and conclusions:

Basically, our systematic review shows that the low number of evaluation studies requires increased research activities in this particular field of MHR for children and adolescents. The 5 identified evaluation indicators cover key aspects of mental health rehabilitation and may represent a methodological starting point for the evaluation of MHR programmes for children and adolescents in a future project. However, the selection of evaluation indicators should consider the respective rehabilitation target groups and the overall rehabilitation priorities. In addition, there is a need for a careful selection of the evaluation instruments taking into account psychometric quality criteria to guarantee the use of 'reliable' and approved test methods.

1 Einleitung

1.1 Projekthintergrund und -ziele

Im Rahmen des jährlichen Forschungsprogramms wurde vom LBI-HTA Partner „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ (HVB) das Thema „Mental Health Rehabilitation (MHR) bei Kindern und Jugendlichen“ mit Schwerpunkt auf Indikationen, Evaluierungsindikatoren und -instrumente eingebracht.

Das primäre Ziel dieses Projekts ist die Erstellung einer Übersichtsarbeit, die sich mit der Evaluierungsmethodik von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche beschäftigt. Im Vordergrund stehen dabei v. a. die jeweiligen Endpunkte (Indikatoren, Outcomes), die in Reha-Programmen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen erhoben wurden. In diesem Zusammenhang beschäftigen wir uns auch mit den Evaluierungsverfahren (Mess- und Erhebungsinstrumente), die bei der Messung der Endpunkte zur Anwendung kommen. Letztlich soll mit diesem Bericht eine empirische Entscheidungsunterstützung für Evaluierungen von zukünftigen MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche in Österreich zur Verfügung gestellt werden.

Zur Verdeutlichung der thematischen Projektschwerpunkte werden an dieser Stelle auch die „Nicht-Ziele“ genannt: Demnach werden im Rahmen dieses Berichts keine Wirksamkeits- bzw. Nachhaltigkeitsanalysen und keine Bedarfsabschätzungen für MHR-Programme für Kinder und Jugendliche erstellt. Zudem werden die Evaluierungsinstrumente keinen psychometrischen Bewertungen unterzogen bzw. werden hierzu keine Angaben recherchiert.

**Projektvorschlag
vom HVB**

**Fokus auf Methoden
und Instrumente zur
Evaluierung von
MHR-Programmen für
Kinder und Jugendliche**

**ausgeschlossene
Aspekte**

1.2 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen sollen im Rahmen dieses Berichts beantwortet werden, wobei eine Unterteilung in primäre und sekundäre Fragen erfolgt. Demnach richtet sich der Hauptfokus des Berichts auf den Einsatz von Evaluierungsindikatoren und -instrumenten und damit auf die folgenden beiden Fragen:

- ✿ Welche Endpunkte bzw. Indikatoren wurden in Übersichtsarbeiten, Evaluierungsberichten etc. im Bereich MHR für Kinder und Jugendliche erhoben?
- ✿ Welche Messinstrumente wurden hierfür verwendet?

**Fokus liegt auf Fragen
zu Reha-Outcomes
und entsprechende
Messverfahren von
Endpunkten**

**weitere erfolgt
Ausarbeitung von
Fragen, die im Zuge
der Planung eines
MHR-Programms
interessant sind:**

**MHR-Indikationen
bei Kindern und
Jugendlichen,
MHR-Settings, Dauer
von MHR-Programmen**

Im Rahmen der Beantwortung dieser beiden Forschungsfragen sollen aber auch Aspekte berücksichtigt werden, die v. a. vor dem Hintergrund zukünftiger Planungen von MHR-Programmen von Interesse sein könnten. Dabei handelt es sich um folgende planungsrelevante Fragen:

- ✿ Welche Indikationen finden sich in MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche?
- ✿ Welche MHR-Settings werden beschrieben (stationär, ambulant, teilstationär, „at home“)?
- ✿ Welche Erfahrungen gibt es hinsichtlich der Dauer von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche?

1.3 Rehabilitation

**Rehabilitation
beschreibt lt. WHO
ein multimodales
Programm**

Laut WHO (1981) umfasst Rehabilitation „den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird“ [1].

**Reha-Programme
basieren auf einem
bio-psycho-sozialen
Menschenbild**

Unter Einbeziehung der im Jahr 2001 von der WHO verabschiedeten „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ wird Rehabilitation als multi- und interdisziplinäres Management der funktionalen Gesundheit einer Person definiert. Die ICF baut auf die Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells, welches besagt, dass therapeutische Maßnahmen in vier Dimensionen bzw. Achsen (Körperfunktion und -strukturen, Aktivität, Teilhabe und Kontextfaktoren) ergriffen werden können, um etwaige Beeinträchtigungen zu kompensieren oder zu beheben [2].

**Rehabilitation
ergänzt medizinische
Akutversorgung**

Prinzipiell verfolgt die rehabilitative Medizin einen holistischen Ansatz, der den Menschen als aktiven Teil der Gesellschaft definiert [3]. Reha-Maßnahmen gelten als Ergänzung zur kurativen Akutversorgung, deren Schwerpunkt auf der Heilung bzw. Beseitigung organbezogener Krankheiten liegt (biomedizinisches Krankheitsmodell). Die Abgrenzung der Rehabilitation zur Kurativmedizin und zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen ist nicht eindeutig, da der somatische, organgebundene Teil im holistischen Ansatz erhalten bleibt. Vor diesem Hintergrund sind Reha-Maßnahmen immer an eine/einen endverantwortliche/n Arzt bzw. Ärztin gebunden [4].

**Rehabilitation soll neben
Symptombewältigung
auch Autonomie fördern
und Selbstbild stärken**

Wichtig ist in jedem Fall auch die enge Verwobenheit zwischen Rehabilitation und Konzepten, wie „Recovery“, „Resilienz“ und „Empowerment“ zu sehen. Vor diesem Hintergrund soll verdeutlicht werden, dass für RehabilitationInnen neben einem adäquaten Umgang mit Symptomen auch die Verantwortung für das eigene Leben und das Wiederfinden eines positiven Selbstbildes von Bedeutung sind [5].

**besondere bauliche,
organisatorische,
pädagogische
Erfordernisse bei der
Gestaltung von Reha-
Programmen für Kinder
und Jugendliche**

Hinsichtlich der Zielgruppe Kinder und Jugendliche unterscheidet sich die Rehabilitation in vielerlei Hinsicht vom Erwachsenenbereich. Sie unterliegt besonderen Anforderungen, welche teilweise für die Ausgestaltung der Angebotsstruktur von Relevanz sind. Konkret betrifft dies [4]:

- ✿ Bauliche Anforderungen von Reha-Zentren bzw. -Einrichtungen
- ✿ Rehabilitationsdauer

- ✿ Mitaufnahme von Begleitpersonen (z. B. Eltern, Geschwisterkinder)
- ✿ Kind- bzw. jugendgerechte Gestaltung der Reha-Maßnahmen
- ✿ Freizeitangebot
- ✿ Pädagogische Betreuung, Berufsberatung
- ✿ Angemessene Erreichbarkeit, Wohnortnähe.

Die Erkrankung von Kindern und Jugendlichen bedeutet jedoch zumeist auch erhebliche Belastungen für Eltern(teile), Geschwisterkinder etc. Dies kann zu psychischen, sozialen und auch finanziellen Belastungen führen, die wiederum die Stabilität einer Familie bedrohen können. Die familienorientierte Rehabilitation versucht solchen Entwicklungen vorzubeugen, indem etwa Angehörigen entsprechende Behandlungen, Betreuungen und Beratungen angeboten werden. Familienorientierte Maßnahmen richten sich daher sowohl an das erkrankte Kind bzw. den/die Jugendliche als auch an sein/ihr Familiensystem. Ziel ist es stützend und stabilisierend zu wirken [6].

Prinzipiell gibt es verschiedene Erkrankungen (z. B. onkologische Erkrankungen) bzw. Unfälle, die Reha-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche erfordern. Eine detaillierte Auflistung an rehabilitationsrelevanten ICD-10-Hauptdiagnosen nach Rehabilitations-Indikationsgruppen finden sich für Kinder und Jugendliche in einem gesonderten Bericht der „Gesundheit Österreich (GÖG)“ [7]. In diesem Bericht wird im Folgenden ausschließlich auf den Bereich der psychischen Erkrankungen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen sowie auf entsprechende MHR-Programme Bezug genommen.

familienorientierte Rehabilitation richtet sich an Kinder, Jugendliche und deren Familien

Reha bei Kindern und Jugendlichen bei verschiedenen Erkrankungen möglich – Mental Health ist ein Reha-Bereich

1.4 MHR für Kinder und Jugendliche

Als ein Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation wird Mental Health entsprechend dem Primärversorgungsbereich durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. teilweise auch durch die Pädiatrie in Form der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie abgedeckt. Die Gesamtverantwortung für Mental Health liegt allerdings durchgängig bei den FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kinder- und JugendpsychiaterInnen sind primäre Ansprechpersonen

Kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation wird im Sinne einer sozialpsychiatrischen/psychosozialen Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter verstanden, die kurative Behandlungen ergänzen kann. Das Ziel der Sozialpsychiatrie ist die Teilnahme am sozialen Leben, Teilhabe am Arbeitsleben (bzw. an Ausbildungsmaßnahmen) und Verwirklichung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben. Für die Rehabilitation im Kinder- und Jugendbereich wird diese Definition des Rehabilitationsziels an die dynamischen Faktoren des Entwicklungsalters angepasst. Mittels spezifischer kinder- und jugendpsychiatrischer und therapeutischer Interventionen, Interventionen zur Reduktion von Beeinträchtigungen sowie Hilfestellungen zur Krankheitsverarbeitung und Bewältigung von Behinderungen verfolgt die Sozialpsychiatrie darüber hinaus das Ziel, soziale Kompetenzen zu stärken und zu fördern.

MHR bei Kindern und Jugendlichen muss Entwicklungsdynamik berücksichtigen

Stärkungen von sozialen Kompetenzen ist zentraler Teil der MHR

In Deutschland ist psychosoziale Rehabilitation laut IX. Sozialgesetzbuch Teil der medizinischen Rehabilitation und umfasst folgende Ziele: Hilfen zur Krankheitsverarbeitung und Bewältigung von Behinderung, Förderung der sozialen Kompetenz durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten, Reduktion von Handicaps, Teilnahme am sozialen Leben und Teilhabe am

psychosoziale Reha ist Teil der medizinischen Reha

Arbeitsleben und Verwirklichung des Rechts auf ein selbständiges Leben [8]. Vor allem Letzteres ist etwa für die Zielgruppe der Jugendlichen von besonderer Bedeutung, zumal die Berufsvorbereitung eine wesentliche Entwicklungsaufgabe darstellt, die mit Selbstbestimmungsfähigkeit und Identitätsfindung verknüpft ist [9].

MHR bei Kindern und Jugendlichen bedarf multiprofessioneller Teams

Hinsichtlich der organisatorischen Möglichkeiten von MHR-Programmen gibt es international neben stationären Angeboten auch ambulante und teilstationäre Programme. In jedem Fall spielen der Einsatz multiprofessioneller Teams sowie eine spezifische Abstimmung auf die Bedürfnisse der Kinder, der Jugendlichen und der sozialen Umgebung eine entscheidende Rolle. Vor allem im extramuralen Bereich haben zudem aufsuchende Angebote, wie Konsiliar- bzw. Liaisondienste zu Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, mobile Familiendienste oder Case Management eine wichtige Bedeutung.

multiperspektivische Reha-Angebote unter Beteiligung von Eltern, LehrerInnen, Jugendwohlfahrt etc.

Internationale MHR-Programme enthalten kinder- und jugendpsychiatrische, sozial- und psychotherapeutische, beratende und psychoedukative Inhalte und werden möglichst lebensweltnahe unter Einbeziehung der Angehörigen (u. U. auch der Schule/des Ausbildungsplatzes und der Jugendwohlfahrt) angeboten. Unabhängig von der Organisationsform kann die Durchführung der Angebote einzeln oder in Gruppen erfolgen.

MHR- Angebote müssen den Lebensumständen der Kinder und Jugendlichen entsprechen

Prinzipiell ist es wünschenswert, dass sich MHR-Programme (und auch alle anderen Reha-Programmen) für Kinder und Jugendliche möglichst wohnortnahe befinden. Dadurch soll eine gute Rückbindung an die primären Umgebungsbedingungen sichergestellt werden, um das Hauptziel der Reintegration in Familie, Schule und/oder Arbeitsumfeld bestmöglich zu gewährleisten. Für einen einfachen, niedrighschweligen Zugang zu Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche findet sich etwa in der österreichischen Kindergesundheitsstrategie die Empfehlung, Reha-Info-Points einzurichten [6].

1.4.1 ICD-Indikationen für MHR

„F-Kategorie“ des ICD-10 ist wesentlicher diagnostischer Ausgangspunkt für MHR

Hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen für eine MHR für Kinder- und Jugendliche werden im österreichischen Reha-Plan 2012 folgende Krankheits- bzw. Störungsbilder des ICD-10 (F-Kategorie) genannt [4]:

- ✿ F1: nicht-substanzgebundene Süchte
- ✿ F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- ✿ F3: Affektive Störungen
- ✿ F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- ✿ F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- ✿ F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- ✿ F8: Entwicklungsstörungen (insbesondere kombinierte Entwicklungsstörungen, Autismus)
- ✿ F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Es sind dabei besonders die psychosozialen Folgen/Belastungen durch die Erkrankung zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang ist auch noch die Überlappung kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen und chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu nennen. Der Überschneidungsbereich liegt je nach zugrundeliegender Erkrankung zwischen 13 % und 30 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Demnach können kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen infolge einer körperlichen Erkrankung auftreten, sie können aber auch vorab vorhanden sein und z. B. infolge einer erhöhten Unfallgefahr (z. B. bei hyperkinetischen Erkrankungen) zu einer Körperbehinderung führen [10].

zwischen 13 % und 30 % der Kinder und Jugendlichen weisen sowohl psychiatrische als auch körperliche Erkrankungen auf

1.5 Grundsätze der Rehabilitationsdiagnostik

Eine rehabilitationsspezifische Diagnostik und eine multiaxiale Bewertung stellen eine wesentliche Grundlage bei der Planung von psychosozialen Reha-Maßnahmen dar.¹ Dadurch soll die Reha-Fähigkeit, die Reha-Bedürftigkeit und die Reha-Prognose erarbeitet werden. Zudem müssen individuelle Reha-Ziele genannt werden [8]. Die nachfolgenden Grundsätze gelten sowohl für Reha-Maßnahmen für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche, wobei Letztere hier besondere Erwähnung finden.

Reha-Diagnostik und multiaxiale Bewertung als Voraussetzung für psychosoziale Reha

1.5.1 Rehabilitationsziele

Die Reha-Zielsetzungen müssen realistisch und erreichbar sein und in Einkunft mit dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen und den Eltern getroffen werden. Bei längeren schulischen bzw. beruflichen Maßnahmen bedarf es regelmäßiger Gespräche über erreichte und zukünftige Reha-Ziele. Hierbei werden mitunter neue Ziele mit dem Reha-Betreuungsteam definiert bzw. kann die Durchführung bestehender Reha-Maßnahmen an geänderte Rahmenbedingungen angepasst werden [8].

Ziele in Absprache mit Kindern/Jugendlichen und Eltern formulieren

stetige Zielüberprüfung und ggf. Anpassung

1.5.2 Rehabilitationsfähigkeit

Die Reha-Fähigkeit beschreibt die somatische und psychische Verfassung von RehabilitandInnen im Hinblick auf die Teilnahme an einer Reha-Maßnahme. Dies umfasst sowohl Aspekte der Belastbarkeit als auch jene der persönlichen Motivation.²

Belastbarkeit und Motivation der Reha-TeilnehmerInnen erheben

¹ In Deutschland ist eine solche Vorgehensweise verpflichtend – siehe Ausführungen zur ICF in Kapitel 1.3.

² <http://rehakompass.oebig.at/RundUmReha/Grundsätze>, download am 22.07.2013.

1.5.3 Rehabilitationsbedürftigkeit

Reha-Bedürftigkeit u. a. aufgrund eingeschränkter Teilhabe am sozialen/beruflichen/schulischen Leben

Eine Reha-Bedürftigkeit liegt vor, wenn nicht nur vorübergehende (körperliche und/oder psychische) Funktionsstörungen eines Kindes bzw. eines/r Jugendlichen vorliegen, die zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am sozialen Leben oder Arbeits-/Ausbildungsleben führen können [8]. Reha-Bedürftigkeit besteht auch, wenn bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein multimodales Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Funktionsstörungen bzw. Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen bzw. zu verbessern.²

1.5.4 Rehabilitationsprognose

Einschätzungen zum Reha-Erfolg für RehabilitandInnen und KostenträgerInnen bedeutsam

Eine Rehabilitationsprognose soll den Erfolg von Reha-Leistungen einschätzen helfen und ist sowohl für die RehabilitandInnen als auch für die KostenträgerInnen von Interesse. Wiederum findet hier in der Literatur die ICF entsprechende Erwähnung als geeignetes Assessment-Verfahren. Die Prognose soll sich dabei auf einen definierten Zeitraum beziehen, in dem bestimmte Ziele mit entsprechenden Reha-Maßnahmen erreicht werden sollen. Die Einbeziehung der RehabilitandInnen bzw. bei jüngeren Kindern, die Beteiligung der Eltern, spielt hierbei eine entscheidende Rolle [8].

