

Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Theorie und Praxisbeispiele zu
Bewertungsdimensionen,
Indikatoren und Instrumenten

Bericht Teil 1



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 27
ISSN: 1992-0488
ISSN-online: 1992-0496

Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Theorie und Praxisbeispiele zu
Bewertungsdimensionen,
Indikatoren und Instrumenten

Bericht Teil 1



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, September 2009

Projektleitung:	Dr. phil. Roman Winkler, MSc
Projektbearbeitung – Teil 1:	Dr. phil. Roman Winkler, MSc
– Teil 2:	Mag. rer.soc.oec. Philipp Radlberger
Suchstrategie u. Literaturrecherche :	Tarquin Mittermayr, BA (Hons)
Externe Begutachtung – Teil 1:	OA PD Dr. med. Leonhard Thun-Hohenstein
– Teil 2:	PD Dr. rer.soc. Reinhold Kilian
Interne Begutachtung – Teil 1:	Dr. ⁱⁿ phil. Claudia Wild
– Teil 1 u. 2:	Dr. ⁱⁿ rer.soc.oec. Ingrid Zechmeister, M.A.

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

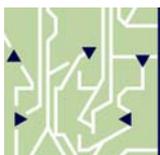
Winkler, Roman. Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Theorie und Praxisbeispiele zu Bewertungsdimensionen, Indikatoren und Instrumenten. HTA-Projektbericht 2009; 27.

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
 Operngasse 6/5. Stock, A-1010 Wien
<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (LBI-HTA)
 Garnisongasse 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 Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at/>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

LBI-HTA Projektbericht Nr.: 27
 ISSN: 1992-0488
 ISSN-online: 1992-0496

© 2009 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Tabellenverzeichnis	4
Zusammenfassung	5
Summary	7
1 Einleitung	9
2 Fragestellungen	11
3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	11
3.1 Einleitung	11
3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich	13
3.3 Psychiatrische Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter	15
3.3.1 Definition psychischer Störungen	15
3.3.2 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV	16
3.3.3 Epidemiologie	17
3.3.4 Gesellschafts- und gesundheitspolitische Aspekte	18
4 Methodik	21
4.1 Literatursuche	21
4.2 Literatúrauswahl	21
5 Evaluierungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprogrammen	23
5.1 Definitionen, Bedeutungen und Zielsetzungen von Evaluierungen	23
5.2 Deskriptive Aspekte bei der Evaluierung von Therapieprogrammen	25
5.2.1 Evaluierungspopulationen	25
5.2.2 Evaluierungszeitpunkte	26
6 Ergebnisse der Literatursuche	27
6.1 Allgemeine Beschreibung der eingeschlossenen Studien	27
6.2 Analyserahmen für Evaluierungsstudien: Dimensionen, Indikatoren und Instrumente	32
6.3 „MARSYS“ – Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation	33
6.3.1 „MARSYS“-Evaluierungsdimensionen	34
6.3.2 „MARSYS“-Instrumente und Indikatoren für den Behandlungserfolg	35
6.3.3 „MARSYS“-Instrumente und Indikatoren für die Behandlungszufriedenheit	37
6.3.4 „MARSYS“-Instrumente und Indikatoren zur Lebensqualität und –zufriedenheit	38
6.4 Weitere Evaluierungsdimensionen	39
6.5 Weitere Evaluierungsindikatoren und –instrumente	39
6.5.1 Messung des Behandlungserfolgs	40
6.5.2 Messung der Behandlungszufriedenheit	46
6.5.3 Messung von Lebensqualität und -zufriedenheit	47
6.5.4 Messung von Behandlungserleben	48
6.5.5 Messung der Behandlungsmotivation	50
6.5.6 Messung von Langzeit-Outcomes	50
6.5.7 Zusammenfassung	51
6.6 Kernergebnisse der eingeschlossenen Studien	57
6.6.1 Behandlungserfolg und - erleben	57
6.6.2 Behandlungszufriedenheit und -motivation	58
6.6.3 Lebensqualität	58
6.6.4 Langzeit-Outcomes	58
7 Diskussion	65
8 Limitationen	67
9 Literatur	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.3-1: Psychiatrische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und wesentliche Anwendungsbereiche von Psychotherapie	17
Tabelle 5.1-1: Grundsätze und Anforderungen an Behandlungsmethoden	24
Tabelle 6.1-1: Deskription der eingeschlossenen Evaluierungsstudien.....	29
Tabelle 6.3-1: „MARSYS“ Instrumente, Evaluierungszeitpunkte und -zielgruppen.....	39
Tabelle 6.5-1: Bedeutung von Outcomes bei Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Einschätzungen von klinischen ExpertInnen	52
Tabelle 6.5-2: Bewertungsdimensionen und Evaluierungsinstrumente	52
Tabelle 6.5-3: Zielvariablen der Evaluierungsstudien.....	53
Tabelle 6.6-1: Kernergebnisse der Evaluierungsstudien.....	60

Zusammenfassung

Diese Literaturübersicht beschäftigt sich mit dem Thema der Evaluierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Relevanz des Themas begründet sich zum einen in der wachsenden Anforderung zur Qualitätsüberprüfung von Behandlungsprozessen, zum anderen in der noch relativ geringen Anzahl an Evaluierungsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem ergibt sich die Bedeutung von Evaluierungen in diesem Fachgebiet vor der Annahme, dass mit rechtzeitigen und angemessenen Interventionen im Kindes- und Jugendalter, spätere medizinische und psychosoziale Maßnahmen vermieden werden können.

Das Forschungsinteresse dieser Studie richtet sich primär auf jene Arbeiten, die ausgehend von Evaluierungsdimensionen, relevante Indikatoren und empirische Instrumente zu deren Messung identifizieren und anwenden. Die einführende Beschreibung gestaltet den Hintergrund für die Analyse verwendeter Bewertungsschemata und widmet sich den allgemeinen Aufgabengebieten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der speziellen Situation in Österreich und einigen epidemiologischen sowie gesellschafts- und gesundheitspolitischen Aspekten.

Die Literaturobenauswertung ergab im wesentlichen drei relevante Evaluierungsdimensionen, die in 14 ausgewählten Studien entweder gemeinsam oder vereinzelt als methodische Basis zur Bewertung von Behandlungsprogrammen in stationären, teilstationären oder ambulanten Versorgungseinheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendet wurden. Dabei handelt es sich um den Behandlungserfolg, die Behandlungszufriedenheit und die Lebensqualität psychiatrisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie deren primären Bezugspersonen.

Die Operationalisierung dieser Dimensionen erfolgte anhand von Evaluierungsindikatoren. Dabei erwies sich die klinische Symptomatik als ein zentraler Gradmesser v.a. für medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsprogramme. Aspekte der Behandlungszufriedenheit werden in den Studien mit unterschiedlichen Schwerpunkten erhoben, zumeist aber mit der Qualität des Behandlungsverlaufs, der Kooperationsbereitschaft (sowohl von therapeutischen Standpunkten aus betrachtet als auch aus Sicht der PatientInnen bzw. Bezugspersonen) und der Kommunikationskultur zwischen den verschiedenen AkteurInnen. Damit eng verknüpft steht auch die Bewertung der Lebensqualität, wobei hier noch stärkeres Gewicht auf die vorhandenen, den PatientInnen und Bezugspersonen innewohnenden Ressourcen, gelegt wird. Hinzukommen weiters objektive Voraussetzungen und Lebensbedingungen, die in Verbindung mit den dominanten, sozio-ökonomischen Lebenswelten und –realitäten der psychisch beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen gesehen werden soll(t)en.

Die Messung der Evaluierungsindikatoren erfolgte in der überwiegenden Studienmehrheit anhand von standardisierten Instrumenten. Darüber hinaus fanden sich einige, von den AutorInnen selbstentworfenen Tools, die zur empirischen Erhebung der Indikatoren bzw. Dimensionen herangezogen wurden. Ein besonders umfangreiches Instrumentenset fand sich im „MARSYS - Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation“, das sowohl den Behandlungserfolg, die Behandlungszufriedenheit und Fragen der Lebensqualität mit mehreren Instrumenten erfasst und bereits vie-

Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „junges Forschungsfeld“

Definition des Forschungsinteresses und Überblick zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

14 ausgewählte Studien – 3 zentrale Bewertungsdimensionen

Klinische Symptomatik als „Leitindikator“

Zufriedenheitsmessung im Zeichen von Behandlungs- und Kommunikationsqualität

Einsatz von vereinzelt Instrumenten vs. Instrumentenset „MARSYS“

lerorts bei Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt wurde.

**Berichte über
weitgehend verbesserte
Zustandsbilder bei
psychisch kranken
Kindern und
Jugendlichen**

Hinsichtlich der Studienergebnisse zeigt sich, dass die Evaluierungsinstrumente bzw. -tests mehrheitlich auf eine Verbesserung der klinischen Symptomatik hinweisen bzw. bei einer geringen Anzahl an Kindern und Jugendlichen sogar von einer völligen Remission der vorherrschenden, klinischen Störungsbilder berichtet wird. Als integralen Erfolgsfaktor für das Eintreten von klinischen Verbesserungen wird v.a. in Hinblick auf die Dimensionen Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität, die „Beziehungsarbeit“ genannt. Pharmakologische Interventionen waren nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit bzw. Forschungsfragen.

**Geringe Aussagekraft
hinsichtlich von
Langzeit-Outcomes**

Eindeutiger Forschungsbedarf zeichnet sich in Hinblick auf die Erhebung von Langzeit-Outcomes ab: Die schulische bzw. berufliche Entwicklung der ProbandInnen wurde in den eingeschlossenen Studien nur marginal thematisiert bzw. konnten keine umfangreichen Indikatoren zur Erhebung und Instrumente zur Messung festgestellt werden.

**Eigener Bericht zur
Gesundheitsökonomie**

Gesundheitsökonomische Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in einem gesonderten LBI für HTA Bericht dargestellt.

Summary

This report deals with evaluation processes in child and adolescent psychiatry. The significance of this issue is twofold: Firstly, there is an increasing demand of quality assessments in relation to treatment processes; secondly, there is a lack of evaluation studies particularly focussing on children and adolescents suffering from psychiatric disorders. Moreover, the importance of evaluations in this special area is linked to the assumption that early and adequate interventions may help to avoid medically intense treatments in the adulthood.

Basically, this study encompasses all those publications that report about evaluation dimensions, indicators and empirical instruments that are applicable for the child and adolescent psychiatry. It starts with some background information introducing to the field and reports about general tasks as well as the particular situation in Austria. Basic epidemiological data and health policy issues shall enable the reader to get an overview of the problems and challenges child and adolescent psychiatry is currently facing.

The analysis of the selected literature resulted in three relevant evaluation dimensions that represent the methodological basis of 14 selected studies – these dimensions have been either used in combination or singularly for assessing stationary, part-time stationary and outpatient institutions. The dimensions include the therapeutic outcome, treatment satisfaction and the health-related quality of life of the patients and any other people the child or adolescent is closely attached to.

Evaluation indicators have been developed for the purpose of defining the dimensions. In this context, the clinical symptomatology turned out to be the primary indicator for medical, psychotherapeutic and psycho-social treatment programmes. Study authors have chosen different approaches towards the measurement of treatment satisfaction. However, in most cases the quality of the treatment process, the willingness to co-operate (from a patient's view as well as from a therapeutic point of view) and the "communication culture" among involved actors have been proposed as adequate evaluation aspects. This also links to health-related quality of life issues which focus even more strongly on the assessment of patient's own human resources. In addition, objective preconditions and general living conditions which determine the dominant socio-economic living environments shall be considered when dealing with questions on quality of life.

In most cases, standardised empirical instruments were used to measure the evaluation indicators. A few studies include self-developed instruments. The "MARSYS" system is of particular interest because of its comprehensive view of aspects relevant to be considered when treating mentally impaired children and adolescents. "MARSYS" was developed by researchers from the German Philipps-University Marburg, Department for child and adolescent psychiatry and psychotherapy and involves several instruments to evaluate the therapeutic outcome, treatment satisfaction and the health-related quality of life of children and adolescents.

Regarding the study results, authors of the selected publications widely report about significant improvements in terms of the clinical symptomatology – in some few cases, complete remission rates have been put forward. Concerning the "success factors" related to improved clinical pictures, the

Evaluations of child and adolescent psychiatry: relatively new research field

Definition of the research interest and general overview about child and adolescent psychiatry

14 selected studies – 3 major evaluation dimensions

clinical symptomatology - "guiding indicator"

Quality of treatment and communication

"MARSYS": Set of evaluation instruments

Reports about considerable improvements

building of “sustainable relationships” during the course of treatment appears to be core for the initiation of “successful treatments”. The influence of any pharmacological interventions has not been dealt with in this report.

Long-term outcomes are missing

There is an evident demand for research about long-term outcomes: Performance in educational institutions or professional developments has been hardly discussed in the analysed studies. Hence, there is a lack of indicators and instruments assessing daily life aspects of children and adolescents that occur outside of (medical respectively therapeutic) institutions.

**Health economics:
Separate LBI:HTA report**

Evaluations against the background of health economic viewpoints have been undertaken and published in a separate LBI:HTA report.

1 Einleitung

Die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen erfolgt zumeist auf Basis eines umfangreichen Therapiekonzepts, welches abgestimmt auf das Störungsbild der PatientInnen die medizinische, psychotherapeutische und sozialpädagogische Versorgung umfasst. Die Forschungslücken, die sich in diesem Zusammenhang stellen, beziehen sich primär auf die Bewertung des Behandlungserfolgs. Dies gilt v.a. für jene Parameter, wie etwa die Lebensqualität, die sich der bloßen Erfassung einer veränderten klinischen Symptomatik, entziehen. Darüber hinaus gibt es bislang nur wenige Studien, die sich mit Fragen der Behandlungszufriedenheit (seitens der PatientInnen, involvierten Bezugspersonen und TherapeutInnen) beschäftigen.

Erste Initiativen zur Evaluierung von Therapieprogrammen für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischem Versorgungsbedarf wurden während der letzten Jahre im angloamerikanischen Raum gesetzt. Zu Arbeiten im deutschsprachigen Raum seien hier v.a. jene an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Philipps-Universität Marburg genannt. Dennoch ist der Erkenntnisstand zu Therapieerfolg (abseits klinischer Parameter) und –zufriedenheit keinesfalls erschöpfend. Im Gegenteil, die Durchsicht der Fachliteratur zur Kinder- und Jugendpsychiatrie lässt eindeutigen Forschungsbedarf zu Langzeit-Outcomes von Therapieprogrammen etwa in Hinblick auf die soziale Integration, den Schulerfolg von psychisch kranken Kindern oder die Arbeitsfähigkeit von psychisch beeinträchtigten Jugendlichen erkennen. Eine geringe Fallzahl an vorliegenden Studien erschwert zudem die Formulierung von eindeutigen Schlussfolgerungen in Bezug auf Therapieergebnisse in der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Aussagekräftige Evaluierungen von Therapieprogrammen sind daher eine *conditio sine qua non* sowohl für die Weiterentwicklung und Finanzierung psychischer Behandlungsleistungen für Kinder und Jugendliche als auch für die praktische Therapiearbeit in einem psychiatrischen Versorgungssetting.

Vor diesem Hintergrund liegt der Fokus des vorliegenden Berichts auf der „Bewertung“ medizinisch-therapeutischer Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in angrenzenden Versorgungseinheiten. Die *Bewertungsdimensionen*, *-indikatoren* und *-instrumente* repräsentieren die primären Aspekte, die im Zusammenhang mit dem Themenbereich der Evaluierung, in dieser Studie diskutiert und durch nachstehende Fragestellungen konkretisiert werden.

mangelhafte Evidenz zu Therapieerfolg und -zufriedenheit

Bedarf an Langzeit-Outcomes

**Studienfokus:
Dimensionen,
Indikatoren und
Instrumente der
Evaluierung**

2 Fragestellungen

Folgende Forschungsfragen liegen dieser Arbeit zu Grunde:

1. Anhand welcher Dimensionen, Indikatoren und mit welchen Erhebungsinstrumenten werden Therapieangebote in der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im internationalen Kontext evaluiert?
2. Welche Evaluierungsergebnisse wurden in internationalen Studien bereits festgestellt und können als „Benchmarks“ für österreichische Therapieangebote identifiziert werden?
3. Welche Langzeit-Outcomes wurden empirisch erhoben?

Fragestellungen, die sich mit ökonomischen Evaluierungsansätzen und -ergebnissen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auseinandersetzen, werden in einem gesonderten LBI für HTA Berichtsteil vorgestellt.

3 Kernfragen als Orientierungsrahmen

3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

3.1 Einleitung

Kinder und Jugendliche im Allgemeinen und psychiatrisch kranke Kinder und Jugendliche im Speziellen weisen Besonderheiten auf, deren Beachtung für das zugrundeliegende Problemverständnis dieses Berichts von Bedeutung ist. Darüber hinaus kommen zwei Blickwinkel zum Tragen, von denen aus die Tragweite einer psychiatrischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter verstanden werden kann: Zum einen betrifft dies die gesundheitliche Einschränkungen per se, die durch das/die Störungsbild(er) hervorgerufen werden; zum anderen bedeuten die sozio-ökonomischen Benachteiligungen, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen für den/die PatientIn¹ (und meist seiner/ihrer Bezugspersonen) erhebliche Lebensqualitätsverluste.

Die Beschreibung der „Besonderheiten“ erfordert v.a. die Berücksichtigung spezifischer Rahmenbedingungen von (psychisch) auffälligen Kindern und Jugendlichen [vgl. Newcomb; Drabman 1995, 1, S. 4; Kazdin 2000, 2, S. 1]. Grundsätzlich sei darauf hingewiesen, dass auf die Unterscheidung zwischen entwicklungsbedingten und pathologischen Auffälligkeiten bei Kin-

Besonderheiten und Blickwinkel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zielgruppe: psychisch kranke Kinder und Jugendliche

¹ Unter „PatientInnen“ sollen in diesem Bericht v.a. jene Kinder und Jugendliche verstanden werden, die unmittelbar an einer psychiatrischen Störung leiden und auch als solche in den ausgewählten Literaturarbeiten beschrieben sind. Insofern umfasst der Begriff hier keine Kinder und Jugendlichen, die aufgrund der psychiatrischen Erkrankungen ihrer primären Bezugspersonen beeinträchtigt werden (z. B. Kinder oder Jugendliche von depressiven od. substanzabhängigen etc. Eltern) – sehr wohl werden allerdings Eltern oder andere nahestehende Personen in den unterschiedlichen Evaluierungsprozessen berücksichtigt (z.B. Elternfragebögen zur Bewertung bzw. Wahrnehmung des Krankheitsbildes ihres Kindes oder Jugendlichen).

dern und Jugendlichen zu achten ist – dies ist umso wichtiger, um die „Natürlichkeit“ von Begleiterscheinungen in der Kindheit und Adoleszenz nicht zu pathologisieren und dadurch Mitglieder einer ganzen Bevölkerungsgruppe für krank und behandlungsbedürftig zu erklären.

1. Kinder und Jugendliche *werden* von Erwachsenen für eine Begutachtung oder Behandlung *überwiesen*. D.h. eine dritte Person (Elternteil, LehrerIn, Schularzt/-ärztin etc.) erachtet das Verhalten eines Kindes/eines/r Jugendlichen für psychisch auffällig oder problematisch – Kinder und Jugendliche veranlassen dies nicht von sich aus (im Unterschied zu den meisten Erwachsenen mit psychischen Problemen).
2. Verhaltensbewertungen durch Erwachsene kontrastieren (oftmals) mit entwicklungsbedingt abweichenden Ansichten von Kindern und Jugendlichen, wodurch sich Spannungsfelder und Konflikte rund um Fragen zu Normen und Werten ergeben. Diese gesellschaftlichen „Normierungen“ sind auch bei der Festlegung jener Zielparameter zu bedenken und zu hinterfragen, die als „Erfolgsfaktoren“ für Kinder und Jugendliche angelegt werden (z.B. „Schulerfolg“ – wie lässt sich „Erfolg“ im schulischen Kontext für kranke Kinder oder Jugendliche definieren?).
3. Die Einbeziehung des kindlichen bzw. jugendlichen Umfeldes ist wesentlich für die Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Die Beteiligung der Bezugspersonen (Eltern, LehrerInnen, extramuraler TherapeutInnen etc.) spielt aber insbesondere bei der nachträglichen Bewertung von Therapien bzw. bei Veränderungsmessungen (hinsichtlich Erfolg und Zufriedenheit) eine wesentliche Rolle.

**Altersspektrum der
Kinder- und
Jugendpsychiatrie
o bis 18 Jahre**

Prinzipiell stellen die PatientInnen in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Personengruppe dar, die dem Altersspektrum von der Geburt bis zur Volljährigkeit zuzurechnen ist [vgl. Remschmidt 2008, 3, S. IX]. Die mit diesem Zeitraum einhergehenden körperlichen und psychischen Entwicklungsstadien stellen ein zentrales Charakteristikum der Kindheit und Jugend dar, welche die Entwicklung bzw. Adaption (und keineswegs die einfache Übersetzung) von Diagnostik- oder Therapieansätzen aus dem Erwachsenenbereich erfordert. Je nach Alter und Krankheitsbild des Kindes oder des/r Jugendlichen werden die Diagnostikinstrumente und darauf aufbauende Therapieangebote angewandt, wodurch sich etwa bei der Bestimmung des psychopathologischen Status die Frage nach dem „richtigen“ Instrument (Interview mit Bezugspersonen oder PatientIn direkt? Schriftlicher Fragebogen? etc.) ebenso stellt wie bei einer anschließenden Bewertung des Therapieerfolgs.

**Disziplinen- und
bereichsübergreifende
Kooperationen**

Die Schwerpunkte in der Therapie von psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen gestalten sich daher großteils anders als in der Erwachsenentherapie und umschließen eine Vielzahl an medizinisch-therapeutischen ExpertInnen sowie Fachleuten aus anderen Wissenschaftsdisziplinen (hierzu zählen etwa Berufsgruppen, wie LehrerInnen, SozialpädagogInnen, BewegungstherapeutInnen etc.). Enge Kooperationen mit der Kinderheilkunde bestehen v.a. für die Alterskohorte der 0 bis 3-jährigen Kinder – bei jungen Erwachsenen (bis 23 Jahre) ist eine verzahnte Zusammenarbeit mit der Psychiatrie notwendig [vgl. Berger; Aichhorn 2006, 4, S. 87].

**Aufgabengebiete in der
Kinder- und
Jugendpsychiatrie**

Damit verbunden ist auch die große Bandbreite an Therapieangeboten, wobei die hauptsächlichen Tätigkeitsschwerpunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Prävention psychischer und neuropsychiatrischer Störungen und Erkrankungen betreffen [vgl. Remschmidt 2008, 3, S. IX]. Das organisatorische Setting kann neben

einem stationären auch ein teilstationäres (z.B. Tagesklinik) oder ein ambulantes Angebot umfassen. Zudem gibt es noch die Behandlung im häuslichen Milieu („Home-Treatment“). Letzteres setzt v.a. eine leistungsfähige Institution voraus, die über entsprechende stationäre, teilstationäre und ambulante Optionen verfügt. Die drei vorangegangenen Settings werden im Rahmen eines Behandlungsprogramms anhand folgender Voraussetzungen ausgewählt oder ausgeschlossen [Remschmidt 2008 3, 358]:

- ❖ *Stationäre Behandlung:* Wird vorwiegend eingeleitet, wenn es sich um eine schwere und/oder chronische Erkrankung oder eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung des Kindes bzw. des/r Jugendlichen handelt; die Notwendigkeit einer Trennung von der Familie besteht; die Behandlung im Rahmen eines teilstationären bzw. ambulanten Settings nicht möglich ist, da es Versorgungslücken gibt.
- ❖ *Teilstationäre Behandlung:* Indikationen für eine teilstationäre Behandlung sind die Verkürzung eines stationären Aufenthalts, die Vermeidung einer stationären Therapie oder die Vorbereitung einer stationären Behandlung.
- ❖ *Ambulante Behandlung:* Ist „die“ Methode der Wahl sowohl bei organisch bedingten als auch psychogenen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Grenzen der ambulanten Therapie ergeben sich v.a. durch Suizidalität und anderen Formen der Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, unzureichende Einwirkungsmöglichkeiten bei sehr ausgeprägtem oder chronifiziertem Störungsbild und extremer Familienpathologie.

Organisationseinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Beschreibungen in diesem Bericht beziehen sich auf die stationäre und teilstationäre Versorgung (z.B. in Tageskliniken) sowie auf andere „Versorgungszentren“ außerhalb von KrankenhausträgerInnen (z.B. Ergebnisse von Gruppenpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie). Studienergebnisse, die ausschließlich auf Dienstleistungen von „privaten“ bzw. fachlichen Einzelpersonen Bezug nehmen (z.B. niedergelassene Kinder- und JugendpsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen etc.) werden aus Gründen einer erschwerten Vergleichbarkeit nicht berücksichtigt.

Im Folgenden wird ein kurzer Abriss zur Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich gegeben. Damit sollen einige Problemfelder (etwa bzgl. mangelnder Versorgungsstrukturen) benannt werden, ohne diese hierorts näher diskutieren zu können. Die Bedeutung einer solchen Darstellung ergibt sich aus der speziellen österreichischen Situation, die bei eventuellen zukünftigen Bewertungsprozessen von kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinheiten in Österreich bedacht werden soll.

3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie gestaltet sich in Österreich in Hinblick auf die Versorgungsstrukturen anders als etwa in Deutschland oder der Schweiz. Zudem ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie hierzulande ein relativ junges Fachgebiet [vgl. Thun-Hohenstein 2007, 5, S. 24]. In Österreich wurde dieses medizinische Sonderfach erst 2007 als eigenständiger Ausbildungszweig geschaffen. Bislang ist es allerdings noch „[...] nicht gelungen,

Versorgungsstrukturen im Aufbau

<p>keine ausreichende flächendeckende Versorgung in Österreich</p>	<p>ein ausreichendes und für das gesamte Bundesgebiet gleichmäßiges Versorgungsangebot zu schaffen“ [Berger; Aichhorn 2006, 4, S. 87].</p>
<p>Bedeutung von Früherkennungsmaßnahmen</p>	<p>In der „Österreichischen Ärztezeitung“ vom März 2008 wird von einer „dramatischen Unterversorgung“ im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich berichtet. Demnach gab es zum damaligen Zeitpunkt lediglich 136 Kinder- und JugendpsychiaterInnen², davon 73 im niedergelassenen Bereich, wobei nur 11 über einen Kassenvertrag verfügten – diese ÄrztInnen haben das Fach allerdings noch als dreijährige Zusatzausbildung zur Psychiatrie, Neurologie oder Pädiatrie absolviert [vgl. Österreichische Ärztezeitung 6]. In Anlehnung an die WHO-Empfehlungen beträgt das Soll an speziell auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche spezialisierte ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich 26 (0,8 / 250.000 EinwohnerInnen) [vgl. Thun-Hohenstein 2008, 7, S. 169].</p> <p>Medizinische Erstkontakte der PatientInnen finden in der Regel mit AllgemeinmedizinerInnen oder Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde statt. Der geschulten Früherkennung von psychischen Störungsbildern kommt daher besondere Aufmerksamkeit zu – hier konstatieren Fachleute jedoch ebenfalls einen Nachbesserungsbedarf in der Organisation und Vereinheitlichung von gesundheitsbezogenen Erhebungen: „Detection rates with paediatric and general practices lie between 4 % and 7 %. In Austria, an examination within the scope of the mother-child pass was introduced für 5-year-old children [...] However, and predominantly due to the lack of data for Austria, no use was made of standardized instruments and thus examination of psychological dysfunction is not included“ [Thun-Hohenstein; Herzog 2008, 8, S. 323].</p>
<p>zu wenige stationäre und teilstationäre Behandlungsplätze</p>	<p>Ebenso prekär erscheint die Bettenversorgung für diese PatientInnengruppe: 2007 gab es in Österreich 367 systemisierte³ bzw. 356 tatsächlich aufgestellte Betten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie – für die (Erwachsenen)Psychiatrie wurden 2007 5.240 systemisierte bzw. 5.307 tatsächlich aufgestellte Betten ausgewiesen [Statistik Austria 9]. Das Soll an stationären und teilstationären Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche liegt bei 0,08 bis 0,1 Betten auf 100.000 EinwohnerInnen – bei ca. 8 Millionen EinwohnerInnen liegt der Bedarf für psychisch kranke Kinder und Jugendliche zwischen 640 und 800 Plätzen [vgl. Thun-Hohenstein 2008, 7, S. 167].</p>
<p>missliche Datenlage zur Kinder- und Jugendpsychotherapie in Österreich</p>	<p>Adäquate Versorgungsplanung erfordert verlässliche Struktur- und Versorgungsdaten, die (nicht nur) im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie weitgehend fehlen. Dieses grundsätzliche Problem ist v.a. laut Österreichischem Berufsverband für Psychotherapie (ÖBVP) in Österreich äußerst virulent. In einer Stellungnahme vom April 2009 zur Parlamentarischen Anfrage betreffend „Maßnahmen zur Verbesserung der Situation wirtschaftlich, gesundheitlich und gewaltspezifisch gefährdeter Kinder und Jugendliche“ hält der ÖBVP folgendes fest: „[Es] gibt in Österreich keine zentrale Datenerfassung und daher auch keine aussagekräftige Datengrundlage [zu stationären, institutionellen, sozialpsychiatrischen und ambulanten Angeboten, die psychotherapeutische Behandlung und Beratung für Kinder und Jugendliche und deren Angehörige beinhalten]. Selbst die Anzahl an Kindern und Jugendlichen, die im institutionellen und im ambulan-</p>

² Diese ÄrztInnen haben das Fach noch als dreijährige Zusatzausbildung absolviert.

³ Systemisierte (normierte) Betten ist die Anzahl der Betten einer Krankenanstalt, die durch eine sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt ist.

ten Bereich kassenfinanzierte und bezuschusste Psychotherapie erhalten, ist nicht bekannt.“⁴

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Österreich die Versorgungssituation für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowohl im stationären als auch im außerstationären und niedergelassenen Bereich keinesfalls ausreichend ist [vgl. Thun-Hohenstein 2008, 7, S. 169].

3.3 Psychiatrische Störungsbilder im Kindes- und Jugendalter

3.3.1 Definition psychischer Störungen

„Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt“ [Steinhausen 2006, 10, S. 20]. Die Bedeutung der Wechselwirkungen zwischen Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Umwelten stellen einen integralen Teil der Beurteilung von Krankheitswertigkeit dar – zudem „unterliegt das Kriterium der Abnormalität einer Bewertung gleichermaßen im statistischen wie auch im normativen Sinne“ [Steinhausen 2006, 10, S. 20].

Um ein möglichst umfassendes „Bild“ eines Kindes oder Jugendlichen zu bekommen, sollten die folgenden Elemente keinesfalls isoliert voneinander, sondern ergänzend zueinander erhoben und interpretiert werden [Steinhausen 2006, 10, S. 20f.]:

neun
Beurteilungskriterien

- ❖ *Angemessenheit von Verhalten hinsichtlich Alter und Geschlecht:* Unangemessen sind z.B. Trennungsängste nach dem Kleinkindalter;
- ❖ *Persistenz:* z.B. vorübergehende Schulunlust vs. anhaltender Schulverweigerung;
- ❖ *Lebensumstände:* z.B. vorübergehende Belastungsphasen etwa durch Geburt eines Geschwisters oder durch einen familiären Todesfall;
- ❖ *Soziokulturelle Gegebenheiten:* z.B. kulturell bedingte Unterschiede in der Bewertung von Verhalten;
- ❖ *Ausmaß der psychiatrischen Störung:* isolierte Symptome vs. Kombination von Symptomen als Hinweis für eine psychiatrische Erkrankung;
- ❖ *Symptomart:* isolierte Phänomene als psychische Fehlfunktionen vs. alltagseinschränkende Phänomene mit weitreichenden sozialen Folgen für Kinder und Jugendliche;
- ❖ *Schweregrad und Häufigkeit der Symptome;*
- ❖ *Verhaltensänderung:* Verhalten bekommt Symptomwert, wenn es nicht alters- oder entwicklungsbedingt ist;
- ❖ *Situationsspezifität:* Zusammenhänge zwischen Verhalten, Symptomentwicklung und Situationen.

⁴ http://www.psychotherapie.at/userfiles/file/skjpth/Stellnahme_Ki_Ju_Unterl.pdf, download 24 April 2009.

Aufbauend auf diesen Kriterien erfolgt die Diagnoseerstellung anhand der international gängigen Klassifikationen. Wesentliches Merkmal im Zusammenhang mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist die Ergänzung bzw. Differenzierung durch das speziell für diese Zielgruppe entwickelte multiaxiale Klassifizierungsschema (MAS).

3.3.2 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind meist multi-kausal bedingt. Dies verlangt neben einer disziplinenübergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Fachgruppen, auch nach differenzierten Diagnostikansätzen. In der *International Classification of Diseases* (ICD-10) werden die verschiedenen Ursachen, die einem Störungsbild im Kindes- und Jugendalter zugrunde liegen können, in Form von sechs Achsen berücksichtigt [vgl. Arolt et al. 2006, 11, S. 248; Bachmann 2008, 12, S. 9f.]:

**multiaxiales
Klassifikationssystem
nach ICD-10**

- ✿ Achse 1: Klinisch-psychiatrische Diagnose;
- ✿ Achse 2: Beschreibung vorliegender Entwicklungsstörungen (entsprechend F 8 im ICD-10);
- ✿ Achse 3: Beschreibung des Intelligenzniveaus (entsprechend F 7 im ICD-10);
- ✿ Achse 4: Somatischer Befund (körperliche Erkrankungen aus anderen Kapiteln des ICD-10);
- ✿ Achse 5: Erfassung der aktuellen abnormen psychosozialen Umstände (z.B. Disharmonie in der Familie, Verlust einer liebevollen Beziehung, Migration etc.);
- ✿ Achse 6: Beurteilung der psychosozialen Anpassung (Globalbeurteilung).

Das nordamerikanische *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) bildet die Symptomatik auf folgenden fünf Achsen ab [vgl. Bachmann 2008, 12, S. 9f.]:

**multiaxiales
Klassifikationssystem
nach DSM-IV**

- ✿ Achse 1: Klinisches Syndrom - psychiatrische Diagnose (umfasst alle Kategorien des F-Kapitels⁵ im ICD-10 mit Ausnahme der Abschnitte zu Persönlichkeitsstörungen, F 60 – 61);
- ✿ Achse 2: Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen (sowie Persönlichkeitszüge, die keine Störung darstellen, aber zusätzliche Informationen liefern);
- ✿ Achse 3: Körperliche Störungen und Symptome;
- ✿ Achse 4: Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren (auch früheren Datums);
- ✿ Achse 5: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.

Die nachstehende Tabelle gibt Auskunft über die häufigsten Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die zugleich auch die wesentlichen Bereiche in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen darstellen:

⁵ Dieses Kapitel im ICD-10 umfasst alle psychischen Krankheitsbilder und Verhaltensstörungen.

Tabelle 3.3-1: Psychiatrische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und wesentliche Anwendungsbereiche von Psychotherapie⁶

Anwendungsbereiche	Beispiele zugehöriger Störungen
Affektive Störungen (F30 – 39) und Belastungsstörungen (F43)	Depressionen, Stressreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen
Angststörungen (F40 – 42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 93)	Trennungsangst, Phobien, Zwänge, emotionale Störungen
Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F44 - 45) und andere neurotische Störungen (F48)	Hypochondrie, Dissoziationen, Somatisierung, Hysterie, Neurasthenie
Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	Anorexie, Bulimie, (nicht organische) Schlafstörungen, psychische Faktoren bei somatischen Krankheiten
Verhaltensstörungen (F90 – 92, F94, F98)	Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, andere Verhaltensstörungen oder emotionale Störungen
Autistische Störungen (F84)	Autismus
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68 – 69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20 – 29) etc.	Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Psychosen etc.
Intelligenzminderung (F7), hirnorganische Störungen (Fo) und Entwicklungsstörungen (F80 – 83, F88, F89)	Oligophrenie etc.

Quelle: [Margraf 2009, 13, S. 12].

3.3.3 Epidemiologie

Epidemiologische Studien beziffern die Spannweite von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (je nach Operationalisierung des Begriffs „Auffälligkeit“) zwischen 10 und 30 %. Die Anzahl an Kindern und Jugendlichen, die an einer psychischen Störung leiden, wird auf etwa 7 % geschätzt, wovon nur etwa die Hälfte Behandlungsprogramme in Anspruch nimmt [vgl. Berger 2008, 14, S. 27]. Exakte epidemiologische Zahlen liegen für Österreich nicht vor. Einzelne Studien, wie etwa zur Rate psychischer Auffälligkeiten bei Salzburger Vorschulkindern [siehe Thun-Hohenstein; Herzog 2008, 8], kommen allerdings zu ähnlichen Ergebnissen, wie sie in internationalen Erhebungen zur Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen festgestellt wurden: In der Salzburger Erhe-

großer Bedarf an epidemiologischen Kennzahlen

⁶ Nach Definition des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie der Bundesrepublik Deutschland.

bung waren demnach rund 12,3 % der befragten Kinder psychisch auffällig; bei 8,3 % wurde eine psychische Erkrankung festgestellt (N=179). Insgesamt ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Jugend- und im jungen-Erwachsenenalter am höchsten und liegt bei rund 27 % [vgl. Thun-Hohenstein 2008, 7, S. 164].

In Deutschland wurde bereits 1998 in einer Analyse zum Gesundheitszustand von Kindern erhoben, dass Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen generell im Steigen begriffen sind und psychosozial bedingte Beeinträchtigungen (z.B. psychosomatische Beschwerden) zunehmen. Die Prävalenz für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wird seither in Deutschland relativ stabil mit 18 % auf einem sehr hohen Niveau beziffert.

umfangreiche Untersuchungen in Deutschland: „KiGGS“ und „Bella“ Studien

Die unbefriedigende Datenlage zum psychischen Zustand von Kindern und Jugendlichen war Anlass für eine groß angelegte Studie, die vom Robert Koch-Institut in Deutschland unter dem Namen „Bella Studie“ (<http://www.bella-studie.de>) 2003 initiiert wurde [vgl. Robert Koch-Institut 2004 15]. Diese Studie wurde in Deutschland ergänzend zur „Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS, <http://www.kiggs.de>)“ im Zeitraum 2003 bis 2006 durchgeführt.

Insgesamt wurden 2.863 Familien (Zielgruppe: ein Elternteil; Kinder ab 11 Jahren wurden eigenständig interviewt) zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten telefonisch und mittels Fragebogen befragt. Im Zentrum standen dabei Symptome im emotionalen Bereich und des Verhaltens sowie ein damit verbundener Leidensdruck. Die Teilnahmequote lag bei rund 97 %. Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit ergaben sich laut der Studie bei ca. 12 % der TeilnehmerInnen; Knapp 10 % wurden als sehr wahrscheinlich psychisch auffällig ausgewiesen. Insgesamt lässt sich bei etwa einem Fünftel der Studienpopulation eine psychische Beeinträchtigung (21,9 %) feststellen [vgl. Ravens-Sieberer et al. 2006, 16].

Im Rahmen einer weiteren Studie („Bella Studie *plus*“), werden 2009 die ehemaligen Bella-ProbandInnen (zuzüglich neuer TeilnehmerInnen) wiederum über einen Zeitraum von drei Jahren befragt werden.

3.3.4 Gesellschafts- und gesundheitspolitische Aspekte

Armut und psychische Gesundheit

Wenngleich die Fragestellungen dieses Berichts vorwiegend methodische Schwerpunkte ins Zentrum rücken, so sollen bei der Betrachtung keinesfalls die sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen der PatientInnen und ihrer Angehörigen außer Acht gelassen werden. Dies ist bei einem Thema wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie umso mehr von Wichtigkeit als dass psychische Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter beginnen, oftmals chronisch verlaufen und das Alltags-, Erwerbs- und Beziehungsleben dieser PatientInnengruppe erheblich einschränken. Der enge Konnex zwischen Armut und psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter ergibt sich zumeist aus ungünstigen sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind und die einen Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und (psychischer) Gesundheit aufdecken. Fehlende materielle Ressourcen (der Eltern bzw. anderer primärer Bezugspersonen) verhindern somit schon sehr früh den Zugang und die Inanspruchnahme von Bildungs- und Kulturangeboten

und von Gesundheitsleistungen. Die Auswirkungen wurden erst Anfang 2009 im „Sozialbericht 2007 – 2008“ des österreichischen Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz dokumentiert: BürgerInnen, die in „manifester Armut“ leben, erleiden viermal so häufig Gesundheitsprobleme als Personen ohne finanzielle Schwierigkeiten.⁷

Eine bedarfsorientierte und –gerechte psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedeutet nicht nur, dass kranke Personen eine Therapie erhalten, sondern v.a. die Versorgung von psychisch behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen, die bislang keine adäquate Behandlung erhalten haben. Die Umsetzung einer solchen Forderung würde nicht nur dem grundsätzlichen Gerechtigkeitsgedanken eines solidarischen Gesundheitssystems Folge leisten, sondern auch nachhaltigen Nutzen für PatientInnen und das Gesundheitssystem erwirken.

Bis dahin dürfte allerdings der empirische Befund von Margraf [2009, 13, S. 147] zur Kostenanalyse von psychischen Störungen in Deutschland und in der Schweiz aufrecht bleiben: „Statt früh, ambulant und kostengünstig werden psychische Störungen spät, stationär und teuer behandelt.“

Verteilungsgerechtigkeit

⁷http://bmsk2.cms.apa.at/cms/site/attachments/4/5/5/CH0107/CMS1232705650368/sozialbericht_mitcover.pdf, download 15 Februar 2009.

4 Methodik

4.1 Literatursuche

Diese Studie basiert auf einer systematischen Literatursuche, die in folgenden Datenbanken durchgeführt wurde:

- ✿ MEDLINE
- ✿ Embase
- ✿ DARE
- ✿ NHS-EED
- ✿ HTA-DB
- ✿ The Cochrane Library
- ✿ PsycInfo
- ✿ ECONLIT

4.2 Literaturauswahl

Bei der Literaturauswahl und der damit verknüpften Suchstrategie wurde folgende Vorgehensweise gewählt:

- ✿ *Population*
 - ✿ Kinder und Jugendliche (0 – 18 Jahre); alle psychiatrischen Diagnosen des Kindes- und Jugendalters;
- ✿ *Intervention*
 - ✿ Psychiatrische Versorgungsmodule der Kinder- und Jugendpsychiatrie (stationär; teilstationär; extramurale Versorgungszentren);
- ✿ *Outcomes*
 - ✿ Klinische Symptomatik; Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit; Lebensqualität;
 - ✿ Langzeit-Outcomes, wie z.B. Schulerfolg, Arbeitsfähigkeit oder soziale Integration;
 - ✿ Ökonomische Outcomes, wie direkte und indirekte Kosten; Kosteneffektivitäts-, Kostennutzwert-, Kostennutzenverhältnis (siehe gesonderter LBI für HTA Bericht).