1.5.5 „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF)

ICF bei körperlichen, psychischen Erkrankungen sowie bei Behinderungen einsetzbar

multiaxiale Diagnostik zu 9 Lebensbereichen

Erhebung von Defiziten und Ressourcen

Spezialversion des ICF für Kinder und Jugendliche

in Österreich (noch) keine routinemäßige ICF-Anwendung – in Deutschland hingegen gesetzlich verankert

Die ICF dient der Dokumentation von Outcomes in der Rehabilitation, die v. a. die Bereiche „Fähigkeiten“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ umfasst. Das ICF-Schema erlaubt eine Anwendung auf Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Beeinträchtigungen (körperliche und psychische Erkrankungen bzw. Störungsbilder, Behinderungen) [10]. Insgesamt werden laut WHO-Beschreibung 9 Lebensbereiche erfasst, wodurch nicht nur körperliche Funktionen sondern auch die Psyche und das soziale Umfeld von potentiellen RehabilitandInnen erhoben werden. Wesentliches Charakteristikum der ICF ist neben der Erhebung von „Defiziten“, die Erhebung von vorhandenen Ressourcen. Insgesamt fokussiert die ICF stärker auf die Anwendung von individuell (an die Bedürfnisse der RehabilitandInnen) angepasste Maßnahmen als „rein diagnoseabhängige“ Reha-Konzepte [4]. Für Kinder und Jugendliche gibt es eine Spezialausgabe des ICF, die ICF-CY („Children and Youth“). Diese Version berücksichtigt die Entwicklungsbesonderheiten und Funktionen sowie besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen.

Der österreichische Reha-Plan verweist darauf, dass es hierzulande aktuell keine flächendeckende ICF-Anwendung gibt. Begründet wird dies mit einem erheblichen Bearbeitungsaufwand (pro Person ca. 2 Stunden Dokumentationszeit). Langfristig sei jedoch mit der ICF als Reha-Assessmentverfahren in Österreich zu rechnen [4]. In Deutschland gibt es hingegen eine „ICF-konforme Gesetzgebung“ (auch in Bezug auf die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation) [11]. Die nachfolgende Tabelle 1.5-1 stellt die ICF-Bereiche (mit Beispielen) im Detail dar.

Tabelle 1.5-1: ICF-Bereiche und Beispiele

ICF-Bereiche	Beispiele
Lernen und Wissensanwendung	Sensorische Erfahrungen, Beobachten, Problemlösen, Entscheidungsfindung, Erlernen von Kulturtechniken
Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen	Tägliche Bewältigung von Aufgaben und Pflichten, Aufgabendurchführung, Zeiteinteilung, Stressbewältigung
Kommunikation	Verstehen von Zeichen, Symbolen, Bildern, Gesten, Körpersprache
Mobilität	Fortbewegung, wie etwa vom Liegen ins Sitzen oder vom Bett auf den Stuhl
Selbstversorgung	Waschen, Körperpflege, Anziehen, Essen, Trinken
Haushaltsführung	Einkaufen von Nahrung, Kleidern, Putzen, Aufräumen, Reparaturen
Interpersonelle Interaktionen	Sozial angemessene Interaktionen mit Familienmitgliedern, FreundInnen, Fremden
Größere Lebensbereiche wie finanzielle Eigenständigkeit, Berufstätigkeit	Berufsausbildung, Arbeit und Beschäftigung
Soziales Leben in der Kommune/Gemeinde, Freizeitgestaltung	Religion, politisches Leben

Quelle: [10]

Die Skalierung der ICF erfolgt anhand von 5 Kategorien:
Ein Problem ist ...

- ✿ nicht vorhanden;
- ✿ geringfügig vorhanden;
- ✿ besteht mittelmäßig;
- ✿ ist ausgeprägt;
- ✿ ist extrem stark vorhanden [10].

5-stufige ICF-Skalierung aufgrund der Ausprägung eines Problems

Die Anwendung der ICF wird v. a. zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme sowie nach Abschluss einer Behandlung empfohlen, um die Reha-Zielsetzungen zu definieren bzw. zu evaluieren [10].

ICF zu Beginn und bei Abschluss einer Reha

Wichtig ist der Hinweis, dass unter FachexpertInnen weitgehend Konsens darüber herrscht, dass die ICF zwar ein für die Rehabilitation wichtiges Klassifikations- und Dokumentationssystem darstellt, die Verwendung der ICF als Assessmentinstrument jedoch kontrovers diskutiert wird. Der Grund liegt hierfür u. a. in der vorgesehenen ICF-Kodierung eines Gesundheitsproblems, die nicht die wissenschaftlichen Anforderungen erfüllt, die an ein Assessmentinstrument üblicherweise gestellt werden [12].

ICF ist ein bedeutendes Klassifikationssystem – Anwendung als Assessmentinstrument ist jedoch umstritten

Das anschließende Kapitel widmet sich noch dem Thema der „Evaluationsforschung“. Damit sollen einige Evaluationsaspekte ausgeführt werden, die in einem potentiellen Evaluationsprojekt für eine Analyse relevant sein können.

1.6 Evaluationsforschung

Messungen zur Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen

Prinzipiell beschäftigt sich die Evaluationsforschung mit Fragen der Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen, Interventionen, Programmen oder Prozessen [13]. Im Hinblick auf den Politikbereich „Gesundheit“, der im Folgenden v. a. im Reha-Kontext verstanden werden soll, kann eine Evaluation folgende Bereiche umfassen:

Bewertung von Strukturen

✦ **Strukturqualität:** Bewertung vorhandener Strukturen bzw. Einschätzungen zu einem bestimmten Bedarf (z. B. Anzahl Reha-Plätze für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, Behinderungen, Personalbedarf etc.³);

Bewertung von Prozessen

✦ **Prozessqualität:** Qualitätsmessung in Bezug auf Prozessabläufe (z. B. Reha-Behandlungen, Versorgungsabläufe im Rahmen der Reha-Programme etc.);

Bewertung von Ergebnissen

✦ **Ergebnisqualität:** Bewertung von Ergebnissen, die im Rahmen eines Reha-Programms erzielt wurden, jedoch unter der Voraussetzungen, dass vorab

- ✦ „die Zielvariablen oder Ergebnisindikatoren klar operationalisiert und quantifiziert sind, (...)
- ✦ diese mit Instrumenten messbar sind und
- ✦ die Messinstrumente reliabel und valide sind [13].“

LBI-HTA Bericht widmet sich ausschließlich der Messung von Ergebnisqualität

In diesem LBI-HTA Bericht wird ausschließlich auf die Ergebnisqualität in Bezug auf verwendete Evaluierungsindikatoren und -instrumente in MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche eingegangen. Bewertungen zur Struktur- und Prozessqualität werden in diesem Bericht ausgespart.

³ Siehe etwa hierzu nähere Ausführungen in [7].

2 Methodologie

2.1 Systematische Literatursuche

Dieser Bericht basiert u. a. auf einer systematischen Literatursuche, die von 5. bis 6. Juni 2013 in folgenden Datenbanken durchgeführt wurde:

- ✿ MEDLINE
- ✿ Embase
- ✿ CRD (DARE, NHS-EED, HTA)
- ✿ PsycINFO
- ✿ The Cochrane Library
- ✿ MedPilot

Wir verwendeten „Medical Subject Headings“ (MeSH) als Suchbegriffe, wenn diese verfügbar waren, oder Textwörter, wenn keine MeSH-Begriffe vorhanden waren. Folgende Suchbegriffe wurden dabei eingesetzt:

Rehabilitation, psychiatric rehabilitation, mental (health) rehabilitation, child psychiatry, infant psychiatry, adolescent psychiatry, child mental health, infant mental health, adolescent mental health, evaluation(s)/evaluating, assessment(s)/assessing, measure(s)/measuring/measurement(s), analysis/analyses/ analysing, tool(s), instrument(s)/instrumentation.

**systematische
Literatursuche in
6 Datenbanken**

2.2 Handsuche

Zusätzlich wurde im Mai und Juni 2013 eine umfassende Websuche durchgeführt, die sich v. a. auf MHR-Evaluierungsberichte von Universitäten, Hochschulen, akademischen Forschungseinrichtungen, Rentenversicherungen etc. im deutschsprachigen Raum konzentrierte. Dabei wurden u. a. folgende Webseiten aufgesucht:

- ✿ Deutsche Rentenversicherung (<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>)
- ✿ Psychologie – Aktuell; Klinische Psychologie in der medizinischen Rehabilitation (<http://www.psychologie-aktuell.info/reha/>)
- ✿ Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (<http://www.uniklinik-freiburg.de/>)
- ✿ Universitätsklinikum Ulm Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (www.uniklinik-ulm.de/).

Darüber hinaus wurde neben der systematischen Literatursuche und der Handsuche am 14. Juni 2013 auch eine E-Mail Anfrage an die „Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ gestellt. Hierbei wurde um Literaturhinweise, Projektinformationen etc. ersucht, um rezente Publikationen und „graue“ Literatur aus Österreich und dem internationalen Kontext entsprechend berücksichtigen zu können. Leider blieb jedoch eine Antwort bis zur Veröffentlichung dieses LBI-HTA Berichts aus.

**Websuche mit Fokus
auf deutschsprachigen
Raum**

**E-Mail Anfrage an
österr. Gesellschaft
für Kinder- und
Jugendpsychiatrie**

2.3 Einschlusskriterien

Tabelle 2.3-1: Einschlusskriterien (PICO)

Population	Kinder und Jugendliche, Altersgruppe 0 bis 19 Jahre, alle psychiatrischen Indikationen des Kindes- und Jugendalters
Intervention	MHR-Programme für Kinder und Jugendliche
Kontrolle	---
Primäre Endpunkte (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Evaluierungsindikatoren ✦ Evaluierungsinstrumente
Sekundäre Endpunkte (Outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Reha-Ziele und Reha-Zielerreichung ✦ MHR-Indikationen ✦ Setting und Dauer der MHR-Programme
Studiendesign	Einzelstudien, Übersichtsarbeiten, Evaluierungs- bzw. Projektberichte
Publikationszeitraum	01/1990 bis 06/2013

2.4 Ausschlusskriterien

keine Datenanalyse zu „sekundären Zielgruppen“ von MHR-Programmen

Grundsätzlich wurden alle Literaturangaben ausgeschlossen, in denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche keine primären Zielgruppen einer MHR-Maßnahme darstellten. Daher wurden in der Datenextraktion keine bibliographischen Angaben berücksichtigt, die sich auf („gesunde“) Kinder bzw. Jugendliche von psychisch kranken Eltern bezogen. Des Weiteren wurden Berichte, Studien etc. ausgeschlossen, die sich mit („gesunden“) Geschwisterkindern von psychisch kranken Kindern beschäftigten. Zudem wurden keine Berichte etc. eingeschlossen, in denen Kinder bzw. Jugendliche nur als eine Teilpopulation (etwa neben anderen Erwachsenenkohorten) im Rahmen von MHR-Programmen behandelt wurden, für die aber keine gesonderten Angaben gemacht wurden (z. B. Altersgruppen, die Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen umschließen).

2.5 Literatursuche

Insgesamt ergab die systematische Literatursuche 677 Treffer Quellen (nach Entfernung der Duplikate). Die Literatur wurde von zwei Personen (RW, BP) unabhängig voneinander begutachtet. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens oder die Einbindung einer dritten Person gelöst.

systematische Suche ergab 677 Treffer

Den Einschlusskriterien entsprechend, wurde nur deutsch- und englischsprachige Literatur bis 06/2013 zur Durchsicht herangezogen. Eine ergänzende Handsuche brachte weitere 8 bibliografische Zitate hervor. Nach Vereinigung aller Referenzen und anschließender Deduplizierung lagen 685 Zitate für das Screening vor.

insgesamt standen 685 Literaturzitate zur Durchsicht zur Verfügung

Der Auswahlprozess ist in Abbildung 2.5-1 dargestellt:

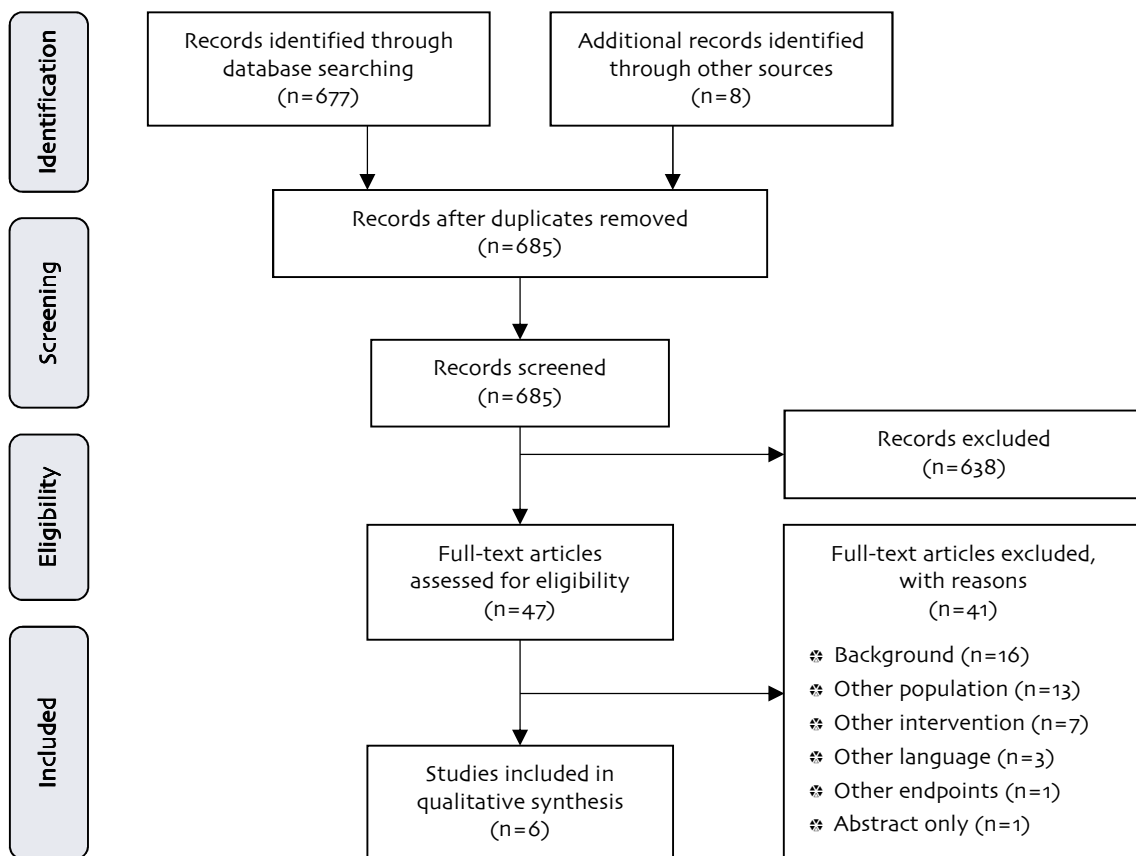


Abbildung 2.5-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagram)

2.6 Qualitätssicherung

interner und externer Review ...

Der Bericht wurde von einer internen Reviewerin und einem externen Reviewer begutachtet, wobei Letzterer u. a. um die Beurteilung folgender Qualitätskriterien ersucht wurden:

- ✿ „fachliche Korrektheit“ (Richtigkeit der Informationen?)
- ✿ „Adäquatheit und Transparenz der Methode“ (Wurde die Methode richtig eingesetzt?)
- ✿ „logischer Aufbau des Berichts und Konsistenz in der Struktur“ (Sind die Ergebnisse nachvollziehbar?)
- ✿ „Relevanz für die nationale und internationale Fachöffentlichkeit“ (Haben die Ergebnisse Relevanz für AnwenderInnen, PraktikerInnen etc.?)
- ✿ „formale Korrektheit“
- ✿ „Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes“.

... als Methode der Qualitätssicherung

Das LBI-HTA versteht die externe Begutachtung durch wissenschaftliche FachexpertInnen aus unterschiedlichen Disziplinen als Methode der Qualitätssicherung der wissenschaftlichen Arbeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts liegt beim LBI-HTA.

3 Ergebnisse der Literatursuche

3.1 Studiencharakteristika

Es wurden 6 Studien (3 aus Deutschland [14], [15], [16] und je eine aus den USA [17], Australien [18] und Österreich [19]) für die Beantwortung der Forschungsfragen im Zusammenhang mit MHR für Kinder und Jugendliche identifiziert. Nachfolgend werden zentrale Aspekte der eingeschlossenen Studien ausführlicher dargestellt. In Tabelle 3.1-1 finden sich weiterführende Angaben zu den eingeschlossenen Studien.

6 Studien zur Beantwortung der Forschungsfragen

3.1.1 Studiedesigns

Bei 4 von 6 Studien handelte es sich um unkontrollierte Studien, 2 Studien waren nicht randomisierte kontrollierte Studien. Weiters waren 2 Studien multizentrisch und 4 Studien unizentrisch ausgerichtet. Bei den 6 Studien handelt es sich bei allen um prospektive Studien, wenngleich hierzu teilweise explizite Hinweise fehlen.

mehrheitlich unkontrollierte Studien, überwiegend unizentrisch und prospektiv organisiert

Hinsichtlich von Kontrollgruppen zeigt sich, dass in zwei Studien neben den Interventionsgruppen auch Kontrollgruppen Erwähnung finden. Eine Studie vergleicht etwa die RehabilitandInnen mit einem bestimmten MHR-Programm mit einer Kontrollgruppe ohne speziellem MHR-Programm, aber mit allgemeinen psychotherapeutischen Interventionen [17]. Eine weitere Studie unterscheidet zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen in einem speziellen MH-Gruppenprogramm [18]. Das Fehlen von Kontrollgruppen wird explizit in 3 Studien ([14], [16], [15]) erwähnt (z. B. mit dem Hinweis, dass es sich „um keine kontrolliert-randomisierte Wirksamkeitsstudie zum Nachweis der Effektivität der Rehabilitation“ handle [14]), wobei zwei dieser Studien ([16], [15]) das Fehlen einer Kontrollgruppe als methodische Limitationen bezeichnen. Darüber hinaus finden sich keine Kontrollgruppen in einer weiteren eingeschlossenen Studie [19].

2 von 6 Studien beschreiben neben Interventionsgruppen auch Kontrollgruppen

Informationen zu den jeweiligen Evaluierungsindikatoren bzw.- instrumenten sowie zu den Messzeitpunkten werden gesondert im Kapitel 3.2 dargestellt.

3.1.2 Untersuchungssetting

5 von 6 Studien beschäftigten sich mit stationären Reha-Programmen ([14], [18], [15], [16], [19]) eine Studie bezog sich auf den ambulanten Reha-Bereich [17].

Beschreibungen v. a. von stationären Reha-Programmen

3.1.3 Studienziele

Studien umfassen grundsätzlich alle den Bereich MHR – 2 Studien beschreiben darüber hinaus gehende Diagnosegruppen

Neben der prinzipiellen Ausrichtung der 6 eingeschlossenen Studien auf den Bereich MHR für Kinder und Jugendliche, verfolgten 2 Studien Zielsetzungen, die über den Indikationsbereich der psychischen Erkrankungen bzw. Störungen im Kindes- und Jugendalter hinausgehen. Eine Studie befasste sich (neben der Rehabilitation von Kinder und Jugendlichen mit ADHS und Verhaltensstörungen) noch mit 3 weiteren Diagnosegruppen: Adipositas, Asthma bronchiale und Neurodermitis [14]. Eine weitere Studie beschäftigt sich neben MH-Indikationen für Kinder und deren (ebenso erkrankten) Eltern u. a. mit Krankheiten der Wirbelsäule, Adipositas, Krankheiten der Atemwege etc. [15]. Alle Angaben, die jedoch für die Datenextraktion diesen Studien entnommen wurden, beziehen sich ausschließlich auf MH-Indikationsbereiche bzw. auf damit verschränkte Bereiche (z. B. Lebensqualität).

2 von 6 Studien fokussieren auf Entwicklung bzw. Überprüfung von Messinstrumenten

2 von 6 Studien befassten sich speziell mit der Entwicklung bzw. Evaluierung und Erprobung von Instrumenten, die in der Bewertung von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche zum Einsatz kommen. Hierbei handelt es sich etwa um ein Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität (inkl. TeilnehmerInnenzufriedenheit) in der Kinder- und Jugend-Reha, das auf ein Projekt zurückgeht, das in Deutschland von der „Deutschen Rentenversicherung (DRV)“ und der „Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“ initiiert und zwischen 2009 bis 2010 durchgeführt wurde. Mit diesem Projekt sollte v. a. der Anspruch nach qualitätssichernden Maßnahmen bei der Erhebung der Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation erfüllt werden [14].

spezielle Verfahren bzw. Instrumente sollen der Qualitätssicherung von MHR-Programmen dienen

In einer weiteren Studie ging es um die Evaluierung psychometrischer Charakteristika eines speziellen Instruments zur Erhebung der Therapie-Adhärenz („Children’s Psychosocial Rehabilitation Treatment Adherence – CTAM“). Das Tool diente dabei der Überprüfung, inwieweit ein spezifisches MHR-Programm für Kinder (mit Schwerpunkt Skills-Training für Kinder und Jugendliche und Verhaltenstraining für Eltern) tatsächlich so eingesetzt wurde, wie es die Reha-Programmleitlinien vorgeben hatten. Der Problemhintergrund ergibt sich laut den AutorInnen aus der Beobachtung, dass die unterschiedliche Anwendung von psychiatrischen Reha-Maßnahmen bzw. die unterschiedliche Implementierung von MHR-Programmen in Kliniken zu Qualitätsverlusten führten [17].

4 Studien berichten zu allgemeinen Erfahrungen, zur Wirksamkeit etc. im Zuge spezieller MHR-Programme für Kinder und Jugendliche

4 der 6 eingeschlossenen Studien beschäftigten sich unter Anwendung spezifischer Messinstrumente u. a. mit der Befragung von KlientInnen und klinischen ExpertInnen hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit einem speziellen MHR-Programm („Orygen Youth Health Recovery Group Program – RGP“) [18], mit der Evaluierung des Reha-Behandlungserfolgs (bezüglich psychische Symptombelastung, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit) bei Eltern und Kindern ([15], [19]) sowie mit der Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit eines speziellen stationären Reha-Programms für Kinder mit ADHS [16].

3.1.4 Reha-Zielgruppen

Gemäß dem Themenschwerpunkt in diesem Bericht, sind Kinder bzw. Jugendliche mit psychischen Erkrankungen die primäre Zielgruppe in den beschriebenen MHR-Programmen. In 3 von 6 Studien wurden jedoch Eltern bzw. Begleitpersonen zusätzlich als Zielgruppen für die jeweiligen Rehabilitationsprogramme genannt ([15], [16], [19]). Hinsichtlich der altersmäßigen Verteilungen zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen in den eingeschlossenen Studien ein Range von 0 bis 25 Jahren.

neben KuJ sind auch Eltern bzw. Begleitpersonen Zielgruppen für MHR

3.1.5 Datenquellen

In 5 von 6 Studien wurden Kinder bzw. Jugendliche als die primären Evaluierungspopulationen beschrieben ([14], [18], [15], [16], [19]). Eine „Fremdbeurteilung“, d. h. eine Beurteilung der Kinder durch die Eltern, fand zudem v. a. bei jüngeren Kindern statt, wobei die Altersgrenze hierfür in einer Studie bei <12 Jahre lag [14] und bei anderen Studie bei <8 Jahre [15]. Eine „reine“ Elternstichprobe fand sich in einer Studie [17] und in einer weiteren Studie [19] wurden Eltern ergänzend zu ihren Kindern und Jugendlichen befragt. 2 Studien sahen zudem eine „Fremdbeurteilung“ durch Reha-ExpertInnen bzw. -BehandlerInnen vor ([14], [19]).

neben KuJ werden auch Eltern und BehandlerInnen als wichtige Auskunftspersonen genannt

3.1.6 Hauptdiagnosen nach Reha-Zielgruppen

In Bezug auf die Indikationsbereiche für eine MHR-Maßnahme zeigt sich in den 6 eingeschlossenen Studien bei Kindern und Jugendlichen ein Schwerpunkt im Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen (z. B. ICD-10 Codes: F90, F91, F92, F94). Insgesamt finden sich in 5 Studien Kinder- bzw. Jugendlichenpopulationen, die eine Hauptdiagnose aus dem Bereich dieser Störungsbilder aufweisen ([14], [17], [15], [16], [19]). In zwei Studien liegt der Fokus des Weiteren u. a. auf Psychosen (erstmalige Behandlungsepisoden), Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeits- und Kontaktstörungen ([18], [19]). Als Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen werden in einer Studie etwa emotionale Störungen und umschriebene Entwicklungsstörungen genannt [16]. Hinsichtlich von Reha-Maßnahmen, die neben Kindern auch auf Eltern abzielen, beschreibt eine Studie [15] Neurasthenien und Depressionen als hauptsächliche MH-Indikationen in der Elternstichprobe.

bei KuJ in einer MHR-Maßnahme sind in den eingeschlossenen Studien v. a. Indikationen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen vorherrschend

3.1.7 Reha-Zielsetzungen und -Maßnahmen

Im Folgenden werden die Zielsetzungen und Maßnahmen dargestellt, die in 5 Studien im Zusammenhang mit den beschriebenen MHR-Programmen bzw. Interventionen verfolgt wurden. Eine Studie enthält keine Informationen über die Zielsetzungen des Reha-Programms ([14]).

nähere Angaben zum Inhalt von MHR-Programmen finden sich in 5 von 6 Studien

Das „Child psychiatric rehabilitation (PSR)“ Programm [17] ist ein Skill-Training Programm, das Kinder mit schweren Verhaltens- und emotionalen Störungen bei der Alltagsbewältigung unterstützt. Hierbei wird die Zusammenarbeit mit BehandlerInnen und primären Bezugspersonen als eine notwendige Voraussetzung beschrieben, um Verhaltensalternativen mit dem Kind gemeinsam erarbeiten und umsetzen zu können. In der Interventionsgruppe

Skill-Training zur Alltagsbewältigung bei schweren Verhaltensauffälligkeiten

<p>Reha-Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und der sozialen Kompetenzen</p>	<p>wurden folgende Reha-Maßnahmen angewendet: Standardmäßige „PSR services⁴“, inklusive der Verordnung von Medikamenten sowie Einzel- oder Familienpsychotherapie. Als Kontrollinterventionen wurden Einzel- oder Familienpsychotherapie, in Einzelfällen Medikation, aber keine „PSR services“ angegeben.</p>
<p>Reha-Programm umfasst Sozial- und Freizeitaktivitäten sowie Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und beruflichen Integration</p>	<p>Im Falle der österreichischen Studie [19] werden u. a. Reha-Maßnahmen beschrieben, die die Arbeitsfähigkeit der Jugendlichen fördern, das soziale Miteinander in Form gemeinsamer Wohngruppen stärken, die Aufarbeitung alltäglicher Konflikte in Form von Einzel- bzw. Gruppenpsychotherapie ermöglichen, die Einbeziehung der Eltern zur Erreichung der Behandlungsziele vorsehen etc. Insgesamt sollen Jugendliche möglichst weit in der Erlangung ihrer Selbständigkeit unterstützt, und ihnen ein „guter Übergang“ ins Erwachsenenalter (vor dem Hintergrund ihrer psychischen Erkrankungen) ermöglicht werden.</p>
<p>MHR-Programme werden an ärztliche Anamnese angepasst</p>	<p>Die „psychosoziale Erholung“ (recovery) von Jugendlichen steht im Zentrum eines weiteren MHR-Programms, des „Orygen Youth Health Recovery Group Programs“ [18]. Hierzu werden in der Studie folgende Angebote genannt: Sozialpädagogische Maßnahmen, Outdoor-Aktivitäten, tiergestützte Therapien, ausdrucksfördernde Maßnahmen (Musik und Kunst), Gesundheitsförderung (Fitness, Reduzierung von Substanzkonsum, Stressmanagement), Symptommanagement (Umgang mit Depression, Angst etc.), Berufs- bzw. Beschäftigungsmaßnahmen (Catering, IT-Berufe, allgemeine Lernunterstützung etc.).</p>
<p>Standard-Reha-Module für Eltern mit psychischen Erkrankungen</p>	<p>In einer weiteren Studie war die Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und der Lebensqualität aller Reha-TeilnehmerInnen (Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie psychisch kranke Eltern) oberste Zielsetzung des Reha-Angebots [15]. Die Auswahl der Reha-Maßnahmen richtete sich laut StudienautorInnen nach der ärztlichen Anamnese und der ICD-10 Diagnose. Das standardmäßige Reha-Programm umfasste ein Basisangebot, das sich für die Zielgruppe der Eltern (mit psychischen Erkrankungen) aus folgenden therapeutischen Basisleistungen zusammensetzt: Anfangs- und Abschlussuntersuchung, wöchentliche, ärztliche Untersuchungen, ein 50-minütiges psychologisches Erstgespräch, Sport- und Bewegungstherapien (z. B. Nordic Walking, Rückenschule, Wassergymnastik), Entspannungsmethoden sowie wöchentliche Gruppentherapiesitzungen (z. B. in Form von Stressbewältigungstrainings). Darüber hinaus bestand das „Basispaket“ aus einem zweimaligen Gruppengespräch zum Behandlungsverlauf. Zudem werden in der Studie indikations- bzw. situationsspezifische Angebote für Eltern beschrieben. Diese umfassten etwa Einzelberatungen (etwa bei Konzentrations- und Entwicklungsproblemen des Kindes), musik- und kreativtherapeutische Angebote, spezifische Gruppenangebote (z. B. Erziehungsberatungen) und erkrankungsspezifische Angebote (z. B. bei Übergewicht). Ein Schwerpunktangebot lag auch in speziellen Eltern-Kind Angeboten, die interaktionsfördernde Maßnahmen innerhalb der Familie (z. B. Streichelmassage, heilpädagogische Übungen, Wandern und Spielen) vorsahen, sowie Eltern-Kind Musiktherapieeinheiten. Weiters wird darauf hingewiesen, dass auch „Begleitkinder“ (d. h. Kinder ohne behandlungsbedürftige Störungen) mit ihren Eltern aufgenommen werden konnten. Für „Therapiekinder“ (d. h. Kinder mit behandlungsbedürftigen Störungen) und Begleitkinder gab es einen zur Klinik gehörenden Therapiebauernhof auf dem milieutheraeutische Betreuung angeboten wurde. Dort stand eine Ganztagesbetreuung in der Gruppe</p>
<p>Reha zielt auch auf Verbesserung der Eltern-Kind Interaktionen ab</p>	
<p>MHR-Programm ebenso für psychisch kranke Kinder konzipiert sowie für „Begleitkinder“ von erkrankten Eltern</p>	

⁴ Hierzu finden sich allerdings keine näheren Angaben in der eingeschlossenen Studie.

zur Verfügung, wobei das Arbeiten mit Haus- und Nutztieren sowie erlebnispädagogische Angebote (z. B. Bogenschießen) zentrale Elemente der Reha-Maßnahmen darstellten. Des Weiteren umfasste das Angebot für die Therapie- und Begleitkinder das Erlernen von Entspannungsmethoden sowie heil- und musiktherapeutische Programmpunkte.

Die Reha-Maßnahmen einer weiteren Studie fokussierten im speziellen auf Stressbewältigungsstrategien und verbesserter Lebensqualität für Kinder und Jugendliche mit ADHS [16].

Dabei bestand das Interventionsprogramm für Kinder aus 8 Trainingssitzungen, die folgende Strukturelemente enthielten: Entspannungsübungen (in der 2.-4. Sitzung in Form von Phantasiereisen und in der 5.-8. Sitzung mittels „progressiver Muskelentspannung“), theoretische Wissensvermittlung, Ermittlung und Vermittlung von günstigen und ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien, Selbstinstruktionen, Reaktionskontrolle und Ärgerkontrolltraining, Stärkung von Problemlösekompetenz, Problemlösung in Form von Rollenspielen etc. Die Eltern-Kind-zentrierten Interventionen umfassten 6 einstündige Trainingseinheiten in denen gemeinsam an positiven Eltern-Kind Interaktionen gearbeitet wurde, indem z. B. Familienregeln besprochen und geplant wurden, das familiäre Stressgeschehen bearbeitet wurde, Perspektivenwechsel geübt wurde und problemlösende Stressverarbeitungsstrategien vermittelt wurden. Die rein Eltern-zentrierten Maßnahmen bestanden aus 4 einstündigen Gruppensitzungen und aus Einzelsitzungen. Hierbei ging es etwa um die Vermittlung des Störungskonzepts, Aspekte im Zusammenhang mit dem Phänomen „Stress“ allgemein, Entspannungsmethoden, Problem-, Kommunikations- und Zeitmanagementtrainings. Zudem wurden Begleitmaßnahmen angeboten, die v. a. „wissenserhaltenden Unterricht“ in Kleingruppen umfassten (2 Mal pro Woche) und die auch der Umsetzung bzw. Erprobung erlernter Bewältigungsstrategien (zu den Themen Arbeiten und Lernen) dienten. Schließlich beinhaltete das Reha-Angebot auch Sport- und Freizeitaktivitäten sowie eine kinderärztliche (u. U. auch eine kinderpsychiatrische) Diagnostik.

**spezielles
Reha-Programm für
KuJ mit ADHS**

**Kind-zentrierte
Interventionen**

**Eltern-Kind-zentrierte
Angebote**

**Eltern-zentrierte
Maßnahmen**

**„wissenserhaltender
Unterricht“ im Zuge
der Reha**

3.1.8 Reha-Dauer

In 4 von 5 Studien lagen die Angaben zur Dauer der Reha-Maßnahmen zwischen 3 und 10 Wochen. Eine Studie (vom Niederösterreichischen Heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl) beschreibt die stationäre Aufenthaltsdauer mit einem Range von 1 bis 27 Monaten, wobei der Durchschnitt mit ca. 10 Monaten angegeben wird [19]. Eine weitere Studie machte hierzu keine Angaben [17].