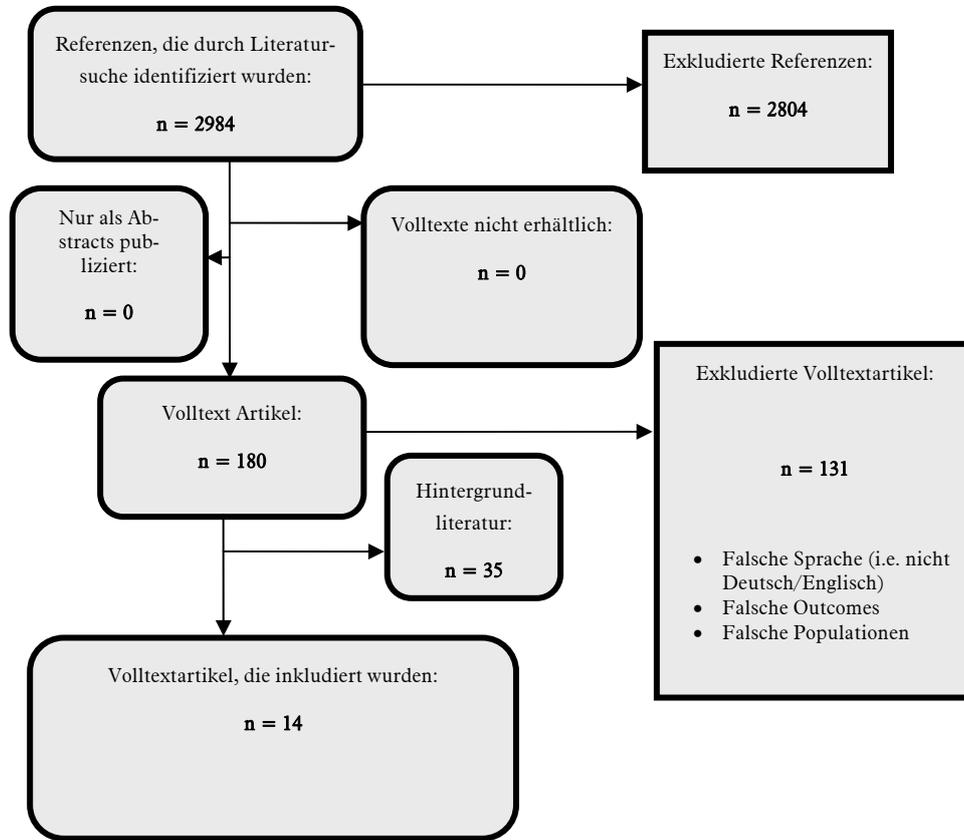
Explizit ausgeschlossen wurden Artikel, die sich mit Therapievergleichen beschäftigten, da das Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit eine Zusammenschau von Evaluierungserfahrungen und keine Gegenüberstellung von kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen darstellt. Studien, die sich somit explizit nur mit der Evaluierung von speziellen Behandlungen für ganz bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder auseinandersetzen wurden in dieser Literaturübersicht nicht berücksichtigt.

Insgesamt ergaben die systematische Literatursuche und die Handsuche 2984 Literaturzitate. Die Begutachtung und Auswahl erfolgte durch zwei von einander unabhängige Personen. Bei unterschiedlichen Bewertungen wurde durch Diskussion bzw. die Einbeziehung einer dritten Person ein

Ausschlusskriterien

Qualitätssicherung

Konsens herbeigeführt. Die folgende Abbildung schildert den Auswahlprozess:



5 Evaluierungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprogrammen

5.1 Definitionen, Bedeutungen und Zielsetzungen von Evaluierungen

Der Begriff *Evaluierung (Evaluation)* ist eng verknüpft mit jenen von *Qualität, Qualitätsbeurteilung* und *Qualitätssicherung*. Prinzipiell bedeutet Qualität im Gesundheitswesen zunächst eine „patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und Gesamtbevölkerung zu erhöhen“ [Sens et al. 2007, 17, S. 5]. Für den Fokus der Evaluierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind darüber hinaus die Erläuterungen von Fritz Mattejat und Helmut Remschmidt [1995, 18, S. 72] relevant, da sie ein zielgruppenadäquates und umfassendes Spektrum an Evaluierungselementen vorschlagen. Die beiden deutschen Experten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie forschen und publizieren seit Jahrzehnten zu Themen der Evaluierung von Behandlungsprogrammen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Qualitätsbegriffe, die dabei das theoretische Fundament in ihren Arbeiten bilden, erklären sie wie folgt: „*Qualität* ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht. Davon ausgehend bedeutet dann *Qualitätsbeurteilung*, Abweichungen zwischen der Ist- und der Soll-Ausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen“ [Mattejat; Remschmidt 1995, 18, S. 72]. Die Autoren folgern, dass es Aufgabe von *Qualitätssicherung* ist, die Ursachen von Soll-/Ist-Abweichungen aufzudecken und mit geeigneten Korrekturmaßnahmen zu beseitigen – Ziel sei es schließlich, gegenwärtig bestehende Qualitätsdefizite in Zukunft zu vermeiden.

Diese Definition verdeutlicht, dass Qualität per se kein Merkmal darstellt. Erst durch das Darlegen der Ansprüche bzw. Absichten, die mit einer Qualitätsüberprüfung gemacht werden, wird klar, wie qualitativ die medizinisch-therapeutische Dienstleistung ist und ob die formulierten Ziele auch erreicht wurden.

Evaluierung bedarf auch einer klaren Eingrenzung hinsichtlich der Frage „was“ soll evaluiert bzw. bewertet werden? Im Prozess der Qualitätssicherung hat sich international eine Einteilung durchgesetzt, die drei Aspekte umfasst. Die Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“ der „Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie“ unterscheidet dabei zwischen der *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität*. Diese Dreiteilung stammt bereits aus den 1960er Jahren und geht auf Avedis Donabedian zurück, der die drei Begriffe folgendermaßen operationalisiert: „*Structure* describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment. *Process* is what is done in caring for patient. *Outcome* is what is achieved, as improvement usually in health but also in patient’s attitudes, knowledge, and behaviour conducive to future health“ [Sens et al. 2007, 17].

Definition und verwandte Begriffe

Transparenz von Absichten

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Fragen zur Strukturqualität beschäftigen sich demzufolge mit demografischen, finanziellen, personellen und materiellen Aspekten der zu evaluierenden Institution. Bei der Prozessqualität (oder auch Behandlungsqualität) geht es um die Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe. Die Ergebnisqualität umfasst diesem Verständnis zufolge die Effektivität und Effizienz der erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen und den Behandlungserfolg - dies umschließt auch Fragen, die auf die Zufriedenheit der PatientInnen und anderer involvierter AkteurInnen fokussieren [vgl. Mattejat and Remschmidt 1995, 18, S. 72]. Die für diesen Bericht eingeschlossenen Studien behandeln ausschließlich die Prozess- und/oder Ergebnisqualität im Evaluierungsprozess von kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsentitäten.

Bedeutungen und Zielsetzungen von Evaluierungen

Evaluierungsprozesse im Bereich medizinischer Behandlungen verfolgen oftmals das primäre Ziel, in Form von Therapievergleichen herauszufinden, welches Verfahren anderen gegenüber das Überlegene ist [vgl. Callias 1992, 19, S. 40]. Überdies besteht in der Therapieforschung das wissenschaftlich begründete Anliegen, Behandlungen einer Effizienz- und Effektivitätsprüfung zu unterziehen. Letztlich ergibt sich so die Bedeutung von Evaluierungen aus Grundsätzen und Anforderungen bezüglich der Behandlungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (und in anderen Psychriefeldern):

Tabelle 5.1-1: Grundsätze und Anforderungen an Behandlungsmethoden

Grundsätze	Anforderungen
1. Grundsatz der Spezifität	Behandlungen müssen den jeweiligen Störungsmustern entsprechen. Behandlungen müssen häufig modifiziert werden. Welche Methode angewandt wird, richtet sich nach der Praktikabilität und der Wirksamkeit beim jeweiligen Krankheitsbild.
2. Grundsatz der alters- und entwicklungsbezogenen Abwandlung	Behandlungen müssen Modifikationen auf verschiedenen Alters- und Entwicklungsstufen erlauben.
3. Grundsatz der Variabilität und Praktikabilität	Behandlungen müssen in der Durchführung variabel und in verschiedenen Settings praktikabel sein.
4. Grundsatz der Evaluierung und der Effizienzprüfung	Ihre Wirksamkeit sollte nachgewiesen sein, möglichst im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden, und auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Dieser Grundsatz gilt sowohl für die somatischen Behandlungsmethoden als auch für die Psychotherapie. Was Letztere betrifft, so gibt es erst wenige aussagekräftige und methodisch ausgereifte Studien.

Quelle: [Remschmidt 2008, 3, S. 355]

5.2 Deskriptive Aspekte bei der Evaluierung von Therapieprogrammen

5.2.1 Evaluierungspopulationen

Die Einbindung diverser AkteurInnen (PatientIn; Familienmitglieder; therapeutisches Fachpersonal) ist nicht nur bei der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen erforderlich, sondern auch bei Evaluierungsprozessen von kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinheiten bzw. -programmen. Diese Notwendigkeit basiert v.a. auf dem Verständnis, dass nicht nur klinische Veränderungen (etwa Remissionsraten von Symptomen) im Vordergrund von Evaluierungen stehen sollen, sondern auch Informationen von Bezugs- und Betreuungspersonen, die etwa dazu beitragen können, das Wiederauftreten einer psychischen Beeinträchtigung (zumindest weitgehend) zu verhindern oder abzuschwächen [vgl. Hibbs 2001, 20, S. 9].

Im Idealfall findet die Einbindung der Beteiligten in Form eines partizipativen Prozesses bereits bei der Bestimmung der angestrebten Outcomes statt, wobei die Zusammenarbeit kontinuierlich über alle Phasen der Evaluierung hinweg läuft: „When implemented well, evaluators and community stakeholders work together in all phases of the evaluation; that is, from the specification of questions, the research design (including selecting measures), data collection, data analysis, and dissemination and utilization of the evaluation information“ [Perry et al. 2007, 21, S. 125].

Kinder und Jugendliche als „direkte“ Zielgruppe einer psychiatrischen Behandlung spielen bei der Erfolgsbeurteilung eine integrale Rolle. Ihre Wahrnehmungen werden (je nach Altersgruppe) häufig in Form von Beurteilungsskalen, Interviews oder Selbstbeschreibungen erhoben, die wertvolle Aufschlüsse über den Behandlungsverlauf geben [vgl. Newcomb; Drabman 1995, 1, S. 7].

Aufbauend auf einem entwicklungspsychologischen Verständnis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, kommt der Einbindung von Eltern bzw. Elternteilen in der Evaluierung von Therapieforschritten eine enorm wichtige Rolle zu [vgl. Remschmidt 2008, 3, S. 478]. Dies gilt v.a. auch für Behandlungsprogramme, die teilstationär oder in extramuralen Versorgungszentren durchgeführt werden. Die Beschreibungen der Eltern sind generell wichtige Informationsquellen, wenngleich auch die „Biasanfälligkeit“ von Elternteilen durch die familiäre Nähe zu berücksichtigen bzw. bei Erfolgsüberprüfungen mitzudenken ist. Da psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche sehr oft aus psychisch belasteten Familien stammen, ist die Möglichkeit einer Elterneinbindung bzw. anderer Personen, die dem/r PatientIn nahe stehen, von Fall zu Fall zu entscheiden.

Darüber hinaus wird in Bewertungsprozessen dem medizinischen, therapeutischen und sozial-pädagogischen Personal eine tragende Rolle zu geschrieben. FachärztInnen, psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger, PsychotherapeutInnen und TherapeutInnen anderer Fachgruppen sowie PädagogInnen sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Alltagsbezüge zum Kind oder zum/r Jugendlichen wichtige BeobachterInnen in Bezug auf Veränderungen jeglicher Art [vgl. Newcomb and Drabman 1995, 1, S. 7].

Bedeutung von Teilsystemen

Partizipation von AkteurInnen

Einbindung von Kindern und Jugendlichen

Einbindung von Eltern

Einbindung von Fachpersonal

5.2.2 Evaluierungszeitpunkte

Die Anamnese und die daran anschließende Diagnoseerstellung bilden den eigentlichen Beginn eines Evaluierungsprozesses, der im weiteren Behandlungsverlauf immer wieder als Referenzpunkt fungiert, um das Ausmaß von Veränderungen feststellen zu können.

Messzeitpunkte ($T_1 - T_n$)

In der Literatur lassen sich zumindest zwei, meist aber drei Messzeitpunkte (T) feststellen, die für eine Erfolgs- und –zufriedenheitskontrolle von Therapien entscheidend sind:

- ✧ Behandlungsbeginn
- ✧ Behandlungsabschluss (nach einem kürzeren Zeitraum, z.B. 4 bis 6 Wochen nach stationärer Entlassung)
- ✧ Katamnese (nach einem längeren Zeitraum, z.B. nach 1,5 Jahren)

„ Sleeper effects “

Zeitlich ausgedehnte Messzeitpunkte erfüllen u.a. den Zweck, sogenannte „sleeper effects“ v.a. bei psychodynamischen Therapieverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie festzuhalten: „So-called sleeper effects from child psychotherapy trials alert us to the possibility that the impact of therapy may not be present at the end of treatment [...] This suggests that extended follow-up periods should be the norm;“ [Fonagy 1996, 22, S. 588]. Allerdings tritt bei zu weit auseinander liegenden Verlaufskontrollen das Problem auf, dass eventuelle Veränderungen zwischen dem Behandlungsende und einem nachfolgenden Messzeitpunkt nicht als „direkter Erfolg“ eines Therapieprogramms interpretiert werden können, da PatientInnen u.U. andere Interventionen in Anspruch genommen haben.

6 Ergebnisse der Literatursuche

6.1 Allgemeine Beschreibung der eingeschlossenen Studien

Insgesamt wurden 14 Studien für die Beantwortung folgender Forschungsfragen identifiziert:

1. Anhand welcher Dimensionen, Indikatoren und mit welchen Erhebungsinstrumenten werden Therapieangebote in der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im internationalen Kontext evaluiert?
2. Welche Evaluierungsergebnisse wurden in internationalen Studien bereits festgestellt und können als „Benchmarks“ für österreichische Therapieangebote identifiziert werden?
3. Welche Langzeit-Outcomes wurden empirisch erhoben?

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die deskriptiven Kernparameter der ausgewählten Evaluierungsstudien, die im Kapitel 5.2 beschrieben wurden.

Alle dargestellten Studien beschäftigen sich mit der (Erfolgs)Überprüfung von kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen, die in einem vorwiegend *stationären Setting* (12 von 14 Evaluierungseinheiten) angeboten wurden. Wesentliches Charakteristikum ist hierbei die *Veränderungsmessung im zeitlichen Verlauf*. Eine Gegenüberstellung von Messwerten zwischen T_1 und T_n (beispielsweise zwischen Behandlungsbeginn und -ende) wird zwar in fünf Studien nicht explizit erwähnt, jedoch diskutieren die AutorInnen, wie in den übrigen neun Berichten, die Ergebnisse vor dem Hintergrund eines zeitlichen Verlaufs.

Der Evaluierungsschwerpunkt in den 14 Studien liegt beinahe zur Gänze auf dem allgemein angebotenen „diagnostisch-therapeutischen Behandlungsprogramm“. Einige AutorInnen machen hierzu nähere Angaben und beschreiben das Behandlungsangebot als Überbegriff für medizinische, psychotherapeutische, psychologische, psychosoziale, familienorientierte und pädagogische Interventionen.

Effektivitäts- und Zufriedenheitsüberprüfungen basieren auf freiwilliger Teilnahme der PatientInnen und/oder ihrer Bezugs- und Betreuungspersonen. Die angegebenen Evaluierungspopulationen in der Tabelle 6.1-1 beziehen sich bereits auf die ausgewählten Stichproben. In den Methodologien der meisten Studien finden sich umfangreiche Darstellungen zur Samplebildung. Durch den katamnestischen Charakter der Studien konnten jedoch in manchen Fällen einige ehemalige PatientInnen nicht mehr kontaktiert werden (z.B. wegen Umzug) oder verweigerten aus persönlichen Gründen die Teilnahme an einer „ex post“ Befragung. EvaluatorInnen können demzufolge durch große Zeitspannen zwischen T_1 und T_n vor organisatorische Probleme bei der Sampleerstellung gestellt werden, die eine Veränderungsmessung u.U. nicht zulassen.

14 eingeschlossene Studien

überwiegend Effektivitätskontrollen von stationären Einheiten

Studienschwerpunkte: Behandlungsangebote

Problem: Größe und Auswahl der Studienpopulation

<p>weitgehend „große“ Samples</p>	<p>Die Studienpopulationen in den 14 ausgewählten Studien werden jedoch als überwiegend „groß“ beschrieben (> 100 Befragte) – jene Studien mit kleineren Samples wurden in der Literaturübersicht dennoch berücksichtigt, da nicht die klinische Überprüfung einer medizinischen Intervention im Vordergrund steht, sondern vielmehr das methodische Herangehen an Evaluierungsprozesse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eventuelle Unschärfen in den Stichproben sollen daher weder die Bedeutung der vorgeschlagenen Dimensionen, Indikatoren und Instrumente noch die Bedeutung der Qualitätssicherung schmälern.</p>
<p>Problem der Stichprobenverzerrung</p>	<p>Darüber hinaus ist bei der Interpretation von Evaluierungsstudien zu berücksichtigen, dass sich durch die Freiwilligkeit der Teilnahme Stichprobenverzerrungen ergeben können, da mitunter nur jene PatientInnen (und Bezugspersonen) bereit sind Auskunft über den Krankheitsverlauf zu geben, bei denen therapeutische Interventionen erfolgreich waren.</p>
<p>kritische Anschlussfragen</p>	<p>Eine Korrelation zwischen Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit kann daher die Repräsentativität der teilnehmenden Personen in Studien in Frage stellen, wodurch u.a. folgende Anschlussfragen bei der kritischen Durchsicht zu stellen sind: <i>Wer</i> sind die Befragten? Finden sich vorwiegend „Erfolgsverläufe“ bei den Befragten? <i>Wo</i> und <i>wie</i> können die „Unzufriedenen“ bzw. nicht erfolgreich behandelten PatientInnen berücksichtigt werden?</p>

Tabelle 6.1-1 Deskription der eingeschlossenen Evaluierungsstudien

AutorInnen/Jahr/Land	Zielsetzung d. Studie u. Untersuchungszeitraum ⁸	Organisatorisches Setting d. Evaluierungseinheit(en)	Evaluierungszeitpunkte	Evaluierungspopulationen u. Datenbasis (N)
[Cropp et al. 2008, 23] / Deutschland	Evaluierung des Zusammenhangs zwischen Behandlungserleben und Behandlungseffektivität 2002 – 2006	stationär ✓	T ₁ Innerhalb d. ersten Behandlungswoche (BHW)	KuJ ✓ 95 (T ₁ /T ₂)
		teilstationär ---	T ₂ Innerhalb d. letzten BHW	Eltern --- ---
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere ⁹ (TH) ✓ Keine Angaben (k.A. ¹⁰) (T ₂)
[Fleischhaker et al. 2008, 24] / Deutschland	Evaluierung zum Langzeitverlauf von stationären Aufenthalten 1983 – 1988	stationär ✓	T ₁ 20 Jahre später	KuJ ✓ 104 (T ₁)
		teilstationär ---	T ₂ ---	Eltern --- ---
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---
[Green et al. 2007, 25] / Großbritannien	Evaluierung zur Therapieeffektivität von stationären Aufenthalten 02/2001 - 04/2002	stationär ✓	T ₁ Vor Aufnahme	KuJ ✓ 150 (T ₁ – T ₄)
		teilstationär ---	T ₂ Aufnahme	Eltern ✓ k.A.
		„Zentrum“ ---	T ₃ Entlassung	Andere (TH/P) ✓ k.A.
			T ₄ Nach einem Jahr	
[Remschmidt; Matzejat 2006, 26] / Deutschland	Evaluierung zur Behandlungseffektivität und -zufriedenheit 09/1999 – 03/2006	stationär ✓	T ₁ Innerhalb v. 2 BHW	KuJ ✓ 776 (T ₁ – T ₄)
		teilstationär ---	T ₂ Entlassung	Eltern ✓ k.A. (T ₁ – T ₄)
		„Zentrum“ ---	T ₃ 6 Wochen nach Entlassung	Andere (TH) ✓ k.A. (T ₁ – T ₃)
			T ₄ Nach einem Jahr	

⁸ Jene Zeitspanne in der der Evaluierungspopulation eine kinder- und / oder jugendpsychiatrische Behandlung zuteil wurde.

⁹ Diese Kategorie umfasst folgende Berufs- bzw. Standesgruppen: ÄrztInnen und/oder PsychotherapeutInnen (TH); LehrerInnen bzw. PädagogInnen (P)

¹⁰ Keine Angabe

AutorInnen/Jahr/Land	Zielsetzung d. Studie u. Untersuchungszeitraum	Organisatorisches Setting d. Evaluierungseinheit(en)	Evaluierungszeitpunkte	Evaluierungspopulationen u. Datenbasis (N)
[Mattejat et al. 2006, 27] / Deutschland	Evaluierung zur Behandlungseffektivität und -zufriedenheit in neun kinder- und jugendpsychiatrischen Fachpraxen 05/2004 – 04/2006	stationär ---	T ₁ Erstvorstellung	KuJ ✓ 728 (T ₁ – T ₃)
		teilstationär ---	T ₂ Nach 3 Monaten	Eltern ✓ k.A.
		„Zentren“ (9 Modellpraxen) ✓	T ₃ Nach 1 Jahr	Andere (TH) ✓ k.A.
[Winter et al. 2005, 28] / Deutschland	Erhebung von Therapiezielen und Zusammenhang mit -effektivität 01/2002 – 06/2003	stationär ✓	T ₁ Innerhalb v. 2 BHW	KuJ ✓ 35 (T ₁ /T ₂)
		teilstationär ---	T ₂ Entlassung	Eltern ✓ k.A. (T ₁ /T ₂)
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere (TH) ✓ 7 (T ₁ /T ₂)
[Mattejat et al. 2003, 29] / Deutschland	Evaluierung eines Erhebungsinstrumentes (schriftlicher Fragebogen) zur Erfassung der Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in 7 Kliniken und 7 Fachpraxen 03/1998 – 02/1999	stationär ✓	T ₁ Behandlungsbeginn (stationär bzw. ambulant)	KuJ ✓ 173 stat. 453 ambul. (T ₁)
		teilstationär ---	T ₂ ---	Eltern ¹¹ --- ---
		„Zentrum“ ✓	T ₃ ---	Andere --- ---
[Remschmidt et al. 2003, 30] / Deutschland	Evaluierung und Vergleich zweier Erhebungsinstrumente (Telefoninterview und persönliche Befragung) zur Überprüfung einer längerfristigen Behandlungseffektivität und -zufriedenheit bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen 03/1996 – 08/1997	stationär ✓	T ₁ 1,5 Jahre nach Behandlungsende	KuJ --- ---
		teilstationär ---	T ₂ ---	Eltern ✓ 32 (T ₁)
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---
[Distler 2002, 31] / Deutschland	Evaluierung von Elternangaben zur Behandlungsmotivation und -effektivität 02/1998 – 07/2000	stationär ✓	T ₁ Behandlungsbeginn	KuJ --- ---
		teilstationär ---	T ₂ Entlassung	Eltern ✓ k.A. ¹² (T ₁ /T ₂)
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---

¹¹ Im Rahmen dieser Untersuchung wurden auch Angaben von Eltern und beteiligten TherapeutInnen zur Lebensqualität der PatientInnen aufgenommen – die AutorInnen beschränken sich in dieser Studie allerdings auf die „Selbstbeurteilung“ der Kinder und Jugendlichen.