**Reha-Dauer liegt in
4 von 5 Studien
<10 Wochen**

Tabelle 3.1-1: Studien-, PatientInnen- und Programmcharakteristika

AutorInnen, Jahr	Farin et al. (2012) [14]	Williams/Green (2012) [17]	Katzenschläger et al. (2012) [19]	Cotton et al. (2011) [18]	Besier et al. (2010) [15]	Hampel et al. (2006) [16]
Land	Deutschland	USA	Österreich	Australien	Deutschland	Deutschland
Studiendesign	unkontrollierte Studie	nicht randomisiert kontrollierte Studie	unkontrollierte Studie	nicht randomisiert kontrollierte Studie	unkontrollierte Studie	unkontrollierte Studie
	multizentrisch	unizentrisch	unizentrisch	multizentrisch	unizentrisch	unizentrisch
	prospektiv	prospektiv	prospektiv	prospektiv	prospektiv	prospektiv
Untersuchungssetting	23 stationäre KuJ-Reha Einrichtungen	Ambulantes MH-Gesundheitszentrum für Kinder	Stationäre psychotherapeutische psychiatrische Reha-Einrichtung (STA ⁵ im HPZ-Hinterbrühl ⁶ , Niederösterreich)	Stationäres Gruppenprogramm – „Orygen Youth Health Recovery Group Program (RGP)“	Stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtung für Mütter/Väter und ihre Kinder (Schwabenklinik)	Stationäres Reha-Programm (Reha-Klinik Neuharlingersiel)
Studienziel(e)	Methodenentwicklung Messung der Ergebnisqualität (inkl. TeilnehmerInnen-zufriedenheit)	Überprüfung von Gütekriterien eines Instruments zur Messung von Therapie-Adhärenz	Evaluation von Behandlungserfolg	Dokumentation und Vergleich von Teilnahmegründen am o. g. Reha-Programm seitens KlientInnen und klinischen ExpertInnen	Evaluierung kurz- und mittelfristiger Therapieeffekte auf psychische Symptombelastung und Lebensqualität bei Eltern und Kinder	Pilotstudie zur Erprobung eines multimodalen Trainings in einem Reha-Programm
Untersuchungszeitraum/ Datenerhebung	8 Monate (05/2009 – 01/2010)	k.A.	29 Monate (09/2002 – 01/2005)	18 Monate (07/2001 – 11/2003)	12 Monate (01/2009 – 01/2010)	6 Monate ⁷
Reha-Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche	Kinder mit CPSR ⁸ oder Psychotherapie	Kinder und Jugendliche	Jugendliche (15-25 J.)	Kinder (0-17 J.) und Eltern	Kinder (7-12 J.) und Eltern
Studien-Datenbasis	Kinderstichprobe durch „selbsturteilende KuJ“ >12 Jährige mit ADHS/Verhaltensstörungen: 5,8 % ⁹); Fremdbeurteilung der Kinder durch Eltern für <12 Jährige mit ADHS/Verhaltensstörungen: 7,0 %) BehandlerInnen/klinische ExpertInnen (k.A.)	Elternstichprobe (n=79 bei Kindern mit CPSR ⁸)	Kinder- und Jugendlichenstichprobe (n=78) Elternstichprobe ¹⁰ PsychologInnen/TherapeutInnen/SozialpädagogInnen	Jugendlichenstichprobe (n=152)	Kinderstichprobe mit psychischen und Verhaltensstörungen (n=179) ¹¹ Elternstichprobe (n=255) mit Neurasthenie und Depression	Kinderstichprobe (n=28), Elternstichprobe (n=26)

⁵ Sozialtherapeutische Abteilung für Jugendliche

⁶ Niederösterreichisches Heilpädagogisches Zentrum Hinterbrühl

⁷ keine näheren Angaben verfügbar

⁸ Child Psychiatric Rehabilitation

⁹ Für alle 4 Diagnosen ergab sich eine „selbstbeurteilende Kinderstichprobe“ von n=1.439 und eine Elternstichprobe von n=2.056.

¹⁰ In der Studie finden sich keine Häufigkeitsangaben zur Elternstichprobe.

¹¹ Zudem wird von Fremdbeurteilungen der Kinder durch die Eltern berichtet. Dies betraf Kinder <8 Jahren; allerdings liegen hierzu keine Diagnoseinformationen vor.

AutorInnen, Jahr	Farin et al. (2012) [14]	Williams/Green (2012) [17]	Katzenschläger et al. (2012) [19]	Cotton et al. (2011) [18]	Besier et al. (2010) [15]	Hampel et al. (2006) [16]
Kontrollgruppen	Keine	Elternstichprobe (n=27 bei Kindern mit Psychotherapie aber keiner CPSR)	Keine	Jugendlichenstichprobe (n=60)	Keine	Keine
Hauptdiagnosen nach Zielgruppen	KuJ: ADHS und verwandte Störungen des Sozialverhaltens	KuJ: Schwere Verhaltens- und emotionale Störungen	KuJ: Verhaltens- und emotionale Störungen, spezifische Persönlichkeitsstörungen, schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Schizophrenie, leichte depressive Episoden ohne somatisches Syndrom	KuJ: Psychosen, Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Kontaktstörungen	KuJ: Psychische- und Verhaltensstörungen (externalisierende Störung, Entwicklungsstörung) Eltern: Neurasthenie, depressive Episoden	KuJ: ADHS
Reha-Zielsetzungen	k.A.	Unterstützung der Kinder in ihrer Alltagsbewältigung (Skills-Training), u. a. durch Anpassung von Verhaltensweisen; Unterstützung der Eltern durch diverse Verhaltenstrainings	Förderung von Jugendlichen zu einem „guten Einstieg“ in die Arbeitswelt und ins Erwachsenenalter	Psychosoziale Erholung	Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und der Lebensqualität	Effektivität eines Reha-Programms im Hinblick auf psychische Auffälligkeiten, Stressverarbeitung und Lebensqualität
Reha-Maßnahmen	k.A.	IG Kinder: „PSR services“, inkl. Medikamente und Psychotherapie	Arbeitsförderung in den Werkstätten (Eduktion und funktionelle Therapie), Zusammenleben in den Wohngruppen (soziales Lernen), Arbeit mit der Familie sowie Gruppen- bzw. Einzelpsychotherapie	Sozialpädagogik, Gesundheitsförderung, Symptommanagement, Berufs- bzw. Beschäftigungsmaßnahmen	„Basispaket Eltern“ (inkl. medizinischer Checks, diverse psych. Einzel- und Gruppentherapien, Sport, Entspannung etc.) Indikationsspezifische Angebote für Eltern, musik- und kreativtherapeutische Angebote Interaktionsfördernde Maßnahmen für Eltern und Kinder gemeinsam Kinder Angebote, z. B. milieutherapeutische Betreuung	Multimodales Training inkl. Kind-zentrierte-, Eltern-Kind-, und Eltern-zentrierte Interventionen, Sport- und Bewegungsangebote und ärztliche Betreuung
Kontrollinterventionen	nicht zutreffend	KG Kinder: Psychotherapie, in Einzelfällen Medikation, keine „PSR services“	nicht zutreffend	k.A.	nicht zutreffend	nicht zutreffend
Reha-Dauer	Durchschnittlich ca. 5 Wochen (über alle Alters- und Diagnosegruppen hinweg)	k.A.	Durchschnittlich 10,6 Monate (SD=4,70 Monate)	8-10 Wochen; ca. 16-18 verschiedene Gruppenangebote à ca. 2 Wochenstunden	3 Wochen (Verlängerung bei Bedarf um 1 Woche möglich)	4 Wochen

3.2 Indikatoren und Instrumente zur Evaluierung von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche

Evaluierungen in Form von „Selbstberichten“ seitens der KuJ und „Fremdberichten“ durch Eltern und BehandlerInnen

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass bei den Erhebungen der jeweiligen Indikatoren unterschiedliche Zielgruppen in Frage kommen (Kinder und Jugendliche, Eltern, andere Erziehungsberechtigte, LehrerInnen, BehandlerInnen). Vor diesem Hintergrund gibt es etwa bei manchen Testverfahren bzw. Evaluierungsinstrumenten sowohl „Selbstberichtsversionen“ für Kinder und Jugendliche als auch „Elternversionen“. Letztere dienen der Erhebung von Elterneinschätzungen in Bezug auf bestimmte Parameter (z. B. Angaben zur psychischen Symptomatik des Kindes oder des/der Jugendlichen). Zudem können in manchen Fällen auch die BehandlerInnen mit speziellen Instrumenten zum Reha-Verlauf befragt werden.

unterschiedliche, Messzeitpunkte (T_1 – T_n) zur Veränderungsabschätzung

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Evaluierungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Reha-Prozess stattfinden können. Ausgehend von einer anamnestischen Untersuchung, die den Reha-Beginn (z. B. T_1) markiert, folgen weitere Messzeitpunkte (z. B. T_2 : Reha-Ende oder Entlassung aus einer Rehaklinik, T_3 : katamnestiche Untersuchung nach einer bestimmten Zeit), die schließlich als Referenzpunkte fungieren, um das Ausmaß an Veränderungen feststellen zu können. Die wiederholte Messung von bestimmten Parametern erfüllt zudem den Zweck, sogenannte „sleeper effects“ festzuhalten. Hierunter sind Effekte zu verstehen, die sich nicht unmittelbar an eine erfolgte Behandlung einstellen, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt. Allerdings ist bei wiederholten Messungen zu berücksichtigen, dass eventuelle Veränderungen auch durch andere Interventionen (z. B. zusätzliche Therapien) zustande kommen könnten. Ein Kausalzusammenhang mit einem Reha-Programm kann daher in diesen Fällen nicht a priori angenommen werden.

„direkte“ und „indirekte“ Veränderungsmessungen

Zudem spielt die Unterscheidung zwischen „direkter“ und „indirekter“ Veränderungsmessung eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Evaluierungen. Während bei der ersten Variante, die RehabilitandInnen „direkt“ Auskunft geben (etwa über ihr Befinden, ihre Problemlagen, ihre Zufriedenheit mit einem bestimmten Programm etc.), werden etwa bei Verfahren, die „indirekt“ Veränderungen messen, die Unterschiede zwischen 2 oder mehreren Messzeitpunkten (z. B. zwischen Aufnahme und Entlassung) von den EvaluatorInnen, KlinikerInnen etc. erhoben und dargestellt. Die in diesem Bericht eingeschlossenen Studien enthalten sowohl direkte als auch indirekte Veränderungsmessungen (z. B. [14], [19]).

3.2.1 Kernergebnisse

**6 Studien,
5 Indikatoren,
21 Messinstrumente**

Bei den 6 eingeschlossenen Studien zeigten sich 5 Hauptindikatoren, die sich in unterschiedliche Subkategorien aufteilen, die wiederum mittels 21 unterschiedlicher Messinstrumente erhoben wurden. Die Hauptindikatoren dienen der zusammenfassenden Beschreibung eines bestimmten Evaluierungsthemas (z. B. klinische Symptomatik, Reha-Zufriedenheit etc.). Bei den Subkategorien handelt es sich um Beschreibungen, die in den eingeschlossenen Studien zur näheren Erklärung eines Indikators (z. B. Verhaltensauffälligkeiten zur näheren Beschreibung des Begriffs „klinische Symptomatik“) verwendet wurden. Die nachfolgende Übersichtstabelle listet die Indikatoren und dazugehörigen Subkategorien sowie die eingesetzten Messinstrumente auf. Im Anschluss finden sich detaillierte Beschreibungen der eingesetzten Instrumente

sowie abschließend eine zusammenfassende Extraktionstabelle, die zudem die jeweiligen Evaluierungspopulationen und -zeitpunkte den Indikatoren und Instrumenten zuordnet (siehe Tabelle 3.2-23).

Tabelle 3.2-1: Übersicht zu Evaluierungsindikatoren und -instrumenten

Indikatoren und Subkategorien	Instrumente
Klinische Symptomatik	
<ul style="list-style-type: none"> ✳ Verhaltensauffälligkeiten und -stärken ✳ Psychische Auffälligkeiten ✳ Körperliche und psychische Symptome ✳ Psychopathologie (Kinder und Jugendliche) 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ-Deu) ✳ Brief Symptom Inventory“ (BSI) ✳ „Conners Lehrer-Eltern-Fragenbogen“ ✳ „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen 4-18 Jahre“ (CBCL 4-18 Jahre) ✳ „Fragebogen für Jugendliche“ (YSR) ✳ „Screening psychischer Störungen im Jugendalter“ (SPS-J) ✳ „Stressverarbeitungsbogen für Kinder und Jugendliche“ (SVF-KJ) ✳ „Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (BADO)
Lebensqualität	
<ul style="list-style-type: none"> ✳ Generische/Gesundheitsbezogene Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ „Lebensqualitätsfragebögen für Kinder mit chronischen Störungen“ (DISABKID-37) ✳ „Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern mit chronisch kranken Kinder“ (ULQIE) ✳ „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (ILK) ✳ „Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (KINDL-R)
<ul style="list-style-type: none"> ✳ Lebenszufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Studienspezifisches Instrument [19]
Funktionalität	
<ul style="list-style-type: none"> ✳ soziale und berufliche Funktionalität ✳ Betätigungsperformanz ✳ Selbstwertgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ „Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus“ (SOFAS) ✳ „Das kanadische Modell der Betätigungsperformanz“ (COPM) ✳ „Selbstwertgefühl nach Rosenberg, deutsche Version“ (RSES)
Reha-Prozess	
<ul style="list-style-type: none"> ✳ Therapiebeobachtungen/-erfahrungen ✳ Therapieadhärenz 	<ul style="list-style-type: none"> ✳ „Youth Counseling Impact Scale“ (YCIS) ✳ „Children’s Psychosocial Rehabilitation Treatment Adherence Measure“ (CTAM) ✳ Studienspezifisches Instrument zur Erhebung „wahrgenommener Veränderungen“ [14]
Reha-Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ✳ Studienspezifisches Instrument [14] ✳ Studienspezifisches Instrument [19]

3.2.2 Klinische Symptomatik

Erhebung v. a. von psychischen Symptomen in MHR-Programmen

5 von 6 Studien beschäftigten sich mit Erhebungen zur klinischen Symptomatik

Veränderungen, die sich im Zuge von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche ergeben, lassen sich u. a. im Hinblick auf klinische Parameter darstellen. Hierbei stehen v. a. psychische bzw. psychosoziale Aspekte im Vordergrund (wie etwa „Verhalten“ oder „Stressverarbeitung“), wobei unter Umständen auch Körperfunktionsparameter eine Rolle spielen können.

In 5 von 6 Studien wurden Subkategorien erhoben, die dem Bereich der klinischen Symptomatik zugerechnet wurden. Dabei wurden insgesamt 8 Instrumente beschrieben, die im Folgenden detailliert dargestellt werden.

Tabelle 3.2-2: SDQ

Langname	Strengths and Difficulties Questionnaire (deutsche Fassung)
Beschreibung	Dieser Fragebogen ist ein Verfahren, das zur allgemeinen Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen angewandt wird. Neben einer Selbstberichtsversion für Kinder und Jugendliche gibt es auch Versionen zur Erfassung von Fremdeinschätzungen seitens der Eltern und LehrerInnen. Die Antwortkategorien lassen sich auf 5 Bereiche zuordnen: <ul style="list-style-type: none"> ✦ Emotionale Probleme (z. B. sich Sorgen machen, unglücklich sein, Klagen über Kopfschmerzen, Übelkeit etc.) ✦ Verhaltensauffälligkeiten (Wutanfälle, häufiges Streiten etc.) ✦ Hyperaktivität (z. B. unruhiges Verhalten, leichte Ablenkbarkeit, Fehlen von Freundschaften etc.) ✦ Probleme mit Gleichaltrigen (z. B. EinzelgängerIn sein, gehänselt werden etc.) ✦ Prosoziales Verhalten (z. B. rücksichtsvoll sein, Hilfsbereitschaft, Dinge mit anderen Kindern und Jugendlichen teilen etc.)
Angaben zur Methode	Fragebogen; 25 Items; Skalierung: „nicht zutreffend“; „teilweise zutreffend“; „eindeutig zutreffend“. Durch Aufaddieren der 4 Problemskalen errechnet sich ein Gesamtproblemwert von 0-40 Punkten.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange sitzen“; „Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung“; „Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen“ etc.
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (4-16 Jahre); Eltern; LehrerInnen
Durchführungsdauer	Die Beantwortung der Fragen erfordert in etwa 5 Minuten.

Quelle: [14], [15], [20]

Tabelle 3.2-3: BSI

Langname	Brief Symptom Inventory (deutsche Fassung)
Beschreibung	Hierbei handelt es sich um ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome bei Jugendlichen und Erwachsenen. Es werden 9 Symptomskalen und 3 globale Indizes gebildet. <p>Symptomskalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Somatisierung (z. B. Ohnmachts- oder Schwindelgefühle, Übelkeit oder Magenverstimmung) ✦ Zwanghaftigkeit (z. B.: „Der Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren“, Konzentrationsschwierigkeiten) ✦ Unsicherheit im Sozialkontakt (z. B. Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen, starke Befangenheit im Umgang mit anderen) ✦ Depressivität (z. B.: „Gedanken, sich das Leben zu nehmen“, Schwermut)

Beschreibung (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Ängstlichkeit (z. B.: Nervosität oder inneres Zittern, Schreck- oder Panikanfälle) ✦ Aggressivität/Feindseligkeit (z. B. „Das Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein“, „Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern“) ✦ Phobische Angst (z. B. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße, Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug) ✦ Paranoides Denken (z. B. „Das Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann“) ✦ Psychotizismus (z. B. „Die Idee, dass irgendjemand Macht über Gedanken hat“) <p>Globale Indizes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ GSI (Global Severity Index): Psychische Gesamtbelastung ✦ PSDI (Positive Symptom Distress Index): Intensität der Antworten <p>PST (Positive Symptom Total): Anzahl der Items, bei denen Symptome berichtet wurden</p>
Angaben zur Methode	Fragebogen; 53 Items; 5-stufige Rating-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„Wie sehr litten Sie innerhalb der letzten 7 Tage unter ... Ohnmachts- und Schwindelgefühle ... Einsamkeitsgefühlen ... starker Ruhelosigkeit ... Furchtsamkeit“ etc.
Zielgruppe(n)	Jugendliche (ab 12 Jahre) und Erwachsene
Anmerkungen	Das BSI ist eine Kurzform der umfangreicheren SCL-90-R (Symptom Checkliste von L.R. Derogatis).
Durchführungsdauer	Die Beantwortung der Fragen erfordert etwa 7-10 Minuten.

Quelle: [15], [21]

Tabelle 3.2-4: Conners Rating Scale

Langname	Conners Lehrer-Eltern-Fragebogen
Beschreibung	Es liegen verschiedene Versionen der Conners-Fragebögen vor. Im deutschen Sprachraum ist eine Kurzform zur Erfassung von Aufmerksamkeitsproblemen weit verbreitet. Die ursprüngliche Fassung des Fragebogens erfasst folgende Skalen: Betrugprobleme, Lernschwierigkeiten, psychosomatische Beschwerden, Impulsivität/Hyperaktivität und Angst.
Angaben zur Methode	Fragebogen; 48 Items; mit 4-stufiger Rating-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr viel“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„Unruhig, dauernd in Bewegung“; „Stört andere Kinder“; „Abrupte Stimmungsschwankungen“; „Wutausbrüche, explosives oder unvorhersagbares Verhalten“; „Als wie problematisch betrachten Sie zur Zeit das Verhalten des Kindes?“
Zielgruppe(n)	Eltern bzw. LehrerInnen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen
Durchführungsdauer	Die Beantwortung der Fragen nimmt nur wenige Minuten in Anspruch (genauere Informationen sind nicht verfügbar).