¹² Es finden sich in der Studie keine Hinweise zum Stichprobenumfang der befragten Eltern – die verfügbaren Informationen geben lediglich Auskunft, dass es sich um Elternangaben von 72 PatientInnen handelt. Zudem weist die Autorin darauf hin, dass auch PatientInnen zu einer Befragung eingeladen wurden, diese Daten allerdings zum Zeitpunkt der Publikationserstellung (noch) keine Berücksichtigung fanden.

AutorInnen/Jahr/Land	Zielsetzung d. Studie u. Untersuchungszeitraum	Organisatorisches Setting d. Evaluierungseinheit(en)	Evaluierungszeitpunkte	Evaluierungspopulationen u. Datenbasis (N)
[Mattejat et al. 2001, 32] / Deutschland	Evaluierung zum Krankheitsverlauf und zu Langzeiteffekten hinsichtlich erfolgter Behandlungen in zwei unterschiedlichen Behandlungssettings (stationär und „home treatment“) an zwei kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken 1987 – 1989	stationär ✓	T ₁ Behandlungsbeginn	KuJ ✓ G 1 ¹³ :33 (T ₁ /T ₂) G 2: 35 (T ₁ /T ₂)
		teilstationär ✓ „home treatment“	T ₂ Entlassung	Eltern --- ---
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---
[Kaplan et al. 2001, 33] / USA	Evaluierung zur Behandlungseffektivität und -zufriedenheit 03/1994 – 12/1995	stationär ✓	T ₁ Behandlungsende (2 Wochen nach Entlassung)	KuJ ✓ 166 (T ₁)
		teilstationär ---	T ₂ ---	Eltern ✓ 111 (T ₁)
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---
[Bonney 1998, 34] / Deutschland	Evaluierung zur Effektivität der eingesetzten Arbeitsweisen in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie k.A.	stationär ---	T ₁ Anmeldung im „Zentrum“	KuJ ✓
		teilstationär ---	T ₂ 2 Jahre nach Erstvorstellung	Eltern ✓ 109 ¹⁴ (T ₁ /T ₂)
		„Zentrum“ ✓	T ₃ ---	Andere --- ---
[Jungmann 1985, 35] / Deutschland	Evaluierung von Elternbeurteilungen zu Behandlungseffekten bei Kindern und Jugendlichen 1977 – 1979	stationär ✓	T ₁ 3 – 5 Jahre nach Entlassung	KuJ --- ---
		teilstationär ✓	T ₂ ---	Eltern ✓ 87 (T ₁)
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---
[Kammerer; Gobel 1985, 36] / Deutschland	Evaluierung zur Behandlungszufriedenheit von ehemaligen PatientInnen einer Kinder- und Jugendpsychiatrie 1979 – 1983	stationär ✓	T ₁ 1,5 Jahre nach Entlassung	KuJ ✓ 74 (T ₁)
		teilstationär ---	T ₂ ---	Eltern --- ---
		„Zentrum“ ---	T ₃ ---	Andere --- ---

¹³ Gruppe 1 (stationäre PatientInnen) und Gruppe 2 („home treatment“ PatientInnen)

¹⁴ Der Autor macht keine detaillierten Angaben zur Stichprobengröße der PatientInnen bzw. der Eltern – er verweist in Bezug auf die Evaluierungsergebnisse, die 2 Jahre nach der Erstvorstellung gewonnen wurden, auf „109 Fälle“ – diese werden in der Studie als „Familien/Klienten“ bezeichnet.

6.2 Analyserahmen für Evaluierungsstudien: Dimensionen, Indikatoren und Instrumente

Für die vorliegende systematische Literaturübersicht wurde ein dreistufiger Analyserahmen gewählt, der die Bereiche *Evaluierungsdimensionen*, *-indikatoren* und dazugehörige *-instrumente* enthält und die organisatorische Struktur der Datenextraktionstabellen bildet.

Evaluierungsdimensionen und -indikatoren	Die relevanten Aspekte der Evaluierungsdimensionen ergeben sich aus den Forschungsfragen und den Einschlusskriterien für die Literatursauswahl. Bewertungsdimensionen geben Auskunft über zunächst allgemein formulierte Evaluierungsziele, die in einem weiteren Schritt mit Indikatoren definiert, präzisiert und empirisch fassbar gemacht werden.
Begriffsklärung	Evaluierungsindikatoren werden in der Fachliteratur auch als <i>Outcomes</i> bezeichnet. Outcomes stellen die „abhängige Variable“ in einem Evaluierungsprozess dar und dienen der Operationalisierung einer Evaluierungsdimension. Ein Evaluierungsindikator ist somit eine begriffliche Verfeinerung, der die methodische Nachvollziehbarkeit intendiert und eine gemeinsame Verstehens- und Interpretationsebene ermöglicht. Dies ist insofern bedeutsam als dass eine Evaluierungsdimension je nach AkteurIn (und Messzeitpunkt etc.) unterschiedlich verstanden werden kann. Zum Beispiel haben verschiedene Aspekte der Behandlungszufriedenheit für PatientInnen oder Eltern u.U. eine anders gelagerte Relevanz als für die involvierten TherapeutInnen.
Evaluierungsinstrumente	Schließlich kommen (größtenteils) standardisierte Instrumente zum Einsatz mit denen die Indikatoren einer empirischen Überprüfung (Messung) unterzogen werden, wobei hier unterschiedliche Instrumente bzw. Verfahren zum Einsatz kommen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Differenzierung zwischen Instrumenten der „direkten“ und der „indirekten“ Veränderungseinschätzung.
direkte Veränderungsmessung	Evaluierungsverfahren, die unmittelbar auf die Befragung der PatientInnen bzw. deren Bezugspersonen abzielen, dienen einer „direkten“ Messung von Veränderungen, wodurch Einschätzungen aus „erster Hand“ gewonnen werden können. Dies ist u.a. bei Dimensionen, wie der Behandlungszufriedenheit von Interesse, da hier keine normierten Referenzwerte zur Beurteilung notwendig sind und die Partizipation der Betroffenen am Behandlungsgeschehen gefördert wird.
indirekte Veränderungsmessung	Mit indirekten Veränderungsmessungen („Prä-Post-Untersuchungen“) kann hingegen festgestellt werden, inwieweit eine Behandlung im Zeitverlauf (z.B. zwischen Aufnahme und Entlassung) Veränderungen (etwa in der klinischen Symptomatik) bewirkte und ob eventuelle Unterschiede eine statistische und/oder klinische Relevanz für die PatientInnen besitzen.
Symptom based psychopathology measures vs. Patient based measures	Weiters kann bei der Evaluierung von psychiatrischen Behandlungsprogrammen u.a. zwischen Instrumenten unterschieden werden, die die Häufigkeit und Intensität von psychiatrischen Krankheitsbildern beschreiben („symptom based psychopathology measures“) und solchen, die Aufschluss über das Ausmaß der Beeinträchtigung auf das Alltagsleben geben („patient based measures“).

Darüber hinaus lassen sich unterschiedliche Kategorien von Evaluierungsinstrumenten identifizieren, die zumeist als „rating scales“ zur Verfügung stehen [vgl. Gilbody et al. 2003, 37, S. 19f.]:

- ❖ *Beurteilungsskala zur allgemeinen Psychopathologie*¹⁵: ein Erhebungsinstrument, das vorwiegend Symptome identifiziert, die in direktem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Krankheitsbild stehen;
- ❖ *Globales Outcome Maß*¹⁶: ein Erhebungsinstrument, das die Schwere der psychiatrischen Störung beschreibt sowie die Auswirkungen auf allgemeine Lebensbereiche und Alltagsfunktionen;
- ❖ *Allgemeines patientenbezogenes Outcome Maß*¹⁷: ein Erhebungsinstrument, das gesundheitsbezogene Lebensbereiche erfasst (wie etwa allgemeine gesundheitsrelevante Aspekte von Lebensqualität) unabhängig vom Krankheitsbild oder einer Diagnose;
- ❖ *Krankheitsspezifisches und patientenbezogenes Outcome Maß*¹⁸: ein Erhebungsinstrument, das gesundheitsbezogene Lebensbereiche erfasst (wie etwa allgemeine gesundheitsrelevante Aspekte von Lebensqualität) abhängig vom Krankheitsbild oder einer Diagnose;
- ❖ *Lebensbereichspezifisches und patientenbezogenes Outcome Maß*¹⁹: ein Erhebungsinstrument, das bestimmte gesundheitsbezogene Lebensbereiche erfasst (wie etwa physische Gesundheit; kognitive Fähigkeiten; soziale Integration in gesellschaftlichen Subsystemen; etc.) – hierzu zählen auch Instrumente, die die Behandlungszufriedenheit erheben, die bei Themen- und Fragestellungen aus dem psychiatrischen Bereich eine besonders wichtige Facette von „patient based outcomes“ darstellt.

6.3 „MARSYS“ – Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation

Im Zuge der systematischen Literatursuche kristallisierte sich mit dem „MARSYS“ ein integratives Methoden- und Instrumentenset zur Evaluierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprogrammen heraus, das als „good practice“ Modell bezeichnet werden kann.

MARSYS: Integratives Modell

Der Grund für diese exemplarische Vorstellung liegt primär in der Vielfältigkeit der berücksichtigten Akteursperspektiven und der gekoppelten Überprüfung von „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Entwicklung von neuen Überprüfungsverfahren und die Integration von bestehenden und bewährten Instrumenten unterstreicht die Bedeutung von „MARSYS“.

¹⁵ Psychopathological rating scale

¹⁶ Global outcome measure

¹⁷ Generic patient based outcome measure

¹⁸ Disease specific patient based outcome measure

¹⁹ Domain specific patient based outcome measure

„MARSYS“ ist das Resultat eines langjährigen Forschungsprozesses an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Philipps-Universität Marburg, wo verschiedene Evaluierungsinstrumente und –abläufe entwickelt, erprobt und empirisch überprüft wurden. Seit September 1999 wird „MARSYS“ nun „routinemäßig“ an der dortigen Einrichtung eingesetzt bzw. weiterentwickelt und dient der Überprüfung der angebotenen Behandlungsprogramme für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Seither wurden einige „MARSYS“-Instrumente auch an anderen Institutionen zur Erfolgs- und/oder Zufriedenheitsbewertung verwendet, wie auch die Ergebnisse in der Tabelle 6.5-3 zeigen.

6.3.1 „MARSYS“-Evaluierungsdimensionen

Im Wesentlichen befasst sich „MARSYS“ mit drei Dimensionen, die sich (neben anderen) in der Literaturrecherche als integrale Elemente in der Evaluierung herausstellten. Dabei handelt es sich um

- ❖ den Behandlungserfolg
- ❖ die Behandlungszufriedenheit und
- ❖ die Lebensqualität und –zufriedenheit von Kindern/Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen

„BADO“ - Basisdokumentation

Einer Evaluierung vorangestellt sind zumeist Rahmenangaben zum/r PatientIn, seiner/ihrer Lebenssituation und der empfohlenen Behandlung, die allesamt mit der „Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie²⁰“ erfasst werden. Konkret werden mit der BADO folgende Teilbereiche erhoben:

- ❖ 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 gebessert; deutlich gebessert etc.).

²⁰ Download zum Beispiel unter http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/Doku/BADO_4_amb.pdf

6.3.2 „MARSYS“-Instrumente und Indikatoren für den Behandlungserfolg

Instrument: MSR

Langname	Marburger Symptomrating
Indikatorenzuteilung	Klinische Symptomatik
Beschreibung	<p>Mit diesem Instrument werden die individuellen Symptome bzw. Belastungen der PatientInnen innerhalb der letzten drei Monate erfasst. Dabei gilt als eine psychiatrisch relevante Belastung als individuelles Symptom, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> ☛ das Kind subjektiv darunter leidet oder ☛ der Handlungsspielraum bzw. eine normale Lebensführung des Kindes dadurch eingeschränkt ist oder ☛ wenn das Symptom einen belastenden Einfluss auf die weitere psychische Entwicklung des Kindes hat und deshalb eine Veränderung bezüglich dieses Merkmals therapeutisch wünschenswert wäre. <p>Zentrale Leitfrage: „Ist wegen dieses Symptoms eine Behandlung notwendig?“</p>
Angaben zur Methode	Standardisiertes Interview; 22 Ratingskalen; 5-stufige Skalierung von „Belastung nicht vorhanden (=0)“ bis „Schwere Belastung (=5)“; minimale Symptombelastung: keine Behandlungsnotwendigkeit; leichte Symptombelastung: eine Behandlung ist sinnvoll; deutliche Symptombelastung: es besteht eine Behandlungsnotwendigkeit; schwere Symptombelastung: eine (stationäre) Behandlung ist dringend indiziert.
Beispiel Item(s)	„Klagt [Name des/der PatientIn] über gedrückte Stimmung oder Traurigkeit?“; „Hat [er/sie] zu wenig Selbstbewusstsein wie z.B. Gefühle von Wert- und Nutzlosigkeit, Dummheit, Hässlichkeit?“; „Hat [er/sie] Angst vor bestimmten Menschen oder Dingen oder ist [er/sie] in manchen Situationen ängstlich?“ etc.
Zielgruppe(n)	Eltern

Quelle: [Mattejat et al. 2006, 27]

Instrument: LISTE

Langname	Liste individueller Symptomfragen zur Therapie-Evaluation
Indikatorenzuteilung	Klinische Symptomatik
Beschreibung	Dieses Erhebungsverfahren erlaubt eine objektive Erfassung des Therapieerfolgs, die im Anschluss an Therapiestunden durchgeführt wird. Dabei werden zu Behandlungsbeginn vom Therapeuten/von der Therapeutin die psychopathologisch wichtigsten Symptome in Form von Fragen thematisiert. Im Zuge einer Katamnese können diese (etwa den Bezugspersonen) wiederholt gestellt werden, um die Restsymptomatik nach erfolgter Behandlung festzustellen. Das Testergebnis zeigt die Anzahl der reduzierten und noch bestehenden Symptome an. Zudem wird ein prozentualer individueller Verbesserungsindex (IVI-Proz) berechnet, der die Anzahl der remittierten Symptome in Prozent anzeigt.
Angaben zur Methode	Einschätzung der Symptome mittels dichotomer Variablen: „Symptom vorhanden vs. nicht vorhanden“; IVI-Proz > 80 % = remittierte Symptomatik; IVI-Proz < 80 % = Symptomatik nicht oder partiell remittiert
Beispiel Item(s)	k.A.
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche; Eltern; TherapeutInnen
Zusätzliche Instrumente zur Erfolgsüberprüfung	Darüber hinaus kommen bei „MARSYS“ noch weitere Instrumente zur Erfolgsprüfung zum Einsatz, die allerdings an dieser Stelle nicht beschrieben werden, da es sich um Ergänzungsverfahren von anderen AutorInnen handelt, die und unter Kapitel 6.5 genauer dargestellt werden. Dabei handelt es sich um die „Child Behavior Checklist“ (CBCL), den „Youth Self Report“ (YSR) und den „Strength and Difficulties Questionnaire“ (SDQ).

Quelle: [Mattejat; Remschmidt 2001, 38]

6.3.3 „MARSYS“-Instrumente und Indikatoren für die Behandlungszufriedenheit

Instrument: FBB

Langname	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
Indikatorenzuteilung	Ergebnisbeurteilung; Behandlungsverlauf; Kooperation
Beschreibung	Der FBB misst die subjektive Versorgungsqualität, indem Einschätzungen zum Behandlungsverlauf und -erfolg von den PatientInnen (FBB-P) selbst, deren Eltern (FBB-E) und TherapeutInnen (FBB-T) vorgenommen werden können. In Form von Skalen werden die Ergebnisqualität (Beurteilung des Behandlungserfolgs) und Prozessqualität (Beurteilung des Behandlungsverlaufs und der Kooperation) erfragt. Zudem kann mit dem FBB ein Gesamtwert zur Behandlungszufriedenheit errechnet werden. Die Version für PatientInnen enthält die Beurteilungsskalen „Erfolg der Behandlung“; „Beziehung zum/r TherapeutIn“; „Rahmenbedingungen der Behandlung“. Den befragten TherapeutInnen stehen die Beurteilungsskalen „Therapieerfolg hinsichtlich der Familie“; „Kooperation mit dem/der PatientIn“; „Kooperation mit der Mutter/dem Vater“ zur Verfügung. Eltern beurteilen den „Erfolg der Behandlung“ und den „Verlauf der Behandlung“.
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; 20 – 26 Items (je nach Zielgruppe); 5-stufige Skalierung von „stimmt überhaupt nicht (=0)“ bis „stimmt ganz genau/immer (=4)“
Beispiel Item(s)	FBB-P: „Die Videoaufzeichnungen waren mir sehr unangenehm.“ (ad „Rahmenbedingungen der Behandlung“)
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche ab 12 Jahre; Eltern; TherapeutInnen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis

Quelle: [Berth; Balck 2003, 39]

6.3.4 „MARSYS“-Instrumente und Indikatoren zur Lebensqualität und –zufriedenheit

Instrument: ILK

Langname	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
Indikatorenzuteilung	Objektive Voraussetzungen und Bedingungen; Handlungs- und Funktionsfähigkeit; Wohlbefinden und Zufriedenheit
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 PatientInnen (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. Prinzipiell ist das ILK nicht ausschließlich für die Bestimmung der Lebensqualität bei psychischen Störungen konzipiert, sondern kann auch für eine Testung von psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen herangezogen werden. Damit sollen in erster Linie Vergleiche mit der „Normalbevölkerung“ ermöglicht werden, die Aufschluss über Lebensqualitätsunterschiede geben. 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: PatientInnen; 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-Achsen.</p>
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen, eine mündliche Befragung ist möglich; 5-stufige Skalierung von „sehr gut (=1)“ bis „sehr schlecht (=5)“
Beispiel Item(s)	Elternfragebogen: „Wie gut kommt Ihr Kind mit den schulischen Leistungsanforderungen, die ihm gestellt werden zurecht?“; „Wie stark ist Ihr Kind durch die Probleme (bzw. die Erkrankung), die Sie zu uns geführt haben, beeinträchtigt oder belastet?“ etc.
Zielgruppe(n)	Kinder und Jugendliche (6 – 18 Jahre); Eltern; ÄrztInnen/TherapeutInnen

Quellen: [Mattejat et al. 2003, 29; Mattejat et al. 1998, 40]

Die nachstehende Tabelle 6.3-1 fasst die „MARSYS“-Instrumente nach Evaluierungszeitpunkten und –populationen zusammen, wobei die Detailbeschreibungen zum „Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Child Behavior Checklist - CBCL)“ sowie zum „Fragebogen für Jugendliche (Youth Self-Report – YSR)“ in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben werden:

Tabelle 6.3-1: „MARSYS“ Instrumente, Evaluierungszeitpunkte und -zielgruppen

Evaluierungszeitpunkte	Evaluierungsinstrumente nach Zielgruppen		
	TherapeutIn	PatientIn	Eltern
Innerhalb d. ersten 2 Wochen	BADO; LISTE; MSR; ILK	YSR; ILK	ILK; CBCL
Entlassung	BADO; LISTE; MSR; FBB	FBB	FBB
6 Wochen nach Entlassung	---	YSR; ILK	LISTE; ILK; CBCL; FBB
Katamnese nach 1,5 Jahren	---	YSR; ILK; FBB	LISTE; ILK; CBCL; FBB

Quelle: [Remschmidt; Matzejat 2006, 26, S. 448]

6.4 Weitere Evaluierungsdimensionen

Neben dem Behandlungserfolg, der Behandlungszufriedenheit und der Lebensqualität lassen sich in den eingeschlossenen Studien noch weitere Bewertungsdimensionen finden:

- ✿ das Behandlungserleben
- ✿ die Behandlungsmotivation sowie
- ✿ Langzeit-Outcomes hinsichtlich z.B. schulischer/beruflicher Entwicklung

6.5 Weitere Evaluierungsindikatoren und –instrumente

Nachfolgend findet sich eine Beschreibung all jener Indikatoren und Instrumente, die in der Literaturrecherche zu *Evaluierungen des Behandlungserfolgs* identifiziert werden konnten.

6.5.1 Messung des Behandlungserfolgs

Instrument: SCL-90-R

Langname	Symptom-Check-Liste (von Derogatis)
Indikatorenzuteilung	Klinische Symptomatik
Beschreibung	<p>Dieses Instrument dient der Erfassung von psychischen Belastungen durch verschiedene Symptome und bezieht sich auf einen Zeitraum der letzten sieben Tage. Die SCL-90-R eignet sich für Messwiederholungen und wird in der Regel bei der Aufnahme, alle 4 Wochen im Verlauf und bei der Entlassung durchgeführt. Diese Selbstbeurteilungsskala besteht aus 90 sehr einfach formulierten Fragen, wobei davon 83 zu neun Subskalen zusammengefasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✱ Somatisierung: 12 Items, die von einfachen körperlichen Belastungen bis zu funktionellen Störungen reichen; ✱ Zwanghaftigkeit: 10 Items, die leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis zu ausgeprägten Zwangssymptomen in Gedanken, Impulsen und Handlungen erfassen; ✱ Unsicherheit im Sozialkontakt: 9 Items zu Gefühlen der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit im Vergleich mit anderen Personen; ✱ Depressivität: 13 Items zur gesamten Bandbreite der Manifestation einer klinischen Depression; ✱ Ängstlichkeit: 10 Items zu Zuständen der Nervosität, starker Angst (inkl. kognitiver und somatischer Korrelate); ✱ Aggressivität und Feindseligkeit: 6 Items zur Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis zu starker Aggressivität mit feindlichen Aspekten; ✱ Phobische Angst: 7 Items zur Erfassung von leichten Bedrohungsgefühlen bis hin zu massiver phobischer Angst; ✱ Paranoides Denken: 6 Items zu Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu starkem paranoidem Denken; ✱ Psychotizismus: 10 Items von leichter zwischenmenschlicher Entfremdung bis zur Manifestation psychotischen Erlebens; <p>Für die Auswertung können zudem drei globale Indizes gebildet werden, die Auskunft über die allgemeine Symptombelastung („General Symptomatic Index – GSI“) geben, die Anzahl der Symptome erheben („Positive Symptom Total – PST“) sowie die Ausprägung der positiven Symptome („Positive Symptom Distress Index – PSDI“) bestimmen.</p>
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen, eine mündliche Befragung ist möglich; 90 Items; 5-stufige Skalierung von „überhaupt nicht (=0)“ bis „sehr stark (=4)“; GSI: Summe der Skalenwerte aller Items / 90; PST: Anzahl der Items, bei denen eine Antwort in Richtung einer Belastung (Skalierungswerte 1 – 4) gegeben wurde und PSDI: Summe der Antworten in allen Items / PST.

Beispiel Item(s)	„Wie sehr littest Du/litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ... Nervosität oder innerem Zittern? ... Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken? ... dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre/Deine eigenen sind?“ etc.
Zielgruppe(n)	Jugendliche ab 12 Jahre (und Erwachsene)

Quellen: [Fleischhaker et al. 2008, 24; Berth; Balck 2003, 39; Baumeister 2007, 41; Schweizer Verband für Berufsberatung - Diagnostikkommission, 42]

Instrument: CBCL/4 - 18

Langname	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen 4 – 18 Jahre (Child Behavior Checklist/4 – 18 years)
Indikatorenzuteilung	Verhaltensauffälligkeiten und –kompetenzen aus Sicht der Eltern
Beschreibung	<p>Dieser Fragebogen erhebt in einem ersten Teil allgemeine Einschätzungen der Eltern zu den psychosozialen Auffälligkeiten und Kompetenzen ihres Kindes. Der zweite Teil umfasst acht Problemskalen:</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 dem CBCL liegen auch (gleichartige) Versionen für LehrerInnen (TRF) und PatientInnen (YSR) vor, die je nach Zielgruppe bestimmte Fragenkomplexe zusätzlich enthalten bzw. andere Items aussparen. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse bewirkt, die eine Diskussion über Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht.</p>
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; „offene“ und geschlossenen Fragen; Skalierung geschlossene Fragen: „nicht zutreffend (=0)“; „etwas oder manchmal zutreffend (=1)“; „genau oder häufig zutreffend (=2)“.
Beispiel Item(s)	Offene Fragen: „Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?“; „Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?“ etc. / Geschlossene Fragen: „Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt“; „Kommt mit anderen Kinder/Jugendlichen nicht aus“; „Hat Angst, in die Schule zu gehen“ etc.
Zielgruppe(n)	Eltern von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen
Anmerkungen	Der CBCL/4 - 18 ist die deutsche Version (von der Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behaviour Checklist“) der englischen „Child Behaviour Checklist for ages 4 – 18“ (entwickelt von Thomas Achenbach, University of Vermont, USA).

Quellen: [Zentrales ADHS-Netz, 43; Döpfner et al. 1994, 44]

Instrument: TRF

Langname	LehrerInnenfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Teacher's Report Form)
Indikatorenzuteilung	Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen im schulischen Alltag
Beschreibung	Dieser Fragebogen besteht aus zwei Bereichen: Teil eins erhebt soziale Kompetenzen und schulische Leistungen, die zu zwei Kompetenzskalen zusammengefasst werden (schulische Leistungen und Verhaltenskompetenzen). Der zweite Teil entspricht dem Elternfragebogen und umfasst die im CBCL/4 - 18 angeführten Problemskalen (siehe oben). Der TRF enthält jedoch 27 zusätzliche Fragen, die speziell die Schulsituation und das Verhältnis zwischen LehrerInnen - SchülerInnen betreffen.
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; 95 Items (identisch mit dem Elternfragebogen „CBCL/4 - 18“ über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen); „offene“ und geschlossene Fragen; Skalierung geschlossene Fragen: „nicht zutreffend (=0)“; „etwas oder manchmal zutreffend (=1)“; „genau oder häufig zutreffend (=2)“.
Beispiel Item(s)	Offene Fragen: „Worüber machen Sie sich bei diesem Schüler die meisten Sorgen?“; „Welche positiven Aspekte können Sie über diesen Schüler berichten?“ etc. / Geschlossene Fragen: „Greift andere körperlich an“; „Ist apathisch oder unmotiviert“; „Zeigt aufbrausendes und unberechenbares Verhalten“ etc.
Zielgruppe(n)	LehrerInnen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (5 – 18 Jahre)
Anmerkungen	Der TRF ist die deutsche Version (von der Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behaviour Checklist“) des englischen „Teacher's Report Form for ages 5 – 18 (TRF)“ der Child Behaviour Checklist (entwickelt von Thomas Achenbach, University of Vermont, USA).

Quellen: [Zentrales ADHS-Netz, 43; Döpfner et al. 1994, 44; Arbeitsgruppe „Deutsche CBCL“, 45]

Instrument: YSR

Langname	Fragebogen für Jugendliche (Youth Self-Report)
Indikatorenzuteilung	Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen
Beschreibung	Der YSR ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut und im ersten Teil auch weitgehend mit dem CBCL/4 – 18 identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 die Items des Elternfragebogens übernommen.
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; „offene“ und geschlossene Fragen; Skalierung geschlossene Fragen: „nicht zutreffend (=0)“; „etwas oder manchmal zutreffend (=1)“; „genau oder häufig zutreffend (=2)“.

Beispiel Item(s)	Offene Fragen: „Bitte beschreibe alle Sorgen und Probleme, die Du mit der Schule hast“; „Bitte beschreibe jetzt die Dinge, die Du an Dir selbst am besten findest“ etc. / Geschlossene Fragen: „Ich fühle mich einsam“; „Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun“; „Ich bin nervös, reizbar oder angespannt“ etc.
Zielgruppe(n)	Jugendliche (11 – 18 Jahre)
Anmerkungen	Der YSR ist die deutsche Version (von der Arbeitsgruppe „Deutsche Child Behaviour Checklist“) des englischen „Youth Self-Report“ (YSR) der Child Behaviour Checklist“ (entwickelt von Thomas Achenbach, University of Vermont, USA).

Quellen: [Zentrales ADHS-Netz, 43; Döpfner et al. 1994, 44; Arbeitsgruppe „Deutsche CBCL“, 45]

Instrument: SDQ

Langname	Strength and Difficulties Questionnaire
Indikatorenzuteilung	Verhaltensauffälligkeiten (zu Hause; in der Schule; Selbsteinschätzung)
Beschreibung	Dieser Fragebogen ist ein Verfahren, das zur allgemeinen Beurteilung von Kinder und Jugendlichen angewandt wird. Wie beim CBCL liegen auch hier eigene Versionen für Eltern, LehrerInnen und PatientInnen vor. Die Antwortkategorien lassen sich fünf Bereichen zuordnen: Emotionale Probleme; Verhaltensauffälligkeiten; Hyperaktivität; Probleme mit Gleichaltrigen; prosoziales Verhalten.
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; 25 Items; Skalierung: „nicht zutreffend“; „teilweise zutreffend“; „eindeutig zutreffend“.
Beispiel Item(s)	„Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen“; „Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung“; „Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen“ etc.
Zielgruppe(n)	Eltern; LehrerInnen; Kinder und Jugendliche (3 – 16 Jahre)
Anmerkungen	Die Effektivität der Behandlungen erfolgte in drei Studien mit selbstentworfenen Fragebögen, zu denen sich nur ansatzweise methodische Angaben finden ließen.

Quelle: [Zentrales ADHS-Netz, 43]

Instrument: Psy-BaDo-KJ

Langname	Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche
Indikatorenzuteilung	Therapieziele; Veränderungswünsche
Beschreibung	<p>Dieses Verfahren basiert auf der Psychotherapie Basisdokumentation (Psy-BaDo) für Erwachsene. Mit Hilfe einer ExpertInnenbefragung (N=16) wurde eine kinder- und jugendadäquate Version entwickelt (Psy-BaDo-KJ), die drei Ziele verfolgt: Kinder, Jugendliche, Eltern und TherapeutInnen können mit diesem Instrument</p> <ul style="list-style-type: none"> ☼ individuelle Therapieziele formulieren, ☼ Veränderungswünsche zu vorgegebenen Lebensbereichen benennen und den ☼ Therapieerfolg einschätzen. <p>Der damit verbundene Vorteil besteht in der direkten Evaluierung der AkteurInnen vs. einer indirekten Veränderungsmessung durch „Dritte“.</p> <p>Die Psy-BaDo-KJ besteht aus zwei Teilen: „Ergebnisdokumentation A“ (für PatientInnen; Eltern; TherapeutInnen) mit der zu Behandlungsbeginn die individuellen Therapieziele festgelegt werden. Die dabei formulierten Ziele werden zu Behandlungsende überprüft und fünf Kategorien zugeordnet: Intrapyschische Ziele (z.B. Selbstwirksamkeit: Eigenverantwortung übernehmen; „nein sagen können“ etc.); Interaktionelle Ziele (z.B. soziale Kompetenz: sich angemessen in soziale Situationen einbringen; sich abgrenzen; sich Raum nehmen etc.); Körperliche Ziele (z.B. Medikamente/Sucht; Psychosoziale Ziele).</p> <p>Mit dem zweiten Teil („Ergebnisdokumentation B“ ebenfalls für alle drei Evaluierungspopulationen) wird zu Behandlungsbeginn die Wichtigkeit der Veränderungswünsche in vorgegebenen Lebensbereichen erhoben. Zu Behandlungsende werden folgende Bereiche einer nochmaligen Bewertung unterzogen: Allgemeines Wohlbefinden; Psychisches und physisches Befinden; Selbstwertgefühl; Schule/Ausbildung; Familie; FreundInnen; Sexualität; Selbstbehauptung; Problemverständnis; Zukunftsperspektive.</p> <p>Die Entwicklung dieser beiden Ergebnisdokumentationen stellt eine wesentliche Ergänzung zur „herkömmlichen“ Psy-BaDo dar, die auch zielgruppenadäquat (v.a. für PatientInnen) sprachlich modifiziert wurde.</p>
Angaben zur Methode	Fragebogen; „offene“ und geschlossene Fragen; Skalierung unterschiedlich; Beispiel für Bereich „Veränderungswünsche“ für Kinder, 3-stufig von „unwichtig“; „wichtig“ bis „extrem wichtig“. Beurteilung durch Kinder nach der Behandlung mittels „Smileys“, die Veränderungen als „verschlechtert“; „unverändert“ oder „verbessert“ einschätzen lassen.

Beispiel Item(s)	Kinder - Offene Fragen: „Wir bitten dich, deine Ziele für diese Behandlung anzugeben. Du kannst bis zu 3 Ziele nennen. Bei diesen Zielen kannst du Wünsche und Probleme aufschreiben, die für dich wichtig sind.“ / Geschlossene Fragen: „Am Ende der Behandlung bitte einschätzen, ob du dein Ziel erreicht; 6 Auswahlkategorien: „Mehr erreicht als Therapieziel“; „Therapieziel teilweise erreicht“ etc.
Zielgruppe(n)	Kinder (8 – 13 Jahre); Jugendliche (14 – 17 Jahre); Eltern; TherapeutInnen

Quellen: [Winter et al. 2005, 28; Wittowski 2006, 46]

Selbstentworfene Instrumente

Kaplan et al. [2001, 33] beurteilten den Erfolg (und die Zufriedenheit) einer Behandlung etwa anhand des Veränderungsausmaßes bezüglich des ursprünglichen Problems im Zeitverlauf. Die Zufriedenheit der PatientInnen wurde anhand deren Einschätzungen zur stationären Behandlung, zum medizinisch-therapeutischen Personal, zur Medikation, zu den stationären Aktivitäten etc. erhoben. Darüber hinaus wurde mit einem Fragebogen („Consumer satisfaction survey“) nach eventuellen verbalen oder physischen Mißbrauchserfahrungen bzw. -beobachtungen (durch das Stationspersonal) gefragt. Abschließend wurde in dieser US-amerikanischen Studie die Frage an die Bezugspersonen gerichtet, ob die evaluierte Einrichtung im Falle einer neuerlichen Hospitalisierung ihres Kindes wiederum ausgewählt werden würde. Der Fragebogen verwendet 5-stufige Skalen: Für den Behandlungserfolg (Ausmaß der Problemveränderung) stehen die Auswahlkategorien von „sehr verschlechtert (=1)“ bis „sehr verbessert (=5)“ zur Verfügung; für die Behandlungszufriedenheit reichen die Einschätzungsoptionen von „sehr unzufrieden (=1)“ bis „sehr zufrieden (=5)“.

Bonney [1998, 34] orientierte sich bei der Effektivitätsprüfung an zwei Leitfragen, die in Form einer telefonischen Nachexploration gestellt wurden. Dabei wurden folgende Indikatoren gewählt: Entwicklung der „führenden Symptomatik“ im Zeitverlauf (Globalbeurteilung); Inanspruchnahme anderweitiger Beratungen bzw. Behandlungen.

Jungmann [1985, 35] erhob in einem Fragebogen die Behandlungseffektivität anhand folgender Indikatoren:

- ❖ Klinische Symptomatik: Ausmaß der Symptombesserung;
- ❖ Therapeutische Beziehung: Beschreibung in welchem Ausmaß sich die Eltern durch den/die TherapeutIn akzeptiert und verstanden fühlten;
- ❖ Erziehungskompetenz: Einschätzung inwieweit sich die erzieherischen Fertigkeiten durch die Behandlung verbesserten;
- ❖ Bewertung der Elternarbeit: Einschätzungen zur Qualität der Elternarbeit;
- ❖ Soziale Kompetenz: Einschätzungen inwieweit die Eltern die Veränderungen des Kindes im Umgang mit Geschwistern und Gleichaltrigen auf die Behandlung zurückführen;
- ❖ Partnerfragen: Hierbei schätzen Eltern die Auswirkungen der Therapie auf die Ehepaarbeziehung und die eigene Selbsterfahrung ein;
- ❖ Bewertung der Gesamttherapie.

Die nachfolgende Aufzählung enthält Angaben zu vier Instrumenten, die allerdings nur fragmentarisch beschrieben werden können, da weder durch die systematische Literatursuche noch durch zusätzliche Suchvorgänge („Handsuche“) ausreichenden Informationen und Beschreibungen recherchiert werden konnten. Bis auf den CGAS („Children’s Global Assessment Scale“) ist die Bedeutung der Verfahren für Evaluierungen des Behandlungserfolgs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schwer einschätzbar, zumal diese vier Verfahren auch nur in der Studie von Green [2007 25] angeführt wurden:

- ✿ CGAS (“Children’s Global Assessment Scale”): Zur Erfassung der psychosozialen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen (4 – 16 Jahre) in den Bereichen Schule, Familie und Beziehungen zu Gleichaltrigen. Für die Bewertung wird der Zeitraum des letzten Monats herangezogen. Die Skalen reichen von 0 bis 100 bzw. bestehen aus 10 10er Schritten: 100 bis 91 stellt das höchste psychosoziale Funktionsniveau dar. Die Bereiche 90 bis 0 gliedern sich in: Gute Funktionsfähigkeit; leichte Beeinträchtigung; leichte Schwierigkeiten auf einem Gebiet; wechselnde Funktionsfähigkeit; mäßige Beeinträchtigung; erhebliche Beeinträchtigung; Funktionsbeeinträchtigung in fast allen Bereichen; benötigt erhebliche Beaufsichtigung; benötigt ständige Beaufsichtigung.
- ✿ FAD (“Family Assessment Device”): Zur Funktionseinschätzung von sechs familienbezogenen Bereichen durch Familienmitglieder selbst (ab 12 Jahre): Problemlösungsprozesse; Kommunikationsprozesse, wie klare vs. verdeckte Kommunikation u.ä.; Familiäre Rollenbilder/„RollenträgerInnen“; Umgang mit Emotionalität; affektive Beziehungsaufnahme unter- und miteinander; Sozial- und Kontrollverhalten.
- ✿ SNASA (“Salford Needs Assessment for Adolescents”): Dieses Verfahren dient der wiederholten Bedürfniserhebung von Jugendlichen. Mit der Erfassung sogenannter „Cardinal problems“ in entscheidenden Lebensbereichen (z.B. Soziale Funktionsfähigkeit; klinische Symptomatik etc.) sollen entsprechende Behandlungen vorgeschlagen und angewandt werden. Zielgruppe für Befragungen zu unterschiedlichen Evaluierungszeitpunkten sind neben den PatientInnen auch die Eltern und TherapeutInnen.
- ✿ FEQ (“Family Engagement Questionnaire”): Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung (keine weiteren Angaben verfügbar).

6.5.2 Messung der Behandlungszufriedenheit

Zur Evaluierung der Behandlungszufriedenheit wird weitgehend der FBB (siehe Kapitel 6.3.3) eingesetzt. Zwei Studien berichten zudem über selbstentworfene Fragebogenversionen.

Selbstentworfene Instrumente

Distler [2002, 31] verwendet zur Messung der Behandlungszufriedenheit einen Fragebogen, der aus 24 Items besteht, die mittels einer Faktorenanalyse zu vier Kernindikatoren zusammengefasst wurden: Akzeptanz der Behandlungsdurchführung/des allgemeinen Settings; Einschätzung der Auswirkungen der Behandlung; Zufriedenheit mit dem zeitlichen Setting; Zusammen-

fassende Aussagen zum Kind. Zielgruppe dieses Fragebogens waren die Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Alter zwischen 4 und 14 Jahren.

„Die Anwesenheit mehrerer Personen bei den Besprechungen störte mich.“ (ad Akzeptanz der Behandlungsdurchführung); „Ich konnte mit den in den Familienbesprechungen erarbeiteten Problemlösungen etwas anfangen.“ (ad Einschätzung der Auswirkungen der Behandlung); „Die Anzahl der Familiengespräche stimmte für mich.“ (ad Zufriedenheit mit dem zeitlichen Setting); „Mein Kind nahm gern an den Familiengesprächen teil.“ (ad Zusammenfassende Aussagen).

Beispiel Item(s)

Ein weiteres Beispiel ist der Fragebogen von Kammerer und Gobel [1985, 36]. Anhand einer 5-stufigen Skala („Immer/sehr“; „Meistens/ziemlich“; „Manchmal/etwas“; „Selten/wenig“; Nie/gar nicht“) wurde die Zufriedenheit mit folgenden Indikatoren und Items erfragt:

- ❖ Verhältnis Jugendliche/r – TherapeutIn: „Der Therapeut verstand das Wesentliche von meinem Problem.“; „Der Therapeut und ich kamen gut miteinander aus.“ etc.
- ❖ Verhältnis Jugendliche/r – BetreuerIn: „Der erste Kontakt mit dem Stationspersonal war für mich angenehm.“; „Ich hatte das Gefühl, dass die Betreuer mir voreingenommen gegenüberstanden.“ etc.
- ❖ Verhältnis Jugendliche/r – andere Jugendliche: „Nach meinem Eindruck begegneten die anderen Jugendlichen mir bei der Aufnahme ablehnend.“; „Die Beziehung zu den anderen Jugendlichen war für mich wichtig.“ etc.
- ❖ Verhältnis des/r Jugendlichen zur Familie im stationären Verlauf: „Ich hatte während der stationären Therapie den Eindruck, dass ich meinen Eltern entfremdet würde.“; „Ich finde die vorübergehende Trennung von meiner Familie hat uns allen ganz gut getan.“ etc.
- ❖ Einverständnis mit der stationären Aufnahme: „Ich war mit der stationären Aufnahme einverstanden.“; „Am Aufnahmetag hatte ich Angst.“ etc.
- ❖ Eigene Erfolgserwartungen: „Durch die Gespräche mit dem Therapeuten wurde alles noch schlimmer.“; „Ich hatte das Gefühl, dass die Anregungen des Therapeuten funktionieren würden.“ etc.

6.5.3 Messung von Lebensqualität und -zufriedenheit

Die Lebensqualität und –zufriedenheit von PatientInnen und deren Angehörigen ist ein zentraler Gradmesser für den Behandlungserfolg und die Behandlungszufriedenheit. Neben dem ILK (siehe Kapitel 6.3.4) konnte noch ein weiteres Instrument zur *Evaluierung der Lebensqualität* identifiziert werden. Dabei handelt es sich um von der WHO vorgeschlagenes Verfahren, das ausgehend von unterschiedlichen (trans)kulturellen Auffassungen von Lebensqualität, einen kulturübergreifenden Ansatz wählt. Demzufolge wird Lebensqualität definiert als „die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen“ (zitiert in [Berth; Balck 2003, 39, S. 86]).

Instrument: WHOQOL-BREF

Langname	World Health Organisation Quality of Life Interview
Indikatorzuteilung	Physische und psychische Befindlichkeit (subjektives Wohlbefinden); das „Erleben“ der eigenen sozialen Rollen; die „Qualität“ der eigenen „Umweltbedingungen“
Beschreibung	<p>Dieses Instrument wurde im Rahmen eines internationalen WHO-Projekts entwickelt und dient als Verfahren zur Erfassung von Lebensqualität in verschiedenen Kulturkreisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Physische Befindlichkeit: Fragen zu Schmerzen, Schlaf, Arbeitsfähigkeit, Alltagsfunktion, Energie; ✿ Psychisch Befindlichkeit: Leben genießen, negative Gefühle, Zufriedenheit, Konzentration; ✿ Soziale Beziehungen: Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen, Sexualität, Unterstützung; ✿ Umwelt: Alltagssicherheit, Freizeit, Wohnen, Gesundheitsversorgung.
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; 26 Items; 5-stufige Skalierung von „sehr schlecht“ (=1) bis „sehr gut“ (=5)
Beispiel Item(s)	„Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?“ (ad Physische Befindlichkeit); „Machen Sie sich Sorgen?“ (ad Psychische Befindlichkeit); „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?“ (ad Soziale Beziehungen) etc.
Zielgruppe(n)	Jugendliche ab 18 Jahre (und Erwachsene)

Quelle: [Berth; Balck 2003, 39]

Selbstentworfenen Instrument

Darüber hinaus findet sich in der Studie von Matthejat et al. [2006, 27] ein Interviewinstrument zur Lebenszufriedenheit der Eltern, das eine Zusammenfassung an relevanten Items darstellt, die die AutorInnen nach „intensiver Durchsicht verbreiteter soziologischer Erhebungsinstrumente“ recherchiert haben. Insgesamt wird die Lebenszufriedenheit der Eltern anhand von acht Kategorien erhoben: Zufriedenheit mit den Bereichen Lebensstandard; Gesundheit; Ehe/PartnerInnenschaft; Familienleben; Unterstützung durch FreundInnen; Einkommen; berufliche Tätigkeit sowie eine Globalbeurteilung der gegenwärtigen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben. Die Einschätzungen werden auf einer 10-stufigen Skala („ganz und gar nicht zufrieden=0“ bis „ganz und gar zufrieden=10“) festgehalten.