Quelle: [16], <http://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-therapeuten/materialien/diagnostik-kiju.html>, download am 02.08.2013

Tabelle 3.2-5: CBCL 4-18 Jahre

Langname	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen 4-18 Jahre (Child Behavior Checklist 4-18 yrs.)
Beschreibung	<p>Dieser Fragebogen erhebt Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen von Kindern und Jugendlichen aus der Sicht ihrer Eltern. Neben allgemeinen Einschätzungen zu psychosozialen Auffälligkeiten umfasst der Test 8 Problemskalen, die in 3 Gruppen geteilt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Internale Störungen (sozialer Rückzug; körperliche Beschwerden; Angst/Depressivität) ❖ Externale Störungen (dissoziales Verhalten; aggressives Verhalten) ❖ Gemischte Störungen (soziale Probleme; schizoid/zwanghaft; Aufmerksamkeitsprobleme) <p>Neben der CBCL liegen auch (gleichartige) Versionen für LehrerInnen (TRF¹²) und Kinder und Jugendliche (YSR¹³ – siehe auch Angaben in nachfolgender Tabelle) vor, die je nach Zielgruppe bestimmte Fragenkomplexe zusätzlich enthalten bzw. andere Items aussparen. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglicht, die eine Diskussion über Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen von Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Perspektiven erlaubt.</p>
Angaben zur Methode	Fragebogen; „offene“ und „geschlossene“ Fragen; Skalierung bei geschlossenen Fragen: „nicht zutreffend“; „etwas zutreffend“ oder „manchmal zutreffend“; „genau zutreffend“ oder „häufig zutreffend“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	<p>Offene Fragen: „Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?“; „Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?“ etc.</p> <p>Geschlossene Fragen bzw. Items: „Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt“; „Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus“; „Hat Angst, in die Schule zu gehen“ etc.</p>
Zielgruppe(n)	Eltern von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen
Durchführungsdauer	Für die Beantwortung der Fragen werden in etwa 15-20 Minuten veranschlagt.

Quelle: [16], [20]

Tabelle 3.2-6: YSR

Langname	Fragebogen für Jugendliche (Youth Self Report)
Beschreibung	Der Fragebogen ist analog zum Elternfragebogen (CBCL 4-18 Jahre) aufgebaut und erfasst die Selbsteinschätzungen der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich ihrer Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen . Neben der Erhebung von 3 Kompetenzbereichen (Aktivitäten, soziale Kompetenzen, Schule) werden (wie in der CBCL 4-18 Jahre) 8 Problemskalen ermittelt (identisch mit jenen in der zuvor beschriebenen CBCL 4-18 Jahre).
Angaben zur Methode	Fragebogen; „offene“ und „geschlossene“ Fragen; Skalierung bei geschlossenen Fragen: „nicht zutreffend“; „etwas zutreffend“ oder „manchmal zutreffend“; „genau zutreffen“ oder „häufig zutreffend“
Beispiel(e) zu Items/Fragen	<p>Offene Fragen bzw. Items: „Bitte beschreibe alle Sorgen und Probleme, die du mit der Schule hast“/„Bitte beschreibe jetzt die Dinge, die du an dir am besten findest“ etc.</p> <p>Geschlossene Fragen bzw. Items: „Ich fühle mich einsam“/„Ich habe Angst etwas Schlimmes zu denken oder zu tun“/„Ich bin nervös, reizbar oder angespannt“ etc.</p>
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (11-18 Jahre)
Durchführungsdauer	Für die Beantwortung werden ca. 15-20 Minuten veranschlagt.

Quelle: [19], [20], <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXtests.php?id=9002347>, download am 16.08.2013

¹² „Teacher’s Report Form“

¹³ „Youth Self-Report“

Tabelle 3.2-7: SPS-J

Langname	Screening psychischer Störungen im Jugendalter (Deutschsprachige Adaptation des „Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory TM“ von William M. Reynolds)
Beschreibung	Hierbei handelt es sich um einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Das SPS-J umfasst 4 Subtests „Aggressiv-dissoziales Verhalten“, „Ärgerkontrollprobleme“, „Ängstlichkeit/Depressivität“ und „Selbstwertprobleme“ zugeordnet sind. Von den Jugendlichen ist anzugeben, wie häufig bestimmte Empfindungen und Verhaltensweisen in den letzten 6 Monaten bei ihnen auftraten. Über alle 4 Subtests hinweg wird ein Gesamtwert für das globale Ausmaß psychischer Störung gebildet.
Angaben zur Methode	Fragebogen; 32 Items; 3-stufige Rating-Skala mit den Antwortkategorien „nie oder fast nie“, „manchmal“ und „fast immer“
Beispiel(e) zu Items/Fragen	Die 4 Subtests erfragen folgende Aspekte: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aggressiv-dissoziales Verhalten (8 Items): Probleme, wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Regelverstöße und Probleme zu Hause, in der Schule oder am Arbeitsplatz ❖ Ärgerkontrollprobleme (8 Items): Tendenzen von Jugendlichen, leicht ärgerlich zu reagieren, die Beherrschung zu verlieren und den Ärger nicht mehr kontrollieren zu können ❖ Ängstlichkeit/Depressivität (10 Items): kognitive, emotionale und somatische Komponenten von Ängstlichkeit und Depressivität, z. B. negative Affektzustände wie Angst, Einsamkeit und Traurigkeit oder Symptome wie Konzentrationsschwierigkeiten und Einschlafstörungen; selbstdestruktives und suizidales Verhalten werden hingegen nicht erfragt ❖ Selbstwertprobleme (6 Items): allgemeines „Lebensgefühl“ der Jugendlichen, „Haltung zum Leben“ <p>Die beiden Subtests „Aggressiv-dissoziales Verhalten“ und „Ärgerkontrollprobleme“ sollen das Ausmaß externalisierender Störungen, die Skalen „Ängstlichkeit/Depressivität“ und „Selbstwertprobleme“ die Ausprägung internalisierender Störungen abbilden. Als Indikator für das globale Ausmaß psychischer Störung kann der über alle 4 Skalen hinweg gebildete Gesamtwert interpretiert werden.</p>
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (11-16 Jahre)
Durchführungsdauer	Die Testanwendung erfordert ca. 5-15 Minuten.

Quelle: [16], <http://www.testzentrale.de/programm/screening-psychischer-storungen-im-jugendalter.html> und <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9005260>, download am 02.08.2013

Tabelle 3.2-8: SVF-KJ

Langname	Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche
Beschreibung	Mit dem SVF-KJ soll die habituelle Stressverarbeitung von Kindern und Jugendlichen erfasst werden, um diesen Zielgruppen mit Bewältigungsdefiziten frühzeitig entsprechenden Interventionsmaßnahmen (z. B. Anti-Stress-Training) zukommen zu lassen. Der Fragebogen enthält folgende Subtests: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Günstige Stressverarbeitung: Stressreduktion ❖ Emotionsregulierende Bewältigung: Bagatellisierung, Ablenkung/Erholung, Situationskontrolle, positive Selbstinstruktionen, soziales Unterstützungsbedürfnis, passive Vermeidung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Aggression <p>ProbandInnen werden ersucht anzugeben, wie sie mit bestimmten Situationen umgehen, die auf sie Druck erzeugen.</p>

Angaben zur Methode	Fragebogen; 72 Items; 9 Subtests; je nach Subtest 5-stufige Skalierung von „auf keinen Fall“ bis „auf jeden Fall“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„Wenn mich etwas in der Schule unter Druck setzt ...“/ “Wenn mich andere Kinder unter Druck setzen ...“
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (8-13 Jahre)
Durchführungsdauer	Die Testdurchführung erfordert ca. 15 Minuten.

Quelle: [16], <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9004278>, download am 31.07.2013

Tabelle 3.2-9: BADO

Langname	Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie
Beschreibung	Die BADO dient v. a. der umfassenden Erhebung des physischen und psychischen Befindens (inkl. ICD-Diagnosen) von Kindern und Jugendlichen sowie deren Lebensumstände (inkl. Angaben zu Geschwistern, Sozialstatus der Eltern etc.)
Angaben zur Methode	Fragebogen zu 7 Teilbereichen, die zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (z. B. Aufnahme/Entlassung und Katamnese nach einer bestimmten Zeit) erhoben und zur Veränderungseinschätzung miteinander verglichen werden können.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Persönliche Vorstellungs- und Aufnahmebedingungen (Beispiel Item: Untersuchungs- und Aufnahmeform: ambulant; stationär etc.) ❖ Anamnese (Beispiel Item: Störungen der kindlichen Entwicklung: Motorik; Sprache etc.) ❖ Psychopathologischer Aufnahmebefund (Beispiel Item: Störungen der Interaktion, des Sozialverhaltens etc.) ❖ Somatisch-neurologischer Befund (Beispiel Item: Somatische Gesamtbeurteilung; Gesamtgewicht etc.) ❖ Psychopathologie – Diagnosen (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters) (Beispiel Item: I Achse „Klinisch-psychiatrisches Syndrom“; II Achse „Umschriebene Entwicklungsstörungen“ etc.) ❖ Therapie (Beispiel Item: Kinder- und jugendpsychiatrische Gruppentherapie; Elterngruppe etc.) ❖ Behandlungsergebnis (Beispiel Item: Einschätzung des Erfolgs: völlig, deutlich, etwas verbessert; unverändert; verschlechtert etc.)
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche
Durchführungsdauer	Keine Angaben verfügbar

Quelle: [19], [20]

3.2.3 Lebensqualität

Lebensqualität ist ein vielseitiger Indikator bei der Evaluierung von Reha-Programmen

Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern spielt im Kontext von Rehabilitationsprogrammen eine integrale Rolle. Lebensqualität ist zudem ein Indikator, der in engem Zusammenhang mit der (Wieder)Erlangung an psychischer Stabilisierung sowie sozialer/beruflicher bzw. schulischer Teilhabe und Funktionalität steht. Darüber hinaus gilt Lebensqualität als geeigneter Parameter zur Evaluierung der Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen [15].

„Lebensqualität“ wurde in 4 von 6 Studien erhoben

In 4 von 6 Studien war Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit ein zentraler Evaluierungsindikator. Dabei wurde auf folgende 5 Erhebungsinstrumente Bezug genommen:

Tabelle 3.2-10: DISABKIDS-37

Langname	DISABKIDS-Fragebögen – Lebensqualitätsfragebögen für Kinder mit chronischen Störungen (The DISABKIDS questionnaires – Quality of life questionnaires for children with chronic conditions)
Beschreibung	Die DISABKIDS-Fragebögen erheben die gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Es liegen sowohl Selbstberichts-versionen vor als auch Versionen für Bezugspersonen. Das Verfahren berücksichtigt folgende Subskalen: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Unabhängigkeit: Vertrauen in die Zukunft und in ein Leben ohne Beeinträchtigungen etc. ❖ Emotionen: Beeinträchtigungen durch emotionalen Kummer, Ärger, Probleme etc. ❖ Soziale Exklusion: Bestimmung von Stigmatisierung und Ausgeschlossenheit etc. ❖ Soziale Inklusion: Wahrgenommenes Ausmaß von Verständnis durch andere und durch positive soziale Beziehungen etc. ❖ Körperliche Einschränkungen: Fragen zu funktionellen Einschränkungen, wahrgenommenem Gesundheitszustand und Schlafproblemen etc. ❖ Behandlungen: Wahrgenommene Folgen durch Medikamenteneinnahme, Infusionen etc.
Angaben zur Methode	Schriftliche Fragebögen; 37 Items zu o.g. 6 Subskalen; alle Fragebögen resultieren zudem je in einen Gesamtwert. Zusätzlich stehen Skalen für spezifische Erkrankungen (Arthritis, Asthma, Atopische Dermatitis, Diabetes, Epilepsie, Zerebralparese und Zystische Fibrose) zur Verfügung. Die Antworten sehen eine 5-stufige Rating-Skala von „nie“ bis „immer“ vor.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	Ad „Unabhängigkeit“: „Kannst du Dinge ohne deine Eltern tun?“ Ad „Emotionen“: „Stört es dich, dass dein Leben organisiert werden muss?“ Ad „soziale Inklusion“: „Sind deine Freunde gerne mit dir zusammen?“
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (im Alter von 4 und 7 bzw. 8 bis 16 Jahren)
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [14], <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9005502>, download am 31.07.2013

Tabelle 3.2-11: ULQIE

Langname	Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder
Beschreibung	Das ULQIE ist ein Selbstbeurteilungsinstrument für Eltern zur Erhebung von Lebensqualität , das sowohl Aspekte des physischen und psychischen Wohlergehens von Eltern, als auch deren Funktionsniveau im Alltag sowie die sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie berücksichtigt. Hierbei werden 5 Bereiche erhoben: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Leistungsfähigkeit: Fitness, Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit in Beruf und Haushalt, Bewältigung alltäglicher Aufgaben, Konzentrationsfähigkeit sowie wenig Erschöpfung ❖ Zufriedenheit mit der familiären Situation: Wohlfühlen in Familie und Partnerschaft, Verhältnis zu den Kindern, gegenseitige Unterstützung und Offenheit der Kommunikation ❖ Emotionale Belastung: Sorgen versus Zuversicht, Belastung durch die Krankheit des Kindes und die damit verbundenen Betreuungsaufgaben ❖ Selbstverwirklichung: Freizeit- und Entfaltungsmöglichkeiten, Zeit für Partnerschaft und FreundInnen ❖ Allgemeinbefinden: Fragen zu Vitalität und Aktivität, Schlafen, Essen und Niedergeschlagenheit

Angaben zur Methode	Fragebogen; 29 Items; 5-stufige Rating-Skala von „nie“ bis „immer“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„In der letzten Woche habe ich mich fit gefühlt.“/„In der letzten Woche habe ich mir Sorgen gemacht.“/„In der letzten Woche hatte ich Schmerzen.“
Zielgruppe(n)	Eltern chronisch kranker Kinder
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [15], http://pubpsych.zpid.de/pubpsych/DetailedView.action?print=&q=ID%3DDDFK_0152067,
download am 31.07.2013

Tabelle 3.2-12: ILK

Langname	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Inventory of Life Quality in Children and Adolescents – ILC)
Beschreibung	<p>Dieses Instrument basiert auf einem „multidimensionalen Konzept“, das verschiedene Aspekte von Lebensqualität bzw. -zufriedenheit von unterschiedlichen Blickwinkeln aus betrachtet. Dabei werden zum einen die persönlichen Voraussetzungen und Bedingungen von KlientInnen (z. B. materielle Voraussetzungen; körperliche und/oder psychische Erkrankungen bzw. Behinderungen etc.) ebenso erhoben, wie die objektive Handlungs- und Funktionsfähigkeit (z. B. objektive Leistungsfähigkeit) und subjektives Wohlbefinden bzw. die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen, psychischen Verfassung, der Lebenssituation und den Lebensumständen.</p> <p>Die erfassten Bereiche sind dabei die Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung sowie die körperliche und psychische Gesundheit. Schließlich erfolgt eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität. Das Verfahren berücksichtigt bei psychisch leidenden Kindern und Jugendlichen einige spezielle Belastungsfaktoren, die v. a. die „Belastung durch die aktuelle Erkrankung“ sowie die „Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen“ betreffen.</p> <p>Das ILK ist ein Erhebungsinstrument, das für drei Zielgruppen konzipiert ist: Kinder und Jugendliche; Eltern und ÄrztInnen bzw. sonstige TherapeutInnen. Für Kinder bis 12 Jahre steht ein Interviewbogen zur Verfügung, der gemeinsam mit dem/der InterviewerIn bearbeitet werden kann. Jugendliche und Eltern können den Fragebogen alleine ausfüllen, ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen beurteilen Funktionsniveau und Behandlungsnotwendigkeit und erfassen allgemeine Datensätze zur Untersuchung und Behandlung. Zusätzlich ergänzen ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen die ILK-Angaben durch Diagnosen anhand der MAS-Achsen¹⁴.</p>
Angaben zur Methode	Fragebogen, eine mündliche Befragung ist möglich; 5-stufige Skalierung von „sehr gut (=1)“ bis „sehr schlecht (=5)“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	Jugendliche: „Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht?“/ „Wie schätzt du deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune)? Bist Du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf?“/ „Wie stark fühlst du dich durch die Probleme (oder die Erkrankung), wegen denen du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet?“ etc.
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (6-18 Jahre); Eltern; ÄrztInnen/TherapeutInnen
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [15], [20], <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9003842>, download am 31.07.2013

¹⁴ Multiaxiales Klassifizierungsschema

Tabelle 3.2-13: KINDL-R

Langname	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – revidierte Form (Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – revised version/author)
Beschreibung	Der KINDL-R ist ein generisches Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Grundsätzlich folgt der KINDL-R einem krankheitsübergreifenden (generischen) Ansatz und kann somit zur Erfassung der Lebensqualität sowohl bei gesunden als auch bei kranken Kindern eingesetzt werden. Das Instrument ist in einer Selbstberichtsversion für Kinder und Jugendliche und in einer Elternversion verfügbar und bietet verschiedene Module an, die zusätzlich zum Hauptinstrument eingesetzt werden können. Eines dieser Module zielt auf die Erfassung der Lebensqualität im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen bzw. längerem Krankenhausaufenthalt ab. Weitere Module erfassen die krankheits- bzw. beschwerdespezifische Lebensqualität bei ausgewählten Beschwerden (Adipositas, Asthma bronchiale, Diabetes, Epilepsie, Krebs, Neurodermitis und Spina-Bifida).
Angaben zur Methode	24 Fragen; 3 Versionen (Kinder, Jugendliche und Eltern) für verschiedene Alters- bzw. Entwicklungsstufen; 5-stufige Skalierung (z. B. von „nie“ bis „immer“ in der Jugendlichenversion)
Beispiel(e) zu Items/Fragen	Jugendliche: „In den letzten Wochen habe ich mich krank gefühlt.“/„In den letzten Wochen habe ich mich alleine gefühlt.“/„In den letzten Wochen war ich stolz auf mich.“/„In den letzten Wochen hatten wir schlimmen Streit zu Hause.“ etc.
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre)
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [16], <http://kindl.org/>, download am 31.07.2013

Tabelle 3.2-14: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung der „Lebenszufriedenheit“¹⁵

Langname	Instrument zur Erhebung der „Lebenszufriedenheit“
Beschreibung	Dieser Fragebogen erfasst die Einschätzungen zur Lebenszufriedenheit des Jugendlichen ¹⁶ , seiner Eltern und der beteiligten SozialpädagogInnen und TherapeutInnen. Grundsätzlich werden folgende Bereiche des Jugendlichen erfasst: „Zufriedenheit mit der eigenen Persönlichkeit, dem momentanen Leben und dem Leben allgemein“, „Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten und mit der Anzahl an FreundInnen“, „Zufriedenheit mit den Lebensbereichen Freizeit und Arbeit“, „Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und der Sexualität“. Darüber hinaus sind Fragen zur Wohnsituation und zu Zukunftsperspektiven enthalten. Ergänzende Fragen finden sich noch in der Elternversion und in der Fragebogenversion für SozialpädagogInnen/TherapeutInnen.
Angaben zur Methode	Fragebogen; Versionen für Jugendliche (14 Fragen; 11-stufige Skala von 0 % bis 100 % in Zehner-Schritten), Elternversionen (identisch mit Jugendlichenversion plus 2 Fragen zu Behandlungserfolg und Ausmaß der Belastungen durch die Symptome) und Versionen für SozialpädagogInnen/TherapeutInnen (identisch mit Jugendlichenversion plus 2 Fragen zum Interesse der PädagogInnen/TherapeutInnen an dem jeweiligen Jugendlichen sowie zur Einschätzung hinsichtlich des zu erwartenden Behandlungserfolgs) verfügbar.