6.5.4 Messung von Behandlungserleben

Die *Evaluierung des Behandlungserlebens* beschreibt den Einfluss von zwischenmenschlichen und gruppenspezifischen Prozessen auf die Genesung der PatientInnen. Dabei werden die Einflussgrößen unterschiedlicher Interaktionsformen (v.a. PatientIn – TherapeutIn und PatientIn – PatientIn) untersucht.

Instrument: SEB

Langname	Stationserfahrungsbogen
Indikatorenzuteilung	Selbstwirksamkeit/generalisierte Kompetenzerwartung; Beziehung zum therapeutischen Team; Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn; Gruppenklima; Zuwendung durch MitpatientInnen; Behandlungsintensität; Therapeutische Rahmenbedingungen und Stationsordnung
Beschreibung	<p>Dieser Fragebogen beabsichtigt v.a. jene Therapieaspekte zu erfassen, die in herkömmlichen Vorher-/Nachheruntersuchungen von Behandlungen weitgehend unberücksichtigt bleiben. Insofern wird der SEB auch als ein Instrument der „Prozessdiagnostik“ bezeichnet, der insbesondere auf gruppensdynamische Prozesse und Mehrpersonenbeziehungen im Kontext eines stationären Aufenthalts fokussiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Selbstwirksamkeit: 6 Items, die die Überzeugung messen, sich selbst und die Umwelt beeinflussen zu können bzw. den Glauben an adaptive Handlungsmöglichkeiten. Die Selbstwirksamkeit gilt als ein grundlegender Parameter bei der Beurteilung therapeutischer Veränderungen. ✿ Beziehung zum therapeutischen Team: 7 Items, die die therapeutische Atmosphäre im Team erfassen. Die Items beschreiben u.a. das einführende Verstehen durch das Behandlungsteam, aber auch Konfrontationen des Teams mit den PatientInnen. ✿ Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn: 4 Items zum einführenden Verstehen des/r EinzeltherapeutIn; zum Vertrauen sowie zur Einschätzungsgabe der Problembeurteilung durch den/die TherapeutIn; ✿ Gruppenklima: 7 Items zur Wahrnehmung der gefühlsmäßigen Atmosphäre zwischen den PatientInnen. Dabei wird u.a. die emotionale Grundstimmung, Nähe und Distanz sowie der Umgang mit Konflikten erfragt. ✿ Zuwendung durch MitpatientInnen: 5 Items zur Einschätzung inwieweit sich die Befragten von den MitpatientInnen akzeptiert und verstanden fühlen; Fragen zum Erleben der eigenen Gruppenzugehörigkeit; ✿ Behandlungsintensität: 5 Items zur Erfassung von „Gefühlen der Sättigung bzw. der mangelnden Anregung“ durch hochfrequente Therapieeinheiten; ✿ Therapeutische Rahmenbedingungen und Stationsordnung: Fragen zur persönlichen Haltung und dem Erleben gegenüber den Regeln in der stationären Einheit.
Angaben zur Methode	Schriftlicher Fragebogen; 38 Items; 6-stufige Skalierung von „stimmt gar nicht (=0)“ bis „stimmt genau (=5)“
Beispiel Item(s)	„Manchmal schalte ich gedanklich ab, weil mir die therapeutischen Rückmeldungen zuviel wurden.“ (ad Behandlungsintensität); „Die Unterstützung der MitpatientInnen hat mich ein ganzes Stück weiter gebracht.“ (ad Zuwendung durch MitpatientInnen) etc.
Zielgruppe(n)	Jugendliche ab 12 Jahre (und Erwachsene)

Quellen: [Berth; Balck 2003, 39; Baumeister 2007, 41]

6.5.5 Messung der Behandlungsmotivation

Schließlich werden Dimensionen, wie der Behandlungserfolg, in erheblichem Maße von der Motivation der PatientInnen und deren Bezugspersonen beeinflusst. Trotz dieser Prämisse wurde der *Evaluierung der Behandlungsmotivation* in den untersuchten Studien geringe Aufmerksamkeit geschenkt.

Selbstentworfen Instrumente

Die „Behandlungsmotivation“ konnte explizit in einer Studie [Distler 2002, 31] als Evaluierungsdimension identifiziert werden. Dabei kam ein selbstentwerfener Fragebogen zum Einsatz, der 30 Items umfasste, die mit Hilfe einer Faktorenanalyse zu folgenden Indikatoren zusammengefasst wurden: Akzeptanz von Unterstützung; Skepsis gegenüber Behandlung; Bereitschaft zu aktiver Problemlösung; Ablehnung bzw. Akzeptanz der Behandlung. Zielgruppe dieses Fragebogens waren die Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher (im Alter zwischen 4 und 14 Jahren).

Beispiel Item(s)

„Ich bin überzeugt davon, dass wir in unserer Familie Unterstützung brauchen, um mit unseren Problemen fertig zu werden.“ (ad Akzeptanz von Unterstützung); „Ich fürchte, dass unsere Anliegen nicht genug verstanden werden.“ (ad Skepsis gegenüber Behandlung); „Ich glaube, dass ich viel zur Lösung unserer Probleme beitragen kann.“ (ad Bereitschaft zu aktiver Problemlösung); „Wenn nicht eine andere Institution soviel Druck ausgeübt hätte, wäre mein Kind sicher nicht hier.“ (ad Ablehnung bzw. Akzeptanz der Behandlung).

6.5.6 Messung von Langzeit-Outcomes

In Anlehnung an die dritte Forschungsfrage („Welche Langzeit-Outcomes wurden empirisch erhoben?“) wurde speziell nach Instrumenten und Indikatoren gesucht, die in katamnestic Untersuchungen Auskunft darüber geben, wie sich der weitere Genesungs- oder Krankheitsverlauf der PatientInnen im Alltagsleben auf die Schul- oder Arbeitsfähigkeit auswirken.

Geringe Aussagekraft

Die Bedeutung von Langzeit-Outcomes kann jedoch mit der vorliegenden, geringen Anzahl an Indikatoren bzw. Instrumenten nicht bewertet werden, da die Literatursuche bis auf nachfolgenden Hinweis keine weiteren Instrumente ergab.

Instrument: FrStI

Langname	Freiburger Strukturiertes Interview
Indikatorenzuteilung	Schulischer und beruflicher Werdegang; aktuelle berufliche Situation; soziale Integration; Familienstand; Wohnsituation; Freizeitaktivitäten; Lebenszufriedenheit und berufliche Zufriedenheit
Beschreibung Angaben zur Methode	Dieser Interviewleitfaden besteht aus zwei Teilen, wobei zuerst der befragten Person der Inhalt und die Struktur des gesamten Interviews vorgestellt wird. Im Anschluss werden Fragen rund um jene allgemeinen Lebensaspekte gestellt, die sich im vorangegangenen Absatz zur „Indikatorenzuteilung“ wiederfinden. Das „Strukturierte Interview“ wurde in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Freiburg speziell für die Katamnese in der Klinik „Haus Vogt“ erstellt.
Beispiel Item(s)	k.A.
Zielgruppe(n)	Ehemalige PatientInnen (befragt im Rahmen einer katamnestischen Befragung)

Quelle: [Fleischhaker et al. 2008, 24]

6.5.7 Zusammenfassung

Die „klinische Symptomatik“ ist ein Outcome der in Evaluierungen zu medizinisch-therapeutischen Behandlungsprogrammen einen sehr prominenten Platz einnimmt. Neben der unbestrittenen Signifikanz gibt es hierzu jedoch auch kritische Anmerkungen [wie z.B. Callias 1992, 19; Hibbs 2001, 20; Kazdin 1990, 47; Shelton et al. 2000, 48], die eine Berücksichtigung von Indikatoren etwa in Bezug auf Lebensqualität oder Schul- und Arbeitsfähigkeit von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen einfordern: „Symptom reduction is the primary and often exclusive focus of treatment outcome research. Symptom measures are pivotal, relevant, and important. At the same time, there is no compelling evidence that symptom change (as opposed to reduced impairment or improvements in prosocial functioning, family interaction, or adaptive cognitions) is the best predictor of long-term adjustment and functioning. Many other outcomes beyond symptoms are critically important because of their significance to the child, family, and contexts in which the child functions“ [Kazdin 2000, 2, S. 5].

Eine Umfrage²¹ unter 50 klinischen ExpertInnen aus unterschiedlichen „Mental Health Agencies“ in San Diego (USA), die im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind, bestätigt die Forderung nach einer umfassenden Outcome Erhebung. Zwar nimmt auch hier die „klinische Symptomatik“ einen zentralen Stellenwert ein, jedoch ergänzt um weitere Outcomes, denen ebenso eine große Bedeutung seitens der Befragten beigemessen wird:²²

Kritik an „einseitigen“ Studienfoki

²¹ Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf 30 Einzelinterviews und umfassen zusätzlich 20 Personen, die im Rahmen von Fokusgruppen befragt wurden.

²² Legende: Bewertung der 5 Outcomes anhand einer 4-stufigen Skala, wobei „1=nicht wichtig“ und „4=sehr wichtig“ bedeutet.

Tabelle 6.5-1: Bedeutung von Outcomes bei Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Einschätzungen von klinischen ExpertInnen

Outcome Bedeutung	Mittelwert (Ø)	Standardabweichung (s)
Improved functioning	3,80	0,45
Symptom reduction	3,76	0,59
Environmental stability	3,50	0,68
Decreased service use	3,24	0,77
Client satisfaction	3,22	0,71

Quelle: [Garland et al. 2003, 49, S. 399]

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Marburger Symptomrating (MSR), der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) sowie der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL) bzw. der Fragebogen für Jugendliche (YSR) am häufigsten in den eingeschlossenen Studien zitiert wurden.

Das „MARSYS“ stellt insofern ein besonders interessantes Beispiel für Evaluierungsdimensionen, -indikatoren, und -instrumente dar, als dass damit die wesentlichen Elemente im Zuge eines Evaluierungsprozesses gemessen werden können. Dies schmälert keinesfalls die Bedeutung der weiters beschriebenen Instrumente – vielmehr soll die Darstellung als gegenseitige Ergänzung verstanden werden, da es ohnedies nicht nur „ein“ Instrument für eine umfassende Evaluierung gibt.

Abschließend werden in der folgenden Tabelle die (standardisierten) Evaluierungsinstrumente und die Bewertungsdimensionen zusammengefasst:

Tabelle 6.5-2: Bewertungsdimensionen und Evaluierungsinstrumente

		Bewertungsdimensionen				
		BH-Erfolg	BH-Zufried.	Lebensqualität	BH-Erleben	Langzeit Outcome
Evaluierungsinstrumente	MARSYS	✓	✓	✓		
	MSR	✓				
	LISTE	✓				
	SDQ	✓				
	FBB		✓		✓	
	ILK	✓		✓		
	SCL-90-R	✓				
	CBCL; TRF; YSR	✓				
	Psy-Ba-Do-KJ	✓				
	WHOQOL-BREF			✓		
	SEB				✓	
	TRF; FAD; SNASA; CGAS; FEQ	✓				
	FrStI					✓

Quelle: Eigene Darstellung

Die nachfolgenden Extraktionstabellen (Tabelle 6.5-3) geben Auskunft über all jene Instrumente, die in den ausgewählten Studien von den AutorInnen für die Bewertung der Dimensionen bzw. Indikatoren gewählt wurden.

Tabelle 6.5-3 Zielvariablen der Evaluierungsstudien

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsfokus	Evaluierungsdimensionen	Evaluierungsindikatoren	Evaluierungsinstrumente
[Cropp et al. 2008, 23]	Stationäre psychotherapeutische Behandlungen	1. Behandlungserleben 2. Behandlungserfolg	Ad 1) Selbstwirksamkeit; Beziehung zum therap. Team; Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn; Gruppenklima; Zuwendung durch MitpatientInnen; Angemessenheit der Behandlungsintensität; Akzeptanz der therap. Rahmenbedingungen/Stationsordnung etc. Ad 2) Klinische Symptomatik (Somatisierung; Unsicherheit im sozialen Kontakt; Depressivität; Ängstlichkeit; Aggressivität und Feindseligkeit; Phobische Angst; Paranoides Denken und Psychotizismus etc.)	Ad 1) SEB; FBB Ad 2) SCL-90-R
[Fleischhaker et al. 2008, 24]	Stationäre psychotherapeutische Behandlungen	1. Langzeit-Outcomes (wie Schule/Beruf) 2. Lebenszufriedenheit 3. Behandlungserfolg 4. Behandlungszufriedenheit	Ad 1) Schulischer u. beruflicher Werdegang; aktuelle berufliche Situation; soziale Integration; Familienstand; Wohnsituation; Freizeitverhalten etc. Ad 2) Subjektives Wohlbefinden; das Funktionieren in sozialen Rollen; externe Ressourcen, wie materieller Lebensstandard, soziales Netz etc. Ad 3) Klinische Symptomatik (Somatisierung; Unsicherheit im sozialen Kontakt; Depressivität; Ängstlichkeit; Aggressivität und Feindseligkeit; Phobische Angst; Paranoides Denken und Psychotizismus etc.) Ad 4) Ergebnisbeurteilung; Behandlungsverlauf; Kooperation	Ad 1) FrStI Ad 2) FRStI; WHOQOL-BREF Ad 3) SCL-90-R Ad 4) FBB
[Green et al. 2007, 25]	Allgemeines stationäres Behandlungsprogramm ²³	✳️ Behandlungserfolg	Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen in Familie, Schule und therapeutischem Setting etc.	TRF; FAD; SNASA; CGAS; FEQ; SDQ Weiteres: CSRI ²⁴
[Remschmidt; Matzejat 2006, 26]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm ²⁵	1. Behandlungserfolg 2. Behandlungszufriedenheit	Ad 1) Klinische Symptomatik (Normalisierung bzw. Remission; Deutliche Verbesserung; Keine bedeutsame Verbesserung bzw. noch bedeutsame Beeinträchtigung; Verschlechterung); Lebensqualität (Objektive Bedingungen und Voraussetzungen; Handlungs- und Funktionsfähigkeit; Wohlbefinden und Zufriedenheit); Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen Ad 2) Ergebnisbeurteilung; Behandlungsverlauf; Kooperation	Ad 1) und Ad 2) MARSYS Ad 1 im Speziellen für klinische Symptomatik: MSR und LISTE ergänzt durch CBCL; YSR; SDQ Ad 1 im Speziellen für Lebensqualität: ILK Ad 2) FBB Zusätzlich: BADO

²³ Laut Studie umfasst das Behandlungsangebot medizinische, psychologische, psychosoziale, familienorientierte und pädagogische Interventionen.

²⁴ Client Service Receipt Inventory: Dieses Instrument dient nicht der Messung des Behandlungserfolgs sondern wurde vom Autor zum Sammeln von Kosteninformationen verwendet; das CSRI ist ein retrospektiver Fragebogen, der die Nutzung von Gesundheits- und Sozialleistungen der Interviewten erhebt.

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsfokus	Evaluierungsdimensionen	Evaluierungsindikatoren	Evaluierungsinstrumente
[Mattejat et al. 2006, 27]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm ²⁶	1. Behandlungserfolg 2. Behandlungszufriedenheit	Ad 1) Klinische Symptomatik (Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen; Aggressivität; Kontaktstörung; Angst; Verstimmung etc.); Einschätzung ²⁷ der Lebensqualität (Objektive Bedingungen und Voraussetzungen; Handlungs- und Funktionsfähigkeit; Wohlbefinden und Zufriedenheit; Lebenszufriedenheit der Eltern) Ad 2) Ergebnisbeurteilung; Behandlungsverlauf; Kooperation	Ad 1) BADO; MSR; ILK; Lebenszufriedenheitsinterview mit Eltern; CBCL Ad 2) FBB
[Winter et al. 2005, 28]	Stationäres psychotherapeutisches Behandlungsprogramm	1. Therapieziele 2. Behandlungserfolg	Ad 1) Intrapsychische Ziele (z.B. Selbstwirksamkeit, Selbstwerterleben etc.); Interaktionelle Ziele (z.B. Umgang mit familiären Beziehungen, Einsamkeit/Kontaktstörung etc.); Körperliche Ziele (z.B. Essstörungen); Medikamente/Sucht; Psychosoziale Beziehungen ²⁸ Ad 2) Einschätzungen in Bezug auf Veränderungen in den „Lebensbereichen“: Allgemeines Wohlbefinden; Seelischer Bereich; Körperlicher Bereich; Selbstwertgefühl; Schule/Ausbildung; Familie; FreundInnen; Sexualität; Selbstbehauptung; Problemverständnis; Zukunftsperspektive	Ad 1 und Ad 2) Psy-BaDo-KJ
[Mattejat et al. 2003, 29]	Lebensqualität ²⁹	✳ Lebensqualität	Objektive Bedingungen und Voraussetzungen; Handlungs- und Funktionsfähigkeit; Wohlbefinden und Zufriedenheit	ILK

²⁵ Laut Studie umfasst das Behandlungsangebot medizinische, psychotherapeutische, familienorientierte, sozial-therapeutische (insbesondere Kontakt mit externen Schulen und Jugendämtern), pädagogische, ergo- und physiotherapeutische Interventionen sowie Beratungen zu diversen Themen (z.B. Ernährungsberatung).

²⁶ Laut Studie wurden v.a. psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlungsmethoden untersucht.

²⁷ 5-stufige Skalierung von „kein Problem (=1)“ bis „sehr schlecht (=5)“

²⁸ Bei Behandlungsbeginn: Festlegung der individuellen Therapieziele und Wichtigkeit der Veränderungswünsche in hier dargestellten (und vorgegebenen) Lebensbereichen; bei Behandlungsende: Einschätzungen seitens unterschiedlicher AkteurInnen in Bezug auf das Erreichen der Therapieziele.

²⁹ Dieser Studie liegt ein mehrdimensionales Konzept von Lebensqualität zugrunde, das sich auch im verwendeten Erhebungsinstrument (ILK) wiederfindet. Zentrale Elemente untergliedern sich dabei in bereichs- und situationsspezifische Dimensionen und decken die Kernlebensbereiche von Kindern, Jugendlichen (und Eltern) ab.

AutorInnen/Jahr	Evaluiierungsfokus	Evaluiierungsdimensionen	Evaluiierungsindikatoren	Evaluiierungsinstrumente
[Renschmidt et al. 2003, 30]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langzeit-Outcome 2. Behandlungserfolg; Behandlungszufriedenheit; persönliche Einstellung zur katamnestischen Befragung 3. Kritikpunkte zum stationären Aufenthalt 	<p>Ad 1) Schulbesuch</p> <p>Ad 2) Verbesserung/Verschlechterung der Symptome; Globalbewertung „Zufriedenheit“; Globalbewertung „Einstellung zur katamnestischen Befragung“</p> <p>Ad 3) Offene Frage (keine Indikatoren beschrieben)</p>	<p>Ad 1) und Ad 2) „Das Marburger katamnestische Interview³⁰“; LISTE; MAS; MSR</p> <p>Ad 3) „Das Marburger katamnestische Interview“</p>
[Distler 2002, 31]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlungsmotivation 2. Behandlungserfolg 3. Lebensqualität/Lebenszufriedenheit Eltern 4. Behandlungszufriedenheit 	<p>Ad 1) Akzeptanz von Unterstützung; Skepsis gegenüber Behandlung; Bereitschaft zu aktiver Problemlösung; Ablehnung bzw. Akzeptanz der Behandlung</p> <p>Ad 2) Verhaltensauffälligkeiten und -kompetenzen</p> <p>Ad 3) Zufriedenheit mit der Beziehung zum Kind; Leistungsfähigkeit des Kindes; soziale und emotionale Kompetenz des Kindes; Einschätzung der familiären Situation; Konfliktlösefähigkeit der Eltern</p> <p>Ad 4) Akzeptanz der Behandlungsdurchführung; Einschätzung der Auswirkungen der Behandlung; Zufriedenheit mit dem zeitlichen Setting; Aussagen zum Kind/Beobachtungen der Eltern</p>	<p>Ad 1) Selbstentwerfener Fragebogen</p> <p>Ad 2) CBCL/4 - 18</p> <p>Ad 3) Selbstentwerfener Fragebogen³¹</p> <p>Ad 4) Selbstentwerfener Fragebogen</p>
[Mattejat et al. 2001, 32]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlungserfolg 2. Langzeit-Outcomes (wie Schule/Beruf) 	<p>Ad 1) Klinische Symptomatik</p> <p>Ad 2) Anpassungsfähigkeit in Schule/Arbeitsplatz (Globalbeurteilung)</p>	<p>Ad 1) MSR</p> <p>Ad 2) The Rating of psychosocial competency: adaption at school or work</p>
[Kaplan et al. 2001, 33]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlungserfolg 2. Behandlungszufriedenheit 	<p>Ad 1) Ausmaß der Problemveränderung im Zeitverlauf</p> <p>Ad 2) Einschätzungen zur Zufriedenheit mit stationärer Behandlung, Personal, Medikation, stationäre Aktivitäten etc.; Beurteilung zu missbräuchlichem Verhalten seitens des Stationspersonals (verbal und physisch); Beobachtungen zu Substanzmissbrauch durch Stationspersonal und/oder MitpatientInnen</p> <p>Ad 1 und 2) Wahrscheinlichkeit diese Einrichtung neuerlich für einen stationären Aufenthalt des Kindes bzw. Jugendlichen zu wählen</p>	<p>Ad 1 und 2) Selbstentwerfener Fragebogen: „Consumer satisfaction survey“</p>

³⁰ Hierbei handelt es sich um ein Verfahren, das vornehmlich für die Durchführung von Telefoninterviews erprobt wurde. Auf eine eingehende Beschreibung wurde verzichtet, da es im Wesentlichen auf die bereits erwähnten Instrumente Bezug nimmt und lediglich in der Art der Durchführung (telefonisch) eine Neuerung darstellt. Für weitere Ausführungen siehe: [Renschmidt et al. 2003, 30].