¹⁵ Dieses Instrument wurde im Rahmen einer Studie entwickelt, die sich mit dem „Behandlungserfolg“ und der „Behandlungszufriedenheit“ in der „Sozialtherapeutischen Abteilung“ des „Heilpädagogischen Zentrums Hinterbrühl“ in Niederösterreich beschäftigte [22].

¹⁶ Da in dieser Studie ausschließlich männliche Jugendliche eingeschlossen wurden, beziehen sich alle Angaben nur auf Burschen.

Beispiel(e) zu Items/Fragen	<p>Jugendliche: „Mit der Beziehung zu meinem Vater bin ich zufrieden.“/ „Ich bin zufrieden mit meiner Persönlichkeit und mit meinen Fähigkeiten.“/ „Ich erlebe mein Leben als sinnvoll.“/„Ich habe viele Freunde.“ etc.</p> <p>Eltern: „Ich verbringe ca. ___ Stunden mit meinem Jugendlichen.“/„Ich bin sicher, dass diese Behandlung ihm helfen wird.“/„Geben Sie das Ausmaß der Belastung durch die Symptome an, die zur Aufnahme der Behandlung geführt haben.“ etc.</p> <p>SozialpädagogInnen/TherapeutInnen: „Bitte kreuzen Sie Ihre Einschätzung zur Prognose dieses Jugendlichen an.“/„Geben Sie bitte an, wie sehr Sie speziell bei diesem Jugendlichen an der Erziehung interessiert sind.“ etc.</p>
Zielgruppe(n)	Jugendliche; Eltern; SozialpädagogInnen/TherapeutInnen
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [19], [22]

3.2.4 Funktionalität

„Funktionalität“ als integraler Teil von MHR-Programmen

Der Indikator „Funktionalität“ umfasst vor dem Hintergrund der eingeschlossenen Studien v. a. die soziale und berufliche (schulische) Teilhabe. Zudem nimmt die Wiederherstellung körperlicher und mentaler Funktionen einen zentralen Platz in Reha-Programmen ein. Im Hinblick auf die allgemeinen Ziele eines Rehabilitationsprogramms spielt dieser Indikator daher eine integrale Rolle [4]. Bei den diversen Aspekten, die unter diesem Indikator subsumiert wurden, finden sich auch Studienangaben zur Erhebung des „Selbstwertgefühls“ (bei Kinder und Jugendlichen). Diese Kategorie wurde im vorliegenden Bericht v. a. deswegen der Funktionalität zugerechnet, da sie eine wesentliche Prämisse für die soziale Partizipation und die berufliche/schulische Leistungserbringung darstellt und entscheidend mit anderen Outcomes (wie Bewältigung von diversen Alltagsaufgaben) verknüpft ist.

Erhebung von „Sozialkapital“ in einer Studie

1 von 6 Studien beschäftigt sich mit der Messung von „Funktionalität“ und beschreibt 3 Messinstrumente

Eine Studie [18] nannte weiters ein Instrument, das als „assessment of social networks and relationship issues“ bezeichnet wurde. Aufgrund mangelnder Angaben in der Studie konnten allerdings keine weiteren Informationen extrahiert werden. Die kurze Beschreibung lässt jedoch vermuten, dass es sich hierbei um ein Instrument zur Erhebung des „Sozialkapitals“ handelt. Da diese Studie auch mittels anderer Instrumente sehr stark auf die „Wiederherstellung“ sozialer, schulischer und beruflicher „Funktionen“ abzielt, erscheint eine Erhebung von sozialen Beziehungen nach Art (wie etwa Freundschaften, familiäre Beziehungen) und „Nähe bzw. Tiefe“ (z. B. enge/lose Beziehungen etc.) im Sinne der „Sozialkapitaltheorie“ als zielführend. Grundsätzlich stand die Funktionalität bei nur einer Studie im Zentrum der Erhebung [18]. Hierbei wurden 3 Messinstrumente beschrieben:

Tabelle 3.2-15: SOFAS

Langname	Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (Social and Occupational Functioning Assessment Scale)
Beschreibung	SOFAS ist Teil der Achse V ¹⁷ des DSM IV. Das Erhebungsinstrument berücksichtigt Beeinträchtigungen, die auf medizinische Krankheitsfaktoren zurückzuführen sind, wobei die Beeinträchtigungen direkte Folge psychischer und/oder körperlicher Gesundheitsprobleme sein müssen.
Angaben zur Methode	Hierbei handelt es sich um eine Skala mit einem Wertebereich von 0 bis 100 Punkten, der in 10 Abschnitte unterteilt ist: <ul style="list-style-type: none"> ✦ Hervorragende Funktionsleistung in einem weiten Bereich von Aktivitäten (100 bis 91 Punkte) ✦ Gute Funktionsleistung (90 bis 81 Punkte) ✦ Nur geringe Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionen (80 bis 71 Punkte) ✦ Einige Schwierigkeiten (70 bis 61 Punkte) ✦ Mittlere Schwierigkeiten (60 bis 51 Punkte) ✦ Ernste Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen (50 bis 41 Punkte) ✦ Starke Beeinträchtigungen (40 bis 31 Punkte) ✦ Fehlende Funktionsleistung in fast allen Bereichen (30 bis 21 Punkte) ✦ Kann gelegentlich die minimale persönliche Hygiene nicht einhalten; kommt alleine nicht zurecht (20 bis 11 Punkte) ✦ Dauerhafte Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene einzuhalten, kann nicht zurechtkommen, ohne anderen oder sich selbst Schaden zuzufügen (10 Punkte bis 1 Punkt). Mit 0 Punkte sind unzureichende Informationen zu kodieren.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	s. Angaben zur Methode
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche; Erwachsene
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [18], <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9003618> download am 31.07.2013

Tabelle 3.2-16: COPM

Langname	Das kanadische Modell der Betätigungsperformanz (Canadian Occupational Performance Measure)
Beschreibung	Das COPM ist ein kanadisches Ergebnis-Messinstrument zur Erhebung der „ Betätigungsperformanz “, die als Ergebnis der Interaktionen zwischen Person, Umwelt und Betätigung interpretiert wird. Dabei werden unterschiedliche Ebenen und Aspekte berücksichtigt: <ul style="list-style-type: none"> ✦ Person: physische, affektive und kognitive Komponenten ✦ Umwelt: physische, soziale, kulturelle und institutionelle Elemente ✦ Betätigungen: Selbstversorgung (eigene körperliche Versorgung, Mobilität und Regelung persönlicher Angelegenheiten), Produktivität (bezahlte und unbezahlte Arbeit, Haushaltsführung sowie Schule und Spiel), Freizeit (ruhige Erholung, aktive Freizeit und Teilnahme am sozialen Leben). <p>Das COPM kommt v. a. in der Ergotherapie zum Einsatz, wo TherapeutIn und KlientIn zum einen Veränderungswünsche und Zielvorstellungen erarbeiten und zum anderen die 5 wichtigsten Problemlagen identifizieren. KlientInnen bewerten die Dringlichkeit dieser alltäglichen Schwierigkeiten, geben ihre Einschätzungen hinsichtlich ihrer eigenen Ausführungskompetenzen und bewerten im Therapieanschluss neuerlich ihre Situation.</p>

¹⁷ Globale Erfassung des Funktionsniveaus

Angaben zur Methode	Erhebung teils in Form von semi-strukturierten Interviews in Form von 4 Schritten: Problemidentifizierung (Benennung der Betätigungs-Performanz Anliegen durch KlientIn), Einstufung der Wichtigkeit (auf einer 10-stufigen Skala), Bewertung (KlientIn soll bis zu 5 der genannten Probleme auswählen, auf die sich die ergotherapeutische Behandlung zunächst konzentrieren soll; anschließend soll er/sie für diese Tätigkeit Performanz und Zufriedenheit beurteilen), erneute Erhebung (Ergebnisüberprüfung nach 1-2 Wochen).
Beispiel(e) zu Items/Fragen	keine Angaben verfügbar
Zielgruppe(n)	Kinder (ab 8 Jahre) und Jugendliche, Erwachsene
Durchführungsdauer	Die Bearbeitungszeit wird mit ca. 5-10 Minuten angegeben.

Quelle: [18], <http://www.caot.ca/copm/description.html>, download am 15.07.2013 und <http://www.zpid.de/retrieval/PSYNDEXTests.php?id=9004300>, download am 31.07.2013

Tabelle 3.2-17: RSES

Langname	Selbstwertgefühl nach Rosenberg, deutsche Version (Rosenberg-Self-Esteem-Scale)
Beschreibung	Die RSES ist eine Guttman-Skala ¹⁸ , die die grundlegende (positive oder negative) Selbstbewertung eines Jugendlichen oder Erwachsenen erfasst. Das Maß für Selbstachtung wird dabei auf zwei Skalen gemessen: Selbstwertgefühl und Gefühl der Wertlosigkeit.
Angaben zur Methode	Fragebogen; 10 Items, Skalierung auf 4 Stufen von „damit stimme ich voll überein“ (=1) bis „damit stimme ich ganz und gar nicht überein“ (= 4).
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„Ich habe das Gefühl, eine Person mit einem bestimmten Wert zu sein, zumindest so, dass ich mit anderen auf ein und derselben Stufe stehe.“/ „Mir gelingen Dinge genauso gut wie den meisten anderen Leuten.“/ „Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst.“/Es gibt Zeiten, da denke ich, dass ich zu nichts gut bin.“
Zielgruppe(n)	Jugendliche und Erwachsene
Durchführungsdauer	Die Durchführungsdauer wird mit ca. 2-3 Minuten angegeben.

Quelle: [16], <http://www.psychology48.com/deu/d/se/se.htm>, download am 31.07.2013

3.2.5 Reha-Prozess

Darstellung und Evaluierung des Reha-Prozesses anhand von 3 Messinstrumenten

In 2 Studien wurden Parameter erfasst, die Aussagen über den Verlauf eines Reha-Prozesses erlauben. Dabei handelt es sich um die Erhebung von Therapieeinschätzungen seitens der Kinder und Jugendlichen sowie um einen „Orientierungs-Check“ bei dem erhoben wurde, inwieweit Vorgaben bzw. Empfehlungen zur Durchführung eines bestimmten Reha-Programms auch eingehalten wurden. Des Weiteren wird in einer Studie ein „Ziele-Check“ beschrieben, der beabsichtigte festzuhalten, inwieweit vorab definierte Reha-Ziele auch tatsächlich erreicht wurden. Insgesamt konnten 3 Messinstrumente identifiziert werden.

¹⁸ Skalierungsverfahren in der empirischen Sozialforschung

Tabelle 3.2-18: YCIS

Langname	Youth Counseling Impact Scale
Beschreibung	Die YCIS erhebt (auf wöchentlicher Basis) die Einschätzungen von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich ihrer Therapiebeobachtungen bzw. -erfahrungen . Das Ziel besteht in der Dokumentation individueller Beobachtungen („internal reactions“) im Anschluss an Therapieeinheiten sowie in der Erhebung von wahrgenommenen Veränderungen.
Angaben zur Methode	10 Items; 5-stufige Rating-Skala von („Not At All“ bis „Totally“).
Beispiel(e) zu Items/Fragen	„In the last two weeks ... I tried things my counselor suggested.“/„I used things that I learned in counseling.“/„I improved my behavior in my home.“
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (11-18 Jahre)
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [17], <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22407563>, download am 22.08.2013

Tabelle 3.2-19: CTAM

Langname	Children's Psychosocial Rehabilitation Treatment Adherence Measure
Beschreibung	Dieser Fragebogen erhebt inwieweit ein spezifisches psychiatrisches Reha-Programme für Kinder und Jugendliche den vorgesehenen Programmleitlinien folgen. Der thematische Fokus ist hierbei auf die „Therapie-Adhärenz“ seitens der BehandlerInnen gerichtet. Der Begriff definiert v. a. den Umsetzungsgrad an vorgesehenen Reha-Angeboten im Rahmen eines bestimmten MHR-Programms. Laut StudienautorInnen sollte das Instrument auch für andere MHR-Programme Verwendung finden können.
Angaben zur Methode	Fragebogen; 35 Items; 5-stufige Skala (von „never“ bis „often“)
Beispiel(e) zu Items/Fragen	Elternbefragung: „The PSR ¹⁹ worker taught my child skills for getting along better with others.“/„The PSR worker helped my child be more aware of his/her emotions and behavioral issues.“/„The PSR worker helped me implement new techniques for managing my child's behaviors.“
Zielgruppe(n)	Eltern von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen; SupervisorInnen im Rahmen von MHR-Programmen
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [17]

Tabelle 3.2-20: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung „wahrgenommener Veränderungen“

Langname	Instrument zur Erhebung „wahrgenommener Veränderungen“ ²⁰
Beschreibung	Mit diesem Instrument wurden die erreichten Veränderungen durch die Rehabilitation im Rahmen von Befragungen von Kindern und Jugendlichen, Eltern und BehandlerInnen erfasst. Prinzipiell berücksichtigt der Fragebogen sowohl generische als auch erkrankungsspezifische Aspekte. Am Ende des Fragebogens befindet sich zudem ein Item zur Einschätzung der Gesamtveränderung durch die Rehabilitation. Im Fragebogen für BehandlerInnen finden sich neben anamnestischen Angaben (z. B. Alter, Geschlecht, Reha-Diagnosen etc.) auch erkrankungsspezifische Parameter. Zusätzlich werden die relevanten Reha-Ziele erfasst. In den aus BehandlerInnensicht relevanten Zielbereichen werden schließlich die Veränderungen durch die Rehabilitation dokumentiert.

¹⁹ Child psychiatric rehabilitation

²⁰ Dieses Instrument wurde im Rahmen des Projekts „Sicherung der Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ entwickelt [23].

Angaben zur Methode	5-stufige Skalierung von „deutlich verbessert“ bis „deutlich verschlechtert“.
Beispiel(e) zu Items/Fragen	<p>Eltern (bei Kindern < 12 Jahre): „Kontakt zu seinen Freunden und zu anderen Kindern und Jugendlichen“/„Streit und Ärger mit Anderen“/„Unruhe und Konzentrationsprobleme“</p> <p>Kinder und Jugendliche (> 12 Jahre): „Unangenehme Gefühle, die mit der Erkrankung zusammen hängen“/„Zurecht kommen in der Schule“/„Durch die Reha hat sich meine Gesundheit insgesamt ...“</p> <p>BehandlerInnen – Einzelitems zu Zielen: „Ziel – eigenständig leben zu können“/ „Ziel – Kontakt zu Gleichaltrigen“/„Ziel – Funktionsfähigkeit im Beruf“/ „Ziel – Konflikt- und Stressbewältigung“</p>
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche; Eltern; BehandlerInnen
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [14], [23]

3.2.6 Zufriedenheit mit MHR

2 Studien fokussieren auf die Messung von Zufriedenheit mit dem Reha-Programm

Die Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern mit dem Reha-Programm wurde in 2 von 6 Studien als Indikator erhoben. Dabei kamen in beiden Fällen Instrumente zum Einsatz, die im Rahmen von Projekten eigens entwickelt wurden ([23], [19]).

Tabelle 3.2-21: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung der „Zufriedenheit mit dem Reha-Programm“²⁰

Langname	Instrument zur Erhebung der „Zufriedenheit mit dem Reha-Programm“
Beschreibung	Die Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsprogramm wird auf Basis einer Gesamtskala beurteilt, die sich im Fall der RehabilitandInnenbefragung aus 10 Einzelitems und im Fall der Elternbefragung aus 9 Einzelitems zusammensetzt. Die Gesamtskalen berücksichtigen beispielsweise Fragen zur Zufriedenheit mit der Unterkunft, der medizinischen und pflegerischen Betreuung und den Behandlungen bzw. Therapien.
Angaben zur Methode	5-stufige Skalierung (von „trifft völlig zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) bzw. (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“)
Beispiel(e) zu Items/Fragen	<p>Kinder und Jugendliche (> 12 Jahre): „Wie hat dir dein Zimmer gefallen?“/ „Wie waren die Behandlungen und Therapien?“/„Wie fandest du die Schule während der Reha?“/„Wie fandest du die Spielmöglichkeiten draußen?“/ „Hast du hier Freundschaften geschlossen?“</p> <p>Eltern (bei Kindern < 12 Jahre): „Mein Kind hat sich in der Rehaklinik wohlfühlt“/ „Die Unterbringung in der Rehaklinik hat meinem Kind gefallen“/„Für die Zeit nach der Reha erhielt ich Empfehlungen zur Nachsorge“</p>
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (> 12 Jahre) und Eltern (von Kindern < 12 Jahre)
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [14], [23]

Tabelle 3.2-22: Studienspezifisches Instrument zur Erhebung der „Zufriedenheit mit dem Reha-Programm“¹⁵

Langname	Instrument zur Erhebung der „Zufriedenheit mit dem Reha-Programm“
Beschreibung	Bei der Erhebung der Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsprogramm wurden in der Jugendlichen- und Elternversion folgende Bereiche zur Bewertung vorgelegt: „Aufenthalt hilfreich“, „offen für Anliegen“, „Ziele gefunden“, „Ziele erreicht“, „Aufenthaltsdauer“, „Wohngruppe“, „Schule/Werkstätte“, „Gruppentherapie“, „Einzeltherapie“, „Familiengespräche“, „Medizinische Versorgung“, Freizeitangebote“, „Ferienangebote“. In der Elternversion wurden zusätzliche Bereiche abgefragt: „Zusammenarbeit“, „Information“, Austauschgespräche“, „Kontaktaufnahme“, „Einbezogenheit“, „Sicherheit“ und „Erziehungsziele“.
Angaben zur Methode	Fragebogen; 10-stufige Skala von 0 % bis 100 % in Zehner-Schritten
Beispiel(e) zu Items/Fragen	Jugendliche: „Der Aufenthalt hat mir geholfen.“/“Waren deine Betreuer (SozialpädagogInnen) offen für deine Anliegen?“/“Konnten die gesteckten Ziele erreicht werden?“/“Warst du lange genug in unserer Institution, um wieder zu Hause leben zu können? Wenn nein, warum nicht?“ etc. Eltern: „Sind Sie über wichtige Entscheidungen, den Jugendlichen betreffend, informiert worden?“/“Wurden Sie ausreichend zu Austauschgesprächen über den Verlauf, die Entwicklung des Kindes, Jugendlichen eingeladen?“/“War es Ihnen möglich, bei Bedarf Kontakt aufzunehmen?“etc.
Zielgruppe(n)	Jugendliche und Eltern
Durchführungsdauer	Hierzu werden keine spezifischen Angaben gemacht.

Quelle: [19], [22]

Tabelle 3.2-23: Evaluierungsindikatoren und -instrumente nach unterschiedlichen MHR-Zielgruppen und -Messzeitpunkten

AutorInnen, Jahr	Indikator	Instrument	Zielgruppen	Messzeitpunkte
Farin et al. (2012) [14]	Generische Lebensqualität	DISABKIDS-37	KuJ – „Selbst“ ²¹	T1 (Reha-Beginn), T3 (6 Wochen nach Reha)
			Eltern – „Fremd“ ²²	T1 (Reha-Beginn), T3 (6 Wochen nach Reha)
	Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei KuJ	SDQ	KuJ – „Selbst“	T1 (Reha-Beginn), T3 (6 Wochen nach Reha)
			Eltern – „Fremd“	T1 (Reha-Beginn), T3 (6 Wochen nach Reha)
	Wahrgenommene Veränderungen durch Reha	Studienspezifisches Instrument	KuJ – „Selbst“	T3 (6 Wochen nach Reha)
			Eltern – „Fremd“	T3 (6 Wochen nach Reha)
			BehandlerInnen	T2 (Reha-Ende)
	Reha-Zufriedenheit – KuJ	Studienspezifisches Instrument	KuJ	T2 (Reha-Ende)
Reha-Zufriedenheit – Eltern	Studienspezifisches Instrument	Eltern	T3 (6 Wochen nach Reha)	
Williams/Green (2012) [17]	Therapie-Adhärenz	CTAM	Eltern – „Selbst“ ²³	nur ein Messzeitpunkt (jedoch ohne Zeitangabe)
	Therapiebeobachtungen/-erfahrungen	YCIS	Eltern – „Fremd“	k.A.
Katzenschläger et al. (2012) [19]	Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme	YSR	Jugendliche	T1 (Aufnahme), T2 (Entlassung), T3 (1-Jahres-Katamnese)
		CBCL-4-18	Eltern	T1 (Aufnahme), T2 (Entlassung), T3 (1-Jahres-Katamnese)
	Lebenszufriedenheit	Studienspezifisches Instrument	Jugendliche	T1 (Aufnahme), T2 (Entlassung), T3 (1-Jahres-Katamnese)
			Eltern	T1 (Aufnahme), T2 (Entlassung), T3 (1-Jahres-Katamnese)
	Behandlungszufriedenheit	Studienspezifisches Instrument	Jugendliche	T2 (Entlassung), T3 (1-Jahres-Katamnese)
			Eltern	T2 (Entlassung), T3 (1-Jahres-Katamnese)
	Psychopathologie	BADO	Jugendliche	T1 (Aufnahme)

²¹ Selbsteinschätzungen seitens der Kinder und Jugendlichen;

²² Fremdeinschätzungen der Eltern in Bezug auf ihre Kinder

²³ Grundsätzlich ist sowohl eine Elternversion verfügbar, als auch eine Version für SupervisorInnen. Die StudienautorInnen bezogen sich in ihrem Artikel jedoch nur auf die CTAM-Elternversion.

AutorInnen, Jahr	Indikator	Instrument	Zielgruppen	Messzeitpunkte
Cotton et al. (2011) [18]	Soziale und berufliche Funktionalität	SOFAS	KuJ (Interview mit Case manager)	k.A.
	Sozialkapital	k.A.		
	Selbstwertgefühl	RSES		
	Betätigungsperformanz	„Canadian Occupational Performance Measure“		
Besier et al. (2010) [15]	Körperliche und psychische Symptome – Eltern	BSI	Eltern – „Selbst“	T1 (4 Wochen vor Aufnahme), T2 (Aufnahme), T3 (Entlassung)
	Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei KuJ	SDQ	KuJ – „Selbst“	T1 (4 Wochen vor Aufnahme), T2 (Aufnahme), T3 (Entlassung)
			Eltern – „Fremd“	T1 (4 Wochen vor Aufnahme), T2 (Aufnahme), T3 (Entlassung)
	Lebensqualität	ULQIE	Eltern – „Selbst“	T1 (4 Wochen vor Aufnahme), T2 (Aufnahme), T3 (Entlassung)
		ILK	KuJ – „Selbst“	T1 (4 Wochen vor Aufnahme), T2 (Aufnahme), T3 (Entlassung)
				Eltern – „Fremd“
Hampel et al. (2006) [16]	Psychische Auffälligkeiten	Conners Rating Scale	Eltern – „Fremd“	k.A.
		CBCL-4-18	Eltern – „Fremd“	k.A.
		SPS-J	KuJ – „Selbst“	k.A.
	Lebensqualität	KIND-R	KuJ – „Selbst“	k.A.
			Eltern – „Fremd“	k.A.
	Stressverarbeitung	SVF KJ	KuJ – „Selbst“	k.A.

4 Zusammenfassung und Diskussion

Der vorliegende Bericht dient als Entscheidungsunterstützung für die potentielle Evaluierung eines MHR-Programms für Kinder und Jugendliche in Österreich. Die systematische Aufarbeitung von bisherigen Evaluierungserfahrungen fokussierte in erster Linie auf methodische Fragestellungen (siehe primäre Forschungsfragen in Kapitel 1.2), die sich auf die Verwendung von Evaluierungsindikatoren und Messinstrumente bezogen. Zudem wurden (sekundäre) Fragestellungen zu MHR-Indikationen im Kindes- und Jugendalter, zu MHR-Settings und zur Dauer von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche auf Basis von Einzelstudien bearbeitet. Letztere wurden ausgewählt, da diese Fragen v. a. im Zusammenhang mit der Planung eines MHR-Programms von Interesse sein könnten.

Im Folgenden werden die eingangs gestellten Forschungsfragen vor dem Hintergrund der Datenextraktionen beantwortet. Am Kapitelende finden sich noch zusammenfassende Studienangaben zu den gewählten Methoden bzw. Vorgehensweisen in den Evaluierungen.

MHR-Endpunkte bzw. -Indikatoren und -Messinstrumente

Im Hinblick auf die Evaluierungsmethodik von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche, zeigt die Literaturübersicht anhand von 6 Einzelstudien die Verwendung von 5 Evaluierungsindikatoren und 21 Messinstrumenten. Die Literatursuche fokussierte bewusst auf Rehabilitation (!) im Mental Health Bereich. Überschneidungen mit anderen medizinischen Bereichen bzw. Disziplinen können daher u. U. fehlen, da keine Literatursuche etwa nach „Mental Health Krankenbehandlung“, „longterm care“ etc. durchgeführt wurde. Der Fokus lag demnach eindeutig auf dem deutschsprachigen Begriff und Konzept von Rehabilitation.

Die primären Indikatoren, die in den eingeschlossenen Studien für Evaluierungen verwendet wurden, umfassten die Bereiche

- ✧ klinische Symptomatik,
- ✧ Lebensqualität,
- ✧ Funktionalität,
- ✧ Reha-Prozessverlauf und
- ✧ Reha-Zufriedenheit.

Die Indikatoren sind teilweise in mehrere Subkategorien unterteilt, da je nach Fragestellungen bzw. Zielsetzungen der einzelnen Studien, verschiedene Evaluierungsschwerpunkte gesetzt wurden. Demnach wurden etwa unter dem Begriff der Funktionalität, soziale und schulisch/berufliche Kompetenzen ebenso erhoben, etwa Aspekte des Selbstwertgefühls. Die Konzentration auf diese 5 Indikatoren erscheint hinsichtlich der allgemeingültigen Zielsetzungen von Reha-Maßnahmen (z. B. Wiederherstellung von physischen, psychischen, sozialen, beruflichen Funktionen; gesellschaftliche Wiedereingliederung; Teilhabe und Autonomie etc.) naheliegend. In zukünftigen Evaluierungsprojekten von MHR-Programmen können die erhobenen Indikatoren eine zentrale Rolle einnehmen, da ihre gemeinsame Erhebung wertvolle Aufschlüsse bei der Erhebung von Reha-Ergebnissen liefern könnte. Demnach könnten etwa Evaluierungsfragen hinsichtlich eines Reha-Erfolgs mittels der Erhebung klinischer Symptome, der Lebensqualität und der Reha-Zufrieden-

Entscheidungsunterstützung für Evaluierungen von MHR-Programmen für Kinder und Jugendliche

6 Studien berichten zu 5 Indikatoren und 21 Instrumenten

Fokus lag auf deutschsprachigem Begriff und Konzept von Rehabilitation

identifizierte Indikatoren entsprechen den gängigen Reha-Zielen und können in kombinierter Form umfassenden Aufschluss über Reha-Verlauf liefern

<p>keine Informationen zu potentiellem Schaden durch Reha, wie etwa Stigmatisierung</p>	<p>heit beantwortet werden. Dies könnte aber ebenso um Fragen zur Funktionalität und zum Reha-Prozess ergänzt werden, um ein noch umfassenderes Bild zum Reha-Verlauf eines Kindes bzw. eines/r Jugendlichen zu bekommen.</p>
<p>Verwendung von generischen Messinstrumenten in indikationsüber- greifenden MHR-Konzepten</p>	<p>Es konnten keine Indikatoren identifiziert werden, die auf einen möglichen „Schaden“ durch MHR-Programme hinweisen lassen, wie z. B. Stigmatisierung von Kindern/Jugendlichen (und deren Eltern) durch Teilnahme an MHR-Programme. D. h. die eingeschlossenen Studien haben hierzu nicht berichtet – dieser Befund bedeutet allerdings nicht, dass es ganz generell keine „Nebenwirkungen“ von Reha-Maßnahmen gibt. Zudem wurden keine Angaben gefunden, die etwa auf eine soziale Exklusion von Reha-TeilnehmerInnen durch länger andauernde Maßnahmen schließen lassen (z. B. räumliche Entfernung von gewohnten, sozialen Netzwerken, wie FreundInnen, Familie, SchulkollegInnen etc.).</p>
<p>Beurteilungen durch direkte Befragung der Kinder und Jugendlichen aber auch durch „Dritte“</p>	<p>Bezugnehmend auf die Messinstrumente ist eine Überprüfung der thematischen Tauglichkeit („Welches Instrument erhebt am besten welchen Indikator?“) und der Zielgruppenpassung je nach Fragestellung notwendig und ratsam. Ganz allgemein zeigte die Verwendung der unterschiedlichen Evaluierungsinstrumente, dass allesamt „generische Verfahren“ darstellten und keine indikationsspezifischen Messinstrumente für MH-Indikationen verwendet wurden. Dies verschränkt sich mit einer allgemeinen Beobachtung, dass sich MHR-Programme für Kinder und Jugendliche oftmals an einem indikationsübergreifenden Konzept orientieren und RehabilitandInnen mit bestimmten Erkrankungen in Spezialeinrichtungen behandelt und betreut werden (z. B. Reha-Kliniken für Jugendliche mit Essstörungen). Eine Bewertung der identifizierten Evaluierungsinstrumente anhand von Testgütekriterien (Reliabilität, Validität und Normierung) wurde im Zuge dieser Literaturübersicht nicht durchgeführt, da die grundsätzliche Verfügbarkeit an Messinstrumenten und keine psychometrischen Fragestellungen im Vordergrund standen. Prinzipiell ist festzuhalten, dass für die Evaluierungsindikatoren auch noch weitere Erhebungsverfahren (aus angrenzenden medizinischen Disziplinen, Psychologie, Public Health etc.) in Frage kommen können, die in dieser systematischen Suche nicht identifiziert wurden. Wie die eingeschlossenen Studien zudem zeigen, spielen Fremdbeurteilungen (durch Eltern, BehandlerInnen, LehrerInnen etc.) neben der direkten RehabilitandInnen-Befragung eine wichtige Rolle, um ergänzende Perspektiven zur Entwicklung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen im Reha-Verlauf zu bekommen.</p>

MHR-Indikationen

In den Einzelstudien wurden Verhaltens- und emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen als häufigste Indikationen genannt. Hierbei handelt es sich (auch unter Berücksichtigung der kleinen Fallzahl an eingeschlossenen Studien) um einen selektiven Ausschnitt an Diagnosen aus dem Bereich der psychischen/psychiatrischen Erkrankungen, die für MHR-Maßnahmen in Frage kommen. Wie im Kapitel 1.4 angeführt, stellen jedoch grundsätzlich alle Krankheits- bzw. Störungsbilder der „F-Kategorie“ im ICD-10 eine Grundlage für die Teilnahme an einer MHR-Maßnahmen dar. Eine Konzentration in MHR-Programmen auf Verhaltens- bzw. emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen könnte sich allerdings vor dem Hintergrund der zuvor erwähnten allgemeingültigen Reha-Zielsetzungen besonders anbieten. Insbesondere das Angebot an umfassenden psychosozialen Reha-Maßnahmen zur Förderung sozialer und schulischer Funktionalität ist bei diesen Störungsbildern (und den damit einhergehenden Symptome, wie z. B. wenig ausgeübte Sozialkompetenzen, Kontaktschwierigkeiten, stressinduzierte Überforderung etc.) angezeigt. Im Zusammenhang mit MH-Indikationen für Reha-Maßnahmen soll aber nochmals auf die Besonderheiten des ICF hingewiesen werden. Gerade vor dem Hintergrund einer „biopsychosozialen Sichtweise“ von (psychischen) Krankheiten und Störungen wäre eine Einschätzung von Kindern und Jugendlichen in den Bereichen „Fähigkeiten“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ besonders bedeutsam [24]. In Bezug auf eine Bedarfsabschätzung (Bettenbedarf) für MHR-Plätze für Kinder und Jugendliche wurde 2010 von der ÖBIG ein eigener Bericht vorgelegt [7].

Reha-Settings, -Dauer

Hinsichtlich des organisatorischen Settings und der Dauer von MHR-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche zeigte sich in den 6 Einzelstudien ein Schwerpunkt auf stationären Reha-Programmen, die allesamt länger als 2 Monate andauerten.

Evaluierungsmethoden

Abschließend werden noch methodische Angaben zu den eingeschlossenen Studien angeführt:

- ✧ Die Evaluierungen in den eingeschlossenen Studien wurden zumeist zu mehreren Messzeitpunkten durchgeführt. Dadurch konnten die jeweiligen Reha-Prozesse und die damit verbundenen (klinische, psychosoziale, funktionale) Veränderungen im Längsschnitt dargestellt werden.
- ✧ Die unterschiedlichen Zielsetzungen in den Studien bedingten die Anwendung unterschiedlicher Studiendesigns. Unkontrollierte Studien wurden etwa zur Entwicklung von Evaluierungsmethoden, aber auch zur Evaluation von Veränderungen innerhalb einer betreuten Gruppe im Zeitverlauf durchgeführt. Kontrollierte Studien (ohne Randomisierung) kamen nur selten (in 2 von 6 Studien) zur Anwendung.

grundsätzlich kommen alle Erkrankungen der F-Kategorie des ICD-10 für MHR-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in Frage ...