³¹ Lebensqualität wird hierbei mit dem Begriff des „Belastungserlebens“ verknüpft und bezieht sich auf die Wahrnehmungen der Behandlung durch die Eltern. In der Studie finden sich keine näheren Angaben zu den verwendeten Items.

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsfokus	Evaluierungsdimensionen	Evaluierungsindikatoren	Evaluierungsinstrumente
[Bonney 1998, 34]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm	✱ Behandlungserfolg/Effektivitätsüberprüfung	Entwicklung der „führenden Symptomatik“ im Zeitverlauf – allgemeine Beurteilung; Inanspruchnahme anderweitiger Beratungen, Behandlungen etc.	MAS; Selbstentworfenen Leitfragen für telefonische Nachexploration
[Jungmann 1985, 35]	Pädagogisch-therapeutisches Therapiekonzept	✱ Behandlungserfolg, -effektivität	Klinische Symptomatik; Therapeutische Beziehung; Erziehungskompetenz; Bewertung der Elternarbeit; Soziale Kompetenz; Bewertung der Gesamttherapie; Partnerfragen	Selbstentworfenen Fragebogen
[Kammerer; Gobel 1985, 36]	Diagnostisch-therapeutisches Behandlungsprogramm	✱ Behandlungszufriedenheit	Verhältnis Jugendliche/r und TherapeutIn; Verhältnis Jugendliche/r und BetreuerIn; Verhältnis Jugendliche/r zu anderen Jugendlichen; Verhältnis des/r Jugendlichen zur Familie im stationären Verlauf; Einverständnis mit der stationären Aufnahme; Eigene Erfolgserwartungen	Selbstentworfenen Fragebogen

6.6 Kernergebnisse der eingeschlossenen Studien

Die Studien zeigen die enge Verschränkung bzw. teils gegenseitige Beeinflussung einiger Bewertungsdimensionen (wie etwa Behandlungserfolg und –erleben oder Behandlungszufriedenheit und –motivation) und verdeutlichen die Komplexität bei Evaluierungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aus diesem Grund wird die ursprüngliche Trennung der Evaluierungsdimensionen bei der Diskussion der Kernergebnisse teilweise aufgehoben, um Zusammenhänge besser sichtbar zu machen. Eine Beurteilung der Studienqualität wurde nicht vorgenommen, da es primär um eine Darstellung der Dimensionen, Indikatoren und Instrumente geht und die Studienergebnisse eher ergänzenden Informationscharakter haben und keine Entscheidungsgrundlage für die Auswahl bestimmter Therapieprogramme bilden sollen.

**keine „scharfen“
Trennlinien zwischen
den Dimensionen**

6.6.1 Behandlungserfolg und -erleben

Die eingeschlossenen Studien berichten durchgehend von „erfolgreichen Behandlungen“ für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, wobei zwischen der „völligen Remission“ und der „deutlichen Verbesserung“ von psychischen Störungen unterschieden werden muss.

**„durchgehende
Erfolgsraten“**

Der bedeutsamste Indikator für den Behandlungserfolg ist die klinische Symptomatik, die zu Behandlungsbeginn psychiatrische und/oder psychotherapeutische Interventionen notwendig erscheinen ließ. „Erfolg“ wird demnach in den Studien in erster Linie als eine Verbesserung von psychischen Störungen wahrgenommen und interpretiert. Für die Feststellung von klinischen und patientenrelevanten Unterschieden zwischen zwei oder mehreren Messzeitpunkten wurden sowohl direkte als auch indirekte Veränderungsmessungen vorgenommen. „Wahrnehmungsunterschiede“ in den verschiedenen Evaluierungspopulationen konnten lediglich in einer Studie Winter et al. [2005, 28]) festgestellt werden, wo die Einschätzungen hinsichtlich der Erreichung von festgelegten Therapiezielen von PatientInnen optimistischer eingeschätzt wurden als von den befragten Eltern und TherapeutInnen.

**Indikator: klinische
Symptomatik**

Hinsichtlich der Frage nach den „Erfolgsfaktoren“ lässt sich zusammenfassend feststellen, dass „Beziehungsarbeit und –gestaltung“ zwischen PatientInnen, Eltern und dem therapeutischen Team eine wesentliche Prämisse für den Behandlungserfolg darstellt. In diesem Zusammenhang ist für Kinder und Jugendliche die einzeltherapeutische Beziehung und die „Beziehungskultur“ zwischen den PatientInnen besonders ausschlaggebend [siehe Cropp et al. 2008, 23]. Die Einbindung der Eltern wird von den befragten Angehörigen als weiterer Erfolgsfaktor gewertet. Sowohl Einzeltherapien, in denen Eltern Akzeptanz und Empathie seitens der TherapeutInnen erleben, als auch Elterngruppen werden hierbei [siehe Jungmann 1985, 35] erwähnt. Insofern lässt sich die Erhebung des Behandlungserlebens als ein zusätzlich wesentlicher Faktor bei der Bestimmung des Behandlungserfolgs identifizieren.

**Erfolgsfaktor:
„Beziehungsarbeit“**

Aussagen über den Beitrag von pharmakologischen Interventionen (Psychopharmaka) oder speziellen therapeutischen Verfahren zum Erfolg von kin-

der- und jugendpsychiatrischen Behandlungen können an dieser Stellen nicht getroffen werden, da diese außerhalb der Interessenschwerpunkte dieser Literaturübersicht liegen.

6.6.2 Behandlungszufriedenheit und -motivation

Zufriedenheitsfaktoren

Behandlungszufriedenheit kann auf Basis der analysierten Studien von zwei Blickwinkeln aus betrachtet werden: Zum einen diskutieren die AutorInnen die Zufriedenheit der PatientInnen und Eltern im Zusammenhang mit den erbrachten Behandlungen. Dies impliziert etwa die Qualität des zwischenmenschlichen Umgangs (z.B. berichten [Cropp et al. 2008, 23] über positive PatientInneneinschätzungen hinsichtlich der Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn), die Art der Behandlungsdurchführung oder den Umfang an Behandlungsinterventionen und –angeboten. Insofern ist das Behandlungserleben wieder ein wesentlicher Gradmesser bei der Bewertung der Behandlungszufriedenheit. In der Studie von Mattejat et al. [2006, 27] bewerteten etwa Eltern den „menschlichen Umgang“ mit den PatientInnen und den Angehörigen als besonders positiv. Ein anderer Befund [Distler 2002, 31] zeigt, dass eine geringe Elternmotivation zu Behandlungsbeginn auch zu negativen Zufriedenheitsbewertungen zu einem späteren Evaluierungszeitpunkt führt. Größtenteils äußerten sich die Evaluierungspopulationen in den kamnestischen Bewertungen allerdings als zufrieden.

Zufriedenheit mit Behandlungserfolg

Zum anderen kann Zufriedenheit (ex post) mit dem Behandlungserfolg und hier insbesondere mit Veränderungen der klinischen Symptomatik in Verbindung gebracht werden. Dies zeigt sich beispielsweise in der Studie von Fleischhaker et al. [2008, 24], in der Behandlungserfolg u.a. anhand der Behandlungszufriedenheit erhoben wird.

6.6.3 Lebensqualität

Die Lebensqualität von Kindern, Jugendlichen und Eltern während therapeutischer Behandlungen (und danach) wurde lediglich in einer Studie als eigenständige Dimension vorgestellt [siehe Mattejat et al. 2003, 29]. Die Relevanz von Lebensqualität zeigt sich jedoch vielerorts in anderen Studien, wo sie u.a. als Indikator für den Behandlungserfolg und der –zufriedenheit analysiert worden ist [z.B. Mattejat et al. 2006, 27; Distler 2002, 31]. Verbesserungen der Lebensqualität von PatientInnen und Eltern werden etwa durch eine Verbesserung der psychopathologischen Symptome oder einer reduzierten Entlastung von Eltern angezeigt. Beispielbereiche für verbesserte Lebensqualität nach einer kinder- bzw. jugendpsychiatrischen Behandlung finden sich etwa bei Mattejat et al. [2006, 27]: Dort berichten Eltern über positive Entwicklungen hinsichtlich einer gesteigerter Lebensqualität etwa in ihren Partnerschaften oder das Familienleben allgemein betreffend.

6.6.4 Langzeit-Outcomes

Langzeit-Outcomes, die Auskunft geben über Veränderungen von schulischen Leistungen von Kindern und Jugendlichen oder über die Arbeitsfähigkeit von Jugendlichen, wurden in den Studien nur marginal vorgefunden. Drei Studien [Fleischhaker et al. 2008, 24; Renschmidt et al. 2003, 30;

Mattejat et al. 2001, 32]³² beziehen sich zwar auf die Untersuchung von Langzeit-Outcomes (die in einer Studie auch als „soziodemografische Angaben“ bezeichnet werden), der Umfang der Aussagen lässt aber nur wenig Aussagekraft in Hinblick auf den Behandlungserfolg zu.

Auf „günstige Entwicklungsverläufe“ kann bei ehemaligen PatientInnen noch am ehesten in der Studie von Fleischhaker et al. [2008, 24] geschlossen werden: Immerhin zeigen die dort die Daten zu Bildungs- und Berufsabschlüssen, dass rund ein Drittel der Befragten einen Hauptschulabschluss besitzt, etwas mehr als 20 % über einen Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss verfügt und knapp 20 % die Fachhochschulreife bzw. das Abitur erworben haben. Insgesamt haben ca. 77 % der Befragten zum Zeitpunkt der Katamnese eine abgeschlossenen Berufsausbildung.

Die nachstehenden Tabellen Tabelle 6.6-1 fassen die Kernergebnisse nach einzelnen AutorInnen zusammen.

³² In der Methodologie dieser Studie wird zwar über die Vorgehensweise zur Erhebung von Langzeit-Outcomes berichtet, die Autoren verweisen jedoch darauf, dass eine Ergebnisdarstellung vernachlässigt wird, da die ausgewählte Publikation die Ergebnisse anderer Outcomes darstellt (vgl. [Remschmidt et al. 2003, 30]).

Tabelle 6.6-1 Kernergebnisse der Evaluierungsstudien³³

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsdimension	Kernergebnisse der eingeschlossenen Evaluierungsstudien – Schlussfolgerungen der StudienautorInnen
[Cropp et al. 2008, 23]	Behandlungserleben von PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Klima zw. den PatientInnen: Sehr positive Einschätzungen (SEB: $\bar{X}=4,23$; $s=0,95$); Symptomreduktion steht in Zusammenhang mit Gruppenklima; ☼ Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen: Niedrigere Einschätzungen (SEB: $\bar{X}=3,66$; $s=1,34$); ☼ Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn: Positive Einschätzungen (FBB-P: $\bar{X}=3,02$, $s=0,86$); ☼ Beurteilung der einzeltherapeutischen Beziehung fällt, im Vergleich zu den TherapeutInnen, seitens der PatientInnen positiver aus.
	Behandlungserleben von TherapeutInnen	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Kooperation mit dem/r PatientIn: Durchschnittlich bzw. eher niedrige Einschätzungen (FBB-T: $\bar{X}=2,42$; $s=0,65$)
	Behandlungserfolg	<p>Klinische Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ☼ Deutliche Verbesserung zw. Aufnahme und Entlassung (Differenz im GSI: $0,33$; T₁ Global Severity Index des SCL-90-R: $\bar{X}=1,13$; $s=0,70$ / T₂ Global Severity Index des SCL-90-R: $\bar{X}=0,80$; $s=0,61$; Ergebnisbeurteilung durchschnittlich bzw. eher niedrig im FBB-P: $\bar{X}=2,74$; $s=0,94$); ☼ Behandlungserfolg wird auf Selbstwirksamkeit, einzeltherapeutische Beziehung, Klima zwischen PatientInnen, Gruppenkohäsion, Beziehung zum therapeutischen Team und Intensität der Behandlung zurückgeführt.
[Fleischhaker et al. 2008, 24]	Langzeit-Outcomes PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Hauptschulabschluss: 32,7 %; Mittlere Reife: 23,1 %; Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss: 21,2 %; Fachhochschulreife oder Abitur: 18,3 %; keinen Schulabschluss: 4,8 %; ☼ Abgeschlossene Berufsausbildung: 76,9 %; Ohne Ausbildung: 23,1 %; ☼ Personen ohne partnerschaftliche Beziehung: 54,8 %; Personen mit partnerschaftlicher Beziehung: 34,6 %; Ohne Angaben: 10,6 %.
	Lebenszufriedenheit der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Diese Dimension wird von TeilnehmerInnen in der katamnestischen Befragung insgesamt höher eingeschätzt, als von „aktuell“ psychisch kranken Personen in der stationären Untersuchungseinheit. Die Gruppe der ehemaligen PatientInnen erreicht allerdings im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung³⁴ vorwiegend niedrigere Lebenszufriedenheitswerte.
	Psychische Gesundheit der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Ehemalige PatientInnen weisen deutlich mehr psychische Belastungen auf (hinsichtlich aller Aspekte des SCL-90-R) als die Allgemeinbevölkerung.
	Behandlungszufriedenheit der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Globalbeurteilung der ehemaligen PatientInnen im Vergleich zu einer Untersuchung an der KJP Marburg niedriger (FBB $\bar{X}=2,44$; $s=0,77$ vs. FBB Marburg $\bar{X}=2,84$; $s=0,63$); ☼ Größte Unterschiede bzgl. Beziehung zum/r EinzeltherapeutIn: FBB $\bar{X}=2,50$; $s=1,03$ vs. FBB Marburg $\bar{X}=3,17$; $s=0,77$; Behandlungszufriedenheit ehemaliger PatientInnen deutlicher geringer als an KJP Marburg
[Green et al. 2007, 25]	Behandlungserfolg	<ul style="list-style-type: none"> ☼ Statistisch und klinisch signifikante Verbesserung im CGAS (um 12 Punkte) im Zeitverlauf von einem Jahr; ☼ Verbesserung der klinischen Symptomatik steht in Zusammenhang mit therapeutischer Beziehung in einem stationären Setting.

³³ Falls nicht anders angegeben beziehen sich die dargestellten Testergebnisse immer auf den Zeitpunkt der katamnestischen Untersuchung.

³⁴ Hierzu wurden Daten des Mikrozensus/Baden-Württemberg von 2003 herangezogen.

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsdimension	Kernergebnisse der eingeschlossenen Evaluierungsstudien – Schlussfolgerungen der StudienautorInnen
[Remschmidt; 2006 26]	Mattejat, Behandlungserfolg ³⁵	<p>Klinische Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ 71,8 % der Eltern bewerten den Gesundheitszustand ihrer Kinder bzw. Jugendlichen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (T₃) als gebessert gegenüber T₁; für 21,4 % der Eltern zeigen sich keine klaren Verbesserungen; ✿ Veränderungen T₁ zu T₄ (nach einem Jahr): Bei 75 % der PatientInnen werden Verbesserungen der klinischen Symptomatik konstatiert. 38 % der Eltern geben zum Zeitpunkt T₃ an, dass Probleme (die zur Aufnahme führten) nicht mehr vorhanden seien. Zum Zeitpunkt T₄ sind dies knapp 46 % der Eltern. LISTE Anzahl auffälliger Symptome ist rückläufig: T₁ Ø=6,87; s=2,30 / T_{2/3} Ø=3,07; s=2,29 / T₄ Ø=2,55; s=2,13; ✿ Zum Zeitpunkt T₃: Rd. 15 % der PatientInnen remittiert (kein psychisches Störungsbild); bei 60 – 75 % zeigt sich eine deutliche Verbesserung der klinischen Symptomatik; ✿ Zum Zeitpunkt T₄: 20 – 25 % der PatientInnen remittiert (kein psychisches Störungsbild); bei 70 – 75 % deutliche Verbesserung; ✿ Bei rd. 30 % der Studienpopulation zeigte sich die stationäre Therapie als nicht erfolgreich – jedoch traten nur selten Verschlechterungen auf (zw. 5 und 10 %). <p>Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ ILK Werte Globalbewertung der Lebensqualität nimmt zu: T₁ Ø=3,63; s=0,88 / T_{2/3} Ø=2,42; s=0,76 / T₄ Ø=2,37; s=0,88; ✿ Bei allen erhobenen Maßen bzgl. (Rest)Symptomatik und Lebensqualität der PatientInnen zeigen sich hochsignifikante Verbesserungen.
[Mattejat et al. 2006, 27]	Behandlungserfolg	<p>Klinische Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Gesamtgruppe der PatientInnen zeigt im Verlauf von 12 Monaten eine Symptomverbesserung allerdings in einem relativ geringen Bereich; ✿ Klinische Symptomatik: 80 % der Eltern nehmen bei T₃ eine Verbesserung der klinischen Symptomatik ihres Kindes wahr. <p>Lebensqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Lebensqualität der PatientInnen deutlich gesteigert; Ergebnisse hierzu deutlicher als in Bezug auf Verbesserungen der psychopathologischen Symptomatik; ✿ Belastung von Kindern, Jugendlichen und Eltern nimmt innerhalb eines Jahres sehr stark ab; ✿ Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen und Behandlungen werden von Kinder, Jugendlichen und Eltern als kaum bzw. nicht belastend eingeschätzt; ✿ Einschätzungen der Eltern zur Lebenszufriedenheit im oberen „Zufriedenheitsdrittel“ (Wertebereich zwischen 7 und 8); Veränderungen innerhalb von 12 Monaten gering und v.a. in den Bereichen „Lebensstandard“ (T₁: 7,6; s=2,16 / T₂: 7,4; s=2,09 / T₃: 7,4; s=1,92), „Partnerschaft“ (T₁: 7,9; s=2,55 / T₂: 8,1; s=2,23 / T₃: 8,1; s=2,08), „Familienleben“ (T₁: 7,7; s=2,04 / T₂: 7,9; s=1,91 / T₃: 8,0; s=1,73), „FreundInnen“ (T₁: 7,1; s=2,56; T₂: 7,3; s=2,33; T₃: 7,4; s=2,31) und „Insgesamt“ (T₁: 7,6; s=1,81 / T₂: 7,7; s=1,72 / T₃: 7,8; s=1,54).
	Behandlungszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ✿ T₂: 45 % der Eltern sind mit der erhaltenen Betreuung in der Modellpraxis sehr zufrieden; 39 % eher zufrieden; 10 % weder zufrieden noch unzufrieden; 4 % eher unzufrieden; 2 % sehr unzufrieden; ✿ T₃: 74 % der Eltern sind zufrieden; Anteil der unzufriedenen Befragten liegt bei 16 %; ✿ Besonders positiv wird der „menschliche Umgang“ mit PatientInnen und Angehörigen von den Eltern beurteilt.

³⁵ In dieser Studie finden sich primär Angaben zum Behandlungserfolg; Angaben zur Behandlungszufriedenheit werden nicht explizit erwähnt.

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsdimension	Kernergebnisse der eingeschlossenen Evaluierungsstudien – Schlussfolgerungen der StudienautorInnen
[Winter et al. 2005, 28]	Therapieziele der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ✿ 6,4 % Erwerb von Selbstwirksamkeit (ad intrapsychische Ziele); ✿ 4,3 % Umgang mit familiären Beziehungen (ad interaktionelle Ziele); ✿ 27,7 % Bewältigung von Essstörungen (ad körperliche Ziele).
	Therapieziele der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> ✿ 12,8 % Erwerb von Selbstwirksamkeit; 8,5 % Umgang mit depressiven Symptomen; 6,4 % Selbstwerterleben (ad intrapsychische Ziele); ✿ 7,4 % Erwerb von sozialer Kompetenz; 6,4 % Umgang mit Einsamkeit und Kontaktstörung (ad interaktionelle Ziele); ✿ 20,2 % Bewältigung von Essstörungen (ad körperliche Ziele).
	Therapieziele der TherapeutInnen	<ul style="list-style-type: none"> ✿ 9,3 % Erwerb von Selbstwirksamkeit; 6,2 % Selbstreflexion; 4,7 % Umgang mit depressiven Symptomen (ad intrapsychische Ziele); ✿ 6,2 % Umgang mit Einsamkeit und Kontaktstörung; 3,9 % Erwerb von sozialer Kompetenz (ad interaktionelle Ziele); ✿ 17,8 % Bewältigung von Essstörungen (ad körperliche Ziele).
	Therapieerfolg	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Globalbewertung: Mehrheit der PatientInnen und Eltern gibt an, dass sich Behandlung „sehr gelohnt“ (45,2 % / 44 %) bzw. „gelohnt“ hat (38,7 % / 40 %); ✿ Differenzierte Einschätzungen der TherapeutInnen: 25 % „sehr gelohnt“; 59,4 % „gelohnt“; ✿ Ca. ein Drittel (33,7 %) der PatientInnen gibt an, Therapieziele erreicht zu haben; Eltern und TherapeutInnen sind in ihren Einschätzungen zurückhaltender (24,7 % / 24,2 %).
[Mattejat et al. 2003, 29]	Lebensqualität	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Sehr hohes subjektives Belastungsempfinden bei stationären und ambulanten PatientInnen aufgrund einer aktuellen psychiatrischen Erkrankung (66 % / 54 %); ✿ Stationäre PatientInnen äußern durchgehend höhere problematische Einschätzungen zu Lebensbereichen als ambulante PatientInnen: Schule (49 % / 46 %); Familie (44 % / 29 %); Beziehung zu anderen Kindern (35 % / 28 %); körperliche Gesundheit (39 % / 25 %); psychische Gesundheit (62 % / 42 %); Belastung durch Untersuchung bzw. Behandlung (49 % / 22 %); Problembelastung des Kindes (66 % / 54 %); insgesamt (58 % / 29 %).
[Remschmidt et al. 2003, 30]	Behandlungserfolg	<ul style="list-style-type: none"> ✿ 40 % der PatientInnen zeigen weitgehende Remission; bei 60 % zumindest noch teilweise vorhanden; ✿ Telefoninterview: Eltern berichten „deutliche Verbesserung“ ($\bar{X}=2,63$; $s=0,91^{36}$) im Vergleich zur Aufnahme; persönliche Befragung: Etwas positivere Einschätzung hinsichtlich Behandlungserfolg ($\bar{X}=2,44$; $s=0,88$) als im Telefoninterview; ✿ Telefoninterview: Eltern beurteilen aktuellen psychischen Status ihres Kindes im Wertebereich „gut“ ($\bar{X}=1,69$; $s=0,69^{37}$); persönliche Befragung: etwas weniger günstige Elterneinschätzungen, jedoch noch eindeutig „gute“ Ratings ($\bar{X}=1,75$; $s=0,57$).
	Behandlungszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Telefoninterview: Eltern zeigen sich etwas zufriedener ($\bar{X}=1,81$; $s=1,00^{38}$) als in der persönlichen Befragung ($\bar{X}=1,97$; $s=0,97$); ✿ Besonders positiv werden die „Befragungen selbst“ beurteilt: Eltern äußern sich im Telefoninterview ($\bar{X}=1,70$; $s=0,47^{39}$) positiv zur Durchführung einer Nachbefragung und zeigen dies noch eindeutiger in der persönlichen Befragung ($\bar{X}=1,28$; $s=0,46$).

³⁶ 5-stufige Skalierung zum Behandlungserfolg von „völlig gebessert (=1)“ bis „verschlechtert (=5)“

³⁷ 5-stufige Skalierung zum aktuellen Status von „sehr zufrieden (=1)“ bis „sehr schlecht (=5)“

³⁸ 5-stufige Skalierung zur Behandlungszufriedenheit von „sehr zufrieden (=1)“ bis „sehr unzufrieden (=5)“

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsdimension	Kernergebnisse der eingeschlossenen Evaluierungsstudien – Schlussfolgerungen der StudienautorInnen
[Distler 2002, 31]	Behandlungsmotivation; Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Je unmotivierter sich Eltern zu Behandlungsbeginn äußerten, desto unzufriedener zeigten sie sich mit dem Therapieangebot zu Behandlungsende. Hierbei gab es v.a. Ablehnung gegenüber der Art der Behandlungsdurchführung und dem „emotionalen Setting“ (z.B. Bevormundung durch TherapeutInnen); ✿ Unabhängig von der Behandlungsbeurteilung, zeigten die befragten Eltern jedoch zum Zeitpunkt der Erhebung eine spürbare Entlastung und einen deutlichen Zugewinn an Lebensqualität (im Vergleich zum Behandlungsbeginn).
	Lebensqualität/Lebenszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Hochsignifikante Verbesserungen zwischen Behandlungsbeginn und –ende hinsichtlich Lebensqualität der Eltern und Belastungserleben -> spürbare Entlastung und deutlicher Zugewinn an Lebensqualität (im Vergleich zum Behandlungsbeginn).
[Mattejat et al. 2001, 32]	Behandlungserfolg	<p>Klinische Symptomatik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Deutliche Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik bei Katamnese in beiden Institutionen sowohl bei stationären als auch „home treatment“ PatientInnen im Vergleich zu Behandlungsbeginn (MSR Insgesamt Mannheim T₁: Ø=3,6; s=1,5 / T₃: Ø=1,8; s=1,6 – MSR insgesamt Marburg T₁: Ø=2,1; s=1,3 / T₃: Ø=0,5; s=0,8). <p>Generell</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Keine signifikanten Unterschiede zwischen stationärem Aufenthalt und „home treatment“ – allerdings tendenziell günstigere Outcomes bei „home treatment“.
	Soziodemografische Angaben der PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Verbesserung der Anpassungsfähigkeit in Schule/Arbeitsplatz bei Katamnese in beiden Institutionen sowohl bei stationären als auch bei „home treatment“ PatientInnen im Vergleich zu Behandlungsbeginn (Insgesamt Mannheim T₁: Ø=4,2; s=1,25 / T₃: Ø=3,3; s=1,5 – insgesamt Marburg T₁: Ø=3,9; s=1,4 / T₃: Ø=3,6; s=1,0)⁴⁰.
[Kaplan et al. 2001, 33]	Behandlungserfolg	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Ausmaß der Problemveränderung im Zeitverlauf – Eltern: Ø=4,1; s=0,8 / PatientInnen: Ø=4,4; s=0,7⁴¹ ✿ Wahrscheinlichkeit diese Institution für einen neuerlichen stationären Aufenthalt wieder auszuwählen – Eltern: Ø=4,1; s=1,3⁴².
	Behandlungszufriedenheit der PatientInnen ⁴³	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Zufriedenheit allgemein mit Medikation (Ø=3,9; s=1,1); ✿ Zufriedenheit allgemein mit Familientherapie (Ø=4,1; s=1,1); ✿ Zufriedenheit allgemein mit TherapeutIn (Ø=4,4; s=0,8); ✿ Zufriedenheit allgemein mit Gruppentherapie (Ø=4,0; s=1,0); ✿ Zufriedenheit mit Schulprogramm (Ø=3,9; s=1,1); ✿ Zufriedenheit allgemeine Gespräche mit Personal (Ø=3,9; s=1,2); ✿ Zufriedenheit allgemein Kontakt mit Personal (Ø=3,6; s=1,2); ✿ 28 % berichten von verbalen Übergriffen des Personals; 10 % nennen physische Übergriffe.

³⁹ 5-stufige Skalierung zur Beurteilung der Befragung von „sehr gut (=1)“ bis „sehr schlecht (=5)“

⁴⁰ Die Einschätzung erfolgt auf einer Skala von 1 (Anpassungsfähigkeit = exzellent) bis 7 (schwer beeinträchtigte Anpassungsfähigkeit) – detaillierte methodische Angaben sind nicht verfügbar.

⁴¹ 5-stufige Skalierung: „sehr verschlechtert (=1)“ bis „sehr verbessert (=5)“

⁴² 5-stufige Skalierung: „sehr unwahrscheinlich (=1)“ bis „sehr wahrscheinlich (=5)“

⁴³ 5-stufige Skalierung: „sehr unzufrieden (=1)“ bis „sehr zufrieden (=5)“

AutorInnen/Jahr	Evaluierungsdimension	Kernergebnisse der eingeschlossenen Evaluierungsstudien – Schlussfolgerungen der StudienautorInnen
	Behandlungszufriedenheit der Eltern⁴⁴	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Umgang mit medizinischen Problemen ($\bar{X}=4,1$, $s=1,1$); ✿ Beschwerdemanagement ($\bar{X}=4,01$; $s=1,1$); ✿ Möglichkeiten des telefonischen Kontakts mit Kind bzw. Jugendlichen sowie Besuchsmöglichkeiten ($\bar{X}=4,4$; $s=0,9$); ✿ Zufriedenheit allgemein mit Personal ($\bar{X}=4,6$; $s=0,7$); ✿ Zufriedenheit allgemein mit Medikation ($\bar{X}=4,0$; $s=1,1$); ✿ Zufriedenheit allgemein mit Familientherapie ($\bar{X}=4,4$; $s=1,1$); ✿ 21 % berichten von verbalen Übergriffen des Personals; 5 % nennen physische Übergriffe.
[Bonney 1998, 34]	Behandlungserfolg/Effektivitätsüberprüfung	<ul style="list-style-type: none"> ✿ 66 % der Familien/KlientInnen berichten über eine Remission der ursprünglichen Symptomatik bzw. über keine neuen Beschwerden; ✿ 19,3 %: Fortbestand der Beschwerden – 15 von 21 Familien/KlientInnen sahen keinen ausreichenden Anlass für weitere Beratungen; 4 von 21 Familien begaben sich in anderweitige Beratungen; 2 von 21 nahmen stationäre Behandlung in Anspruch; 16 KlientInnen wurden zu T₂ noch behandelt.
[Jungmann 1985, 35]	Behandlungserfolg/-effektivität	<ul style="list-style-type: none"> ✿ 50 % der Eltern beurteilen ursprüngliche Symptomatik in der Katamnese als gebessert; Verlaufseinschätzungen sind bei Mädchen und jüngeren Kindern besser als bei Burschen und älteren Kindern; ✿ Eltern erachten folgende Faktoren für den Behandlungserfolg verantwortlich: Am wichtigsten ist demnach die Elternarbeit (Einbindung in Einzeltherapie sowie gemeinsame Elterngruppe); weiters wird eine Symptombesserung auf eine Verbesserung der sozialen Beziehungen zurückgeführt; Verringerung der Störungsbilder wird von Eltern zudem mit der Qualität der therapeutischen Beziehung (Verständnis und Akzeptanz für Eltern seitens TherapeutInnen) und einer verbesserten Paarbeziehung assoziiert.
[Kammerer; Gobel 1985, 36]	Behandlungszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Globalbewertung: 84 % der PatientInnen beschreiben ihr ursprüngliches „Hauptproblem“ in der Katamnese als gebessert im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt; ✿ 80 % der PatientInnen beurteilen vorübergehende Trennung vom Elternhaus als positiv; nur 21 % beurteilen Familiengespräche für den Kontakt zu den Eltern als hilfreich; ✿ Zwischen 50 und 60 % äußern deutliche bis erhebliche Besorgnis hinsichtlich der Vertraulichkeit im Umgang mit TherapeutInnen- und BetreuerInnenaufzeichnungen, den eigenen (Tagebuch -)Aufzeichnungen sowie über Bewertungen in den Aufzeichnungen; ✿ Ca. 72 % bewerten die Entwicklungen ihrer Probleme als positiv; 26 % sehen diese „etwas“ positiv und ca. 2 % beurteilen diese als negativ; die Bewertungen zur stationären Hilfe sind relativ gleichmäßig verteilt: 35,7 % positiv; 28,6 % etwas hilfreich; 35,7 % nicht hilfreich; ✿ Bewertung der Wichtigkeit von Faktoren für Lösung der ursprünglichen Probleme: Freie (Zeit)Verfügung (68 %); Besuchszeiten (65 %); Beschäftigungstherapie (58 %); Einzelgespräche mit TherapeutInnen (55 %); 75 % der PatientInnen bewerten das stationäre Schulprogramm als „etwas“ hilfreich für Lösung damalig aktueller Probleme; ✿ Wichtigkeits-/Beliebtheitskala Rangordnung: Wochenplanung; Jugendlichenbesprechungen; Rollenspiele als fixe Pflichtveranstaltungen; ✿ 13 % äußern eine ausgeprägte negative Erfolgserwartung.

⁴⁴ 5-stufige Skalierung: „sehr unzufrieden (=1)“ bis „sehr zufrieden (=5)“

7 Diskussion

In diesem Abschlusskapitel werden die (eingangs formulierten) Fragestellungen (siehe Kapitel 2), die als Leitfaden für den Forschungsprozess gelten, mit den empirischen Befunden aus der systematischen Literaturübersicht verschränkt.

Anhand welcher Dimensionen, Indikatoren und mit welchen Erhebungsinstrumenten werden Therapieangebote in der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen im internationalen Kontext evaluiert?

Die primären Dimensionen, die für Evaluierungen von Behandlungsprogrammen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendet werden sind der Behandlungserfolg, die –zufriedenheit und die Lebensqualität. Neben den PatientInnen gelten deren primäre Bezugspersonen (z.B. Eltern) sowie TherapeutInnen als die wichtigsten Zielgruppen in einem Bewertungsprozess von Behandlungsprogrammen. Weitere Kategorien, die in einer Evaluierung von Interesse sind, sind das Behandlungserleben und die –motivation. Bei der Planung von Evaluierungsprozessen wird eine kombinierte Erhebung der Dimensionen „Erfolg“ und „Zufriedenheit“ empfohlen. Dadurch können zum einen Veränderungen festgehalten werden, die von klinischer Relevanz sind, zum anderen werden durch (direkte) Einbindung der PatientInnen und deren Angehörigen in den Bewertungsprozess, wichtige Erkenntnisse und Rückmeldungen über den Behandlungserfolg erzielt. Die Lebensqualität kann je nach Fragestellung den Begriffen „Erfolg“ oder „Zufriedenheit“ subsumiert oder explizit erhoben werden. Gleiches gilt für das Behandlungserleben und die –motivation, die letztlich als Verfeinerungen der Dimension „Zufriedenheit“ identifiziert werden können.

Die Operationalisierung der Bewertungsdimensionen hat eine relativ große Anzahl an Indikatoren ergeben, die wiederum eine breite Palette an Instrumenten hervorbrachte. Auf eine detaillierte Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet, da bereits in den Kapitel zuvor darüber berichtet wurde. Die Beschreibung in der vorliegenden Studie ist jedoch keine „Vollerhebung“ sondern vielmehr eine Zusammenschau an Evaluierungsindikatoren und -instrumenten, wobei v.a. jene von Interesse sind, die über die nähere Bestimmung einer einzigen Dimension hinausgehen. Bemerkenswert in Bezug auf die (Kern)Dimension „Zufriedenheit“ ist der Umstand, dass (abseits von selbstentworfenen Instrumenten) das Angebot an „Zufriedenheitsinstrumenten“ wesentlich vom „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)“ bestimmt wird.

Besonderes Augenmerk soll bei einer Evaluierung auf jene Instrumente gelegt werden, die eine „direkte Veränderungsmessung“ berücksichtigen, da hiermit am ehesten die Wahrnehmungen der PatientInnen im zeitlichen Verlauf erhoben werden können.

Welche Therapieergebnisse wurden in internationalen Studien bereits festgestellt und können als „Benchmarks“ für österreichische Therapieangebote identifiziert werden?

Für zukünftige Evaluierungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprogrammen in Österreich, lässt sich aus den analysierten Studien schließen, dass die klinische Symptomatik als „Leitindikator“ für den Behandlungserfolg herangezogen werden sollte. Für die Beurteilung „qualitativer Aspekte“ (wie etwa Zufriedenheit oder Lebensqualität), die in Ver-

international verwendete Dimensionen, Indikatoren und Instrumente

Vielzahl an Instrumenten jedoch nur wenige zur Behandlungszufriedenheit

mögliche Benchmarks für Evaluierungsstudien in Österreich

bindung mit der medizinischen, therapeutischen und psycho-sozialen Behandlung stehen, erweist sich der Faktor „Beziehungsarbeit“ als zentrales Element bei einer Überprüfung zur Zielgenauigkeit von Therapieprogrammen. Die Operationalisierung und die darauf aufbauende Instrumentenauswahl zur Evaluierung von Beziehungsarbeit unterliegen den jeweiligen Forschungsfragen – einige Beispiele hinsichtlich einer möglichen Herangehensweise wurden in diesem Bericht vorgestellt. Wesentlich für die Bewertung von Behandlungserfolg, -zufriedenheit und Lebensqualität erscheint auch die zugrundeliegende „Behandlungsphilosophie“; so werden Einrichtungen deren Konzepte sich stark an Programmen zur Ressourcenaktivierung und –stärkung bei PatientInnen bzw. deren Bezugspersonen orientieren, Interesse haben, diesbezügliche Bewertungsparameter anzuwenden. Eine möglichst exakte „Übersetzung“ dieser Behandlungsphilosophie in empirisch mess- und fassbare Kategorien muss jedoch individuell entschieden werden und erlaubt auf Basis der vorliegenden Studien keine generalisierbaren Aussagen bzw. Empfehlungen.

Empirische Evidenz zu Langzeit-Outcomes

Welche Langzeit-Outcomes wurden empirisch erhoben?

Die Bedeutung von Langzeit-Outcomes gilt zwar in der Fachliteratur als unumstritten, jedoch konnten nur in zwei Studien Hinweise auf schulisch/berufliche Hintergründe bzw. Entwicklungsverläufe gefunden werden. Dabei handelt es sich um die Deskription von sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, die zu einem prinzipiell besseren Verständnis der Lebenssituationen dieser PatientInnengruppe beiträgt. Davon abgesehen fehlen jedoch v.a. Vergleichswerte von früheren Erhebungszeitpunkten. Eine Veränderungsüberprüfung hinsichtlich der schulischen/beruflichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen lässt sich anhand der identifizierten Studien nicht nachvollziehen.

8 Limitationen

Die bewusste Fokussierung auf Studien, die eine generelle Evaluierung von Behandlungsprogrammen zum Inhalt hatten und nicht auf bestimmte psychische Störungsbilder des Kinder- und Jugendalters beschränkt waren, erlaubt keine Aussagen über eine allgemeine Verwendung der dargestellten Dimensionen, Indikatoren und Instrumente bei Evaluierungen zu speziellen psychischen Beeinträchtigungen. Insofern wurden in diesem Bericht „generische“ Instrumente, die über Krankheitsbilder hinweg einsetzbar sind, und keine „spezifischen“ Evaluierungsinstrumente analysiert.

Zudem lässt sich bei den beschriebenen Bewertungsinstrumenten zwischen „standardisierten“ und „nicht-standardisierten“ Evaluierungstools unterscheiden. Die Testqualität ist daher teils sehr unterschiedlich, da einige AutorInnen für ihre Untersuchungen eigene Instrumente entwickelt oder bereits bestehende Tools an ihre Fragestellungen angepasst haben.

**Darstellung von
„generischen“
Instrumenten**

**Kritische Bewertung der
Testqualität**

9 Literatur

- [1] Newcomb KP, Drabman RS. Child behavioral assessment in the psychiatric setting. Oxford, England: John Wiley & Sons 1995.
- [2] Kazdin AE. Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. 2000: 829-35.
- [3] Remschmidt H, ed. Kinder- und Jugendpsychiatrie; Eine praktische Einführung. 5 ed. Stuttgart; New York: Thieme 2008.
- [4] Berger E, Aichhorn W, Friedrich M, Fiala-Preinsberger S, Leixnering W, Mangold B, et al. Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich. Neuropsychiatrie. 2006; 20(2): 86-90.
- [5] Thun-Hohenstein L. Die aktuelle Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Thun-Hohenstein L, ed. Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich - vom "Gestern" zum "Morgen". Wien: Krammer 2007: 21-31.
- [6] Österreichische Ärztezeitung. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 25.03.2008; 6.
- [7] Thun-Hohenstein L. Versorgungssituation psychisch auffälliger und kranker Kinder und Jugendliche. In: Kerbl R, Thun-Hohenstein L, Vavrik K, Waldhauser F, eds. Kindermedizin - Werte versus Ökonomie. Wien, New York: Springer 2008: 163-75.
- [8] Thun-Hohenstein L, Herzog S. The predictive value of the pediatric symptom checklist in 5-year-old Austria children. Eur J Pediatr. 2008; 167: 323-9.
- [9] Statistik Austria. Betten und Bettennutzung in den Krankenanstalten Österreichs 2007 nach Fachrichtungen bzw. speziellen Bereichen sowie nach Bundesländern. [cited 17.08.2009]; Available from: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html
- [10] Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 6 ed. Jena: Urban&Fischer 2006.
- [11] Arolt V, Reimer C, Dilling H. Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. 6. ed. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH 2006.
- [12] Bachmann EM. Evidenzbasierte Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Studien zu den vier häufigsten Störungsgruppen ADHS, Depression, Angst und Störung des Sozialverhaltens. Marburg: Phillips-Marburg Universität; 2008.
- [13] Margraf J. Kosten und Nutzen der Psychotherapie; Eine kritische Literaturlauswertung. Heidelberg: Springer 2009.
- [14] Berger E. Was brauchen Kinder? Psychotherapie, soziale Therapie oder was sonst? In: Stemberger G, editor. Psychotherapie zwischen gesellschaftlicher Anpassung und Emanzipation; 2008; AK Wien; 2008.

- [15] Robert Koch-Institut. bella Studie - der Forschungsstand. 2004 [cited 17.08.2009]; Available from: <http://www.bella-studie.de/studie/stand.html>
- [16] Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie). 2006 [cited 04.08.2009]; Available from: http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/Bella_Ravens-Sieberer.pdf
- [17] Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, et al. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage. GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 2007;3(1).
- [18] Mattejat F, Remschmidt H. Quality assurance in child and adolescent psychiatry and psychotherapy: Goals and related problems. 1995: 71-83.
- [19] Callias M. Evaluation of interventions with children and adolescents. Maidenhead, BRK, England: Open University Press 1992.
- [20] Hibbs ED. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents: European Child & Adolescent Psychiatry Vol 10(5) Nov 2001, I3-I11 2001.
- [21] Perry DF, Woodbridge MW, Rosman EA. Evaluating outcomes in systems delivering early childhood mental health services. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing 2007.
- [22] Fonagy P. Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry. 16th Annual Meeting of the Canadian-Academy-of-Child-Psychiatry; 1996 Sep 30; Quebec City, Canada; 1996. p. 584-94.
- [23] Cropp C, Streeck-Fischer A, Jaeger U, Masuhr O, Schroder A, Leichsenring F. The relationship between the experience and success of inpatient psychotherapy treatment among children and adolescents. 2008:205-13.
- [24] Fleischhaker C, Bock K, Hennighausen K, Horwath D, Kuhn-Hennighausen C, Rauh R, et al. Twenty-year follow-up investigation of the Clinic for Child and Adolescent Psychiatry "Haus Vogt". 2008: 191-203.
- [25] Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, et al. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry--A prospective study of health gain and costs: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 48(12), Dec 2007, 1259-1267 .
- [26] Remschmidt H, Mattejat F. [How successful is inpatient treatment in child and adolescent psychiatry? Preliminary results of the Marburg Evaluation Project]. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2006 Nov; 34(6): 455-64.
- [27] Mattejat F, Trosse M, John K, Bachmann M. kjp-Qualität; Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen; Abschlussbericht. Marburg; 2006.

- [28] Winter S, Wiegard A, Welke M, Lehmkuhl U, [Evaluation with the "Psychotherapie Basisdokumentation" for Children and Adolescents: Psy-BaDo-KJ--a questionnaire for quality assurance and evaluation of psychotherapy for children and adolescents]. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2005 Apr; 33(2): 