... Schwerpunkt liegt in den Studien auf Verhaltensstörungen und emotionale Störungen

ICF ermöglicht „biopsychosoziale Sichtweise“ von Krankheiten und Störungen

hauptsächlich stationäre MHR-Programme die über 2 Monate hinaus andauerten

Evaluierungen v. a. als Längsschnittstudien

Studienziele bestimmen Wahl der Studiendesigns

5 Limitationen

Eine prinzipielle Einschränkung bei der Interpretation der Ergebnisse ergibt sich durch die kleine Anzahl an identifizierten Studien. Trotz einer umfassenden systematischen Literatursuche in den gängigen Datenbanken und einer weitreichenden Handsuche konnten nur 6 Studien identifiziert werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Dieses (Such)Ergebnis zeigt daher, dass bislang nur wenige Forschungsarbeiten durchgeführt wurden, die sich mit der Evaluierung von MHR bei Kindern und Jugendlichen beschäftigten.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass in nicht-deutschsprachigen Versorgungssystemen u. U. andere Begriffe und Konzepte für den in diesem Bericht verwendeten (Such)Begriff „Rehabilitation“ zur Anwendung kommen und daher möglicherweise nicht ausreichend in unserer Literatursuche berücksichtigt wurden.

Die Einschränkungen ergeben sich aber auch u. a. in Bezug auf bestimmte MHR-Zielgruppen, die in diesem Bericht nicht berücksichtigt wurden. Demnach fanden sich v. a. in der englischsprachigen Literatur Hinweise für einen ganz bestimmten Adressatenkreis von „mental health treatments“, wobei „treatment“ hier durchaus in einem Reha-Kontext (z. B. durch Wiederherstellung der sozialen Funktionalität) zu verstehen ist und keine Akutversorgung meint. Hierbei handelt es sich um straffällige Jugendliche mit psychischen Erkrankungen bzw. Störungen („juvenile offenders“).²⁴ Diese Zielgruppe lag jedoch vor dem Hintergrund des Forschungsauftrags außerhalb des Berichtsfokus. Die Einbindung bzw. Berücksichtigung von psychisch kranken, straffälligen Jugendlichen könnte allerdings im Rahmen eines erweiterten Reha-Konzepts (unter Einbindung zentraler Politikbereiche, wie Justiz, Sozialarbeit etc.) eine bedeutsame Rolle spielen.

Weiters wurden Studien ausgeschlossen, die sich der MHR für Kinder und Jugendliche mit Hirnschädigungen (z. B. nach Unfällen) widmeten.²⁵ MHR-Programme für Jugendliche mit Drogen und/oder Alkoholmissbrauch wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt, da es für diese Zielgruppe ein spezielles Setting (v. a. für den körperlichen Entzug) benötigt, das den organisatorischen Rahmen eines herkömmlichen Rehabilitationszentrums laut Auskunft eines psychiatrischen Sachverständigen zumeist übersteigen würde.²⁶ Studien mit Reha-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen wurden nicht ausgeschlossen, allerdings konnten bezüglich dieser Zielgruppen keine entsprechenden Literaturzitate identifiziert werden.

nur wenige Studien erfüllten Einschlusskriterien

unterschiedliche Begriffe und Konzepte zur deutschsprachigen Rehabilitation

Fokus lag auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und MHR-Bedarf

... jedoch wurden keine Studien mit straffälligen Jugendlichen ...

... mit Kinder und Jugendlichen mit Hirnschädigungen und keine Studien mit drogenabhängigen Jugendlichen berücksichtigt

²⁴ Nähere Informationen zu dieser Zielgruppen finden sich etwa in [25] und [26].

²⁵ Weiterführende Hinweise zu kognitiven Reha-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Hirnschädigungen (z.B. nach Unfällen) finden sich etwa in [27].

²⁶ Weiterführende Hinweise zu Reha-Maßnahmen für substanzabhängige Jugendliche finden sich etwa in [28].

Berichtsfokus liegt auf psychiatrischer Reha – pädiatrische und psychosomatische Reha wird nicht diskutiert

Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, dass sich dieser Bericht vorrangig auf die psychiatrische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen beschränkt. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass in anderen Medizinbereichen, wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie oder der Psychosomatik, ebenso Evaluierungsindikatoren bzw. -instrumente zur Anwendung kommen, die auch für die MHR in Frage kämen. Zudem ist zu beachten, dass international verschieden gestaltete Reha-Zugänge eine thematische und organisatorische Abgrenzung zwischen diversen rehabilitativen Settings erschweren.

keine psychometrischen Angaben zu den eingeschlossenen Verfahren

Hinsichtlich der dargestellten Messinstrumente ist anzumerken, dass vor dem Hintergrund des Berichtsfokus keine Angaben zur psychometrischen Güte der Messverfahren, zu den Lizenzkosten und zur generellen Verbreitung der Instrumente (außerhalb der MHR-Programme) gemacht wurden.

6 Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- ❖ Für die Forschung im Bereich MHR bei Kindern und Jugendlichen bedeutet die **geringe Anzahl an Evaluierungsberichten** einen klaren Auftrag **mehr Forschungsarbeiten** in diesem Bereich durchzuführen.
- ❖ Für die Auftraggeber dieses Berichts lässt sich festhalten, dass die **5 identifizierten Indikatoren**, die **wesentlichen Evaluierungsaspekte in MHR-Programmen** darstellen. Eine thematische Ausdehnung der Indikatoren ist je nach inhaltlicher Ausrichtung eines Reha-Programms, Zielgruppen, involvierten Berufsgruppen etc. in Erwägung zu ziehen bzw. zu überprüfen.
- ❖ Die **21 identifizierten Evaluierungsinstrumente liefern eine gute Übersicht**, wie die Evaluierungsindikatoren gemessen werden können. Grundsätzlich erweisen sich die dargestellten Verfahren in ihrer zeitlichen Durchführung überwiegend als sehr zeitökonomisch. Ganz allgemein handelt es sich um keine vollständige Auflistung an Messinstrumenten und es obliegt den zukünftigen EvaluatorInnen unter Umständen weitere Instrumente für eine Bewertung heranzuziehen. Weiters ist die psychometrische Gültigkeit (Reliabilität, Validität und Normierung) von Messinstrumenten, die bei der konkreten Auswahl von Erhebungsverfahren für eine Evaluierung von Bedeutung ist, zu bewerten. Die eingeschlossenen Instrumente stellen für die Planung eines MHR-Programms eine relevante Ausgangsbasis dar. Im Zuge der Konkretisierung eines Evaluierungsprojekts sollte jedoch eine vertiefende (psychometrische) Bewertung der Messinstrumente durchgeführt werden.
- ❖ Die **Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen** (sowie unter Umständen z. B. der Eltern) **in die Evaluierungen** (in Form von direkten Veränderungsmessungen) erlauben die Berücksichtigung wertvoller Perspektiven.
- ❖ Schließlich geben **wiederholte Messungen** (zu mehreren Zeitpunkten) Aufschluss über die Reha-Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen. **Längsschnittstudien** erscheinen daher für die Verlaufsdarstellungen von Reha-Prozessen besonders geeignet zu sein.

Darüber hinaus sind vor dem Hintergrund der identifizierten Endpunkte und der Messinstrumente, die in einem Projekt zu MHR-Maßnahmen für Kinder und Jugendliche erhoben bzw. verwendet werden könnten, einige allgemeine Empfehlungen für die Planung und Durchführung eines Evaluierungsprojekts zu beachten. Es lassen sich allgemeine Arbeitsschritte festlegen, die abschließend skizziert werden. Die Angaben entstammen allesamt einem Leitfadendokument zur „Steuerung von Evaluationen“ [13] und dienen der grundsätzlichen Orientierung (unabhängig von einem bestimmten Themenbereich oder einer bestimmten Zielgruppe):

- ❖ Beschreibung und Analyse des jeweiligen gesundheitlichen Problems mittels Verfahren der Problem- und Defizitanalyse;
- ❖ Abschätzung hinsichtlich der Möglichkeiten zur Problembewältigung und Einschätzung, ob durch bestimmte Programme auf die Probleme eingewirkt werden kann (Erstellung eines Wirkungsmodells);

mehr Forschung im Bereich MHR bei Kindern und Jugendlichen notwendig

5 Indikatoren und 21 Instrumente decken ein breites Spektrum an Evaluierungsaspekten – jedoch Anpassung und ggf. thematische Erweiterung der Indikatoren und Instrumente notwendig

eingeschlossene Instrumente sind ein erster Ausgangspunkt für eine Auswahl an Evaluierungsverfahren

Berücksichtigung der Perspektiven der RehabilitandInnen

wiederholte Messungen zeichnen Reha-Verlauf ab

allgemeine Handlungsanleitungen zur Planung von Evaluationen

**Problemanalyse zu Programmbeginn
Entwicklung eines Wirkungsmodells**

**Identifikation von Zielen,
Zielgruppen und
Maßnahmen**

- ✿ Auf Basis des Wirkungsmodells erfolgt die Definition der Programmziele, Zielpopulationen und Auswahl der Programmmaßnahmen; dieser Bereich umfasst folgende Teilschritte:
 - ✿ Phase der Programmkonzeption und -implementation;
 - ✿ Phase der Programmüberwachung, Prozessevaluation und Qualitätssicherung;
 - ✿ Durchführung der Ergebnisevaluation (Messzeitpunkte sind abhängig von jeweiligem Programm, der Maßnahme bzw. Intervention);
 - ✿ Durchführung der Programmeffektivität und -effizienz durch vergleichende Kostenuntersuchungen oder Kosten-Nutzenuntersuchungen.

**Evaluationsforschung
ist Begleitforschung**

Wichtig ist bei der Planung eines MHR-Programms, dass die Evaluation per se bereits in der Ausgestaltung des jeweiligen Programms mitgedacht und berücksichtigt wird. Die Einbindung von EvaluationsforscherInnen sollte daher ex-ante und nicht ex-post (nach Etablierung eines Programms) erfolgen.

7 Literatur

- [1] World Health Organization. Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. Disability prevention and rehabilitation. Geneva: WHO; 1981. 40 p.
- [2] World Health Organization. The 54th World Health Assembly. Resolution of the World Health Assembly: International classification of functioning, disability and health Geneva: World Health Assembly; 2001 [cited 05.09.2013]; Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>.
- [3] Bochdansky T, Prager C, Ammer K. Allgemeine Rehabilitation. Grundlagen und Prinzipien. Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation. 2002;12(2):47-53.
- [4] Gesundheit Österreich GmbH, im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Reiter D, Fülöp G, Gyimesi M, Nemeth C. Rehabilitationsplan 2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2012 [cited 23.08.2013]; Available from: http://www.hauptverband.at/mediaDB/910004_Rehabilitationsplan_2012.pdf.
- [5] Hinterhuber H, Meise U. Zum Stellenwert der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. Neuropsychiatrie. 2007;21(1):1-4.
- [6] Bundesministerium für Gesundheit, Wolschlagner V, Angel B. Kinder Gesundheitsstrategie. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2011 [cited 27.08.2013]; Available from: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/1/CH1351/CMS1354113085605/kindergesundheitsstrategie.pdf>.
- [7] Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Nemeth C, Fülöp G. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich – Arbeiten zur Bedarfsabschätzung. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2010 [cited 27.08.2013]; Available from: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Kinderreha_2010.pdf.
- [8] Voll R. Soziale Partizipation und berufliche Integration als Ziel kinder- und jugendpsychiatrischer Rehabilitation. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2009;37(5):421-9. Soziale Partizipation und berufliche Integration als Ziel kinder- und jugendpsychiatrischer Rehabilitation.
- [9] Spiel G, Petscharnig J. Berufliche Rehabilitation in der Jugendpsychiatrie. Psychiatria Danubina. 2004;16(4):279-93.
- [10] Voll R. Psychosoziale Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher und/oder psychischer Erkrankung. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 2006;154(8):810-6.
- [11] Sperl W, Nemeth C, Fulop G, Koller I, Vavrik K, Bernert G, et al. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 2011;159(7):618-26.
- [12] Farin E. Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. Rehabilitation. 2008;47(2):67-76.
- [13] Kirschner W. Steuerung von Evaluationen. 2012.
- [14] Farin E, Gustke M, Widera T, Matthies S. Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Gesundheitswesen. 2012;74(6):358-70. Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens.
- [15] Besier T, Fuchs B, Rosenberger T, Goldbeck L. Evaluation einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation: psychische Symptombelastung und Lebensqualität. Psychother Psychosom Med Psychol. 2011;61(9-10):418-25. Evaluation einer stationären Eltern-Kind-Rehabilitation: psychische Symptombelastung und Lebensqualität.
- [16] Hampel P, Desman C, Petermann F, Roos T, Siekmann K. Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. Rehabilitation Die. 2006;45(01).
- [17] Williams NJ, Green P. Reliability and validity of a treatment adherence measure for child psychiatric rehabilitation. Psychiatr Rehabil J. 2012;35(5):369-75.

- [18] Cotton SM, Luxmoore M, Woodhead G, Albiston DD, Gleeson JF, McGorry PD. Group programmes in early intervention services. *Early Interv Psychiatry*. 2011;5(3):259-66.
- [19] Katzenschläger P, Fliedl R, Leitner A, Koschier A, Höfner C, Märtens M. Lebenszufriedenheit und Symptomatik bei männlichen Jugendlichen mit niedriger Intelligenz und hoher psychosozialer Auffälligkeit im stationären rehabilitativen Setting. *Psychologische Medizin*. 2012;23(1):11-8.
- [20] Winkler R. Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Theorie und Praxisbeispiele zu Bewertungsdimensionen, Indikatoren und Instrumenten. HTA-Projektbericht 27. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment; 2009 [cited 27.08.2013]; Available from: http://eprints.hta.lbg.ac.at/846/1/HTA-Projektbericht_Nr27.pdf.
- [21] Renner W, im Auftrag des ÖAGG. Evaluationsbericht „Psychodrama im Einzel- und Gruppensetting“ Innsbruck: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) – Fachsektion Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel; 2009 [cited 22.08.2013]; Available from: http://www.psychodrama-austria.at/download-allgemein/evaluation_renner_april09.pdf.
- [22] Leitner A, Fliedl R, Katzenschläger P, Höfner C, Koschier A, Märtens M. Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit in der Sozialtherapeutischen Abteilung des NÖ Heilpädagogischen Zentrums Hinterbrühl – Abschlussbericht. Hinterbrühl: Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Donau-Universität Krems 2009 [cited 05.09.2013]; Available from: http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/hinterbr_hl_endbericht_2010-02-24.pdf.
- [23] Universitätsklinikum Freiburg – Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS), Farin E. Projekt „Sicherung der Ergebnisqualität in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ – im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abschlussbericht zur Ergebnisqualität (einschließlich Rehabilitandenzufriedenheit). Berlin: GKV Qualitätssicherung Medizinische Rehabilitation; 2010 [cited 19.08.2013]; Available from: http://qs-reha.de/media/dokumente/weitere_qs_reha_projekte/EQKIJU_Abschlussbericht.pdf.
- [24] Petermann F, Lepach AC. Clinical child neuropsychology. *Kindheit und Entwicklung*. 2007;16(1):1-6.
- [25] Cuellar AE, McReynolds LS, Wasserman GA. A cure for crime: Can mental health treatment diversion reduce crime among youth? *Journal of Policy Analysis and Management*. 2006;25(1):197-214.
- [26] O’Shaughnessy RJ. Violent Adolescents: Psychiatry, Philosophy, and Politics. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2004;32(1):12-20.
- [27] Limond J, Leeke R. Practitioner review: cognitive rehabilitation for children with acquired brain injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(4):339-52.
- [28] Johnson SD, Stiffman A, Hadley-Ives E, Elze D. An analysis of stressors and co-morbid mental health problems that contribute to youths’ paths to substance-specific services. *The journal of behavioral health services & research*. 2001;28(4):412-26

8 Appendix

Suchstrategie MEDLINE

Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to May Week 4 2013>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <June 04, 2013>, Ovid MEDLINE(R) Daily Update <June 04, 2013>, Ovid OLDMEDLINE(R) <1946 to 1965>	
Search Strategy:	
1	((psychiatr* or Mental) adj5 rehabilitation).mp. (2438)
2	((child* or Infant* or adolescent*) adj5 (mental or psychiatr*)).mp. (25727)
3	1 and 2 (44)
4	*Mental Disorders/rh [Rehabilitation] (6627)
5	limit 4 to „all child (0 to 18 years)“ (942)
6	exp Psychiatric Status Rating Scales/(62396)
7	5 and 6 (52)
8	exp Child Psychiatry/(4640)
9	exp Adolescent Psychiatry/(2306)
10	*Mental Disorders/(87587)
11	limit 10 to „all child (0 to 18 years)“ (21577)
12	8 or 9 or 11 (26520)
13	*Rehabilitation/(12790)
14	*Rehabilitation, Vocational/(4436)
15	13 or 14 (17190)
16	12 and 15 (86)
17	exp Child Psychiatry/rh [Rehabilitation] (1)
18	3 or 7 or 16 or 17 (178)
19	(evalu* or assess* or measur* or analy*).mp. (7527734)
20	18 and 19 (93)
21	18 (178)
22	limit 21 to (evaluation studies or systematic reviews) (7)
23	20 or 22 (96)

05.06.2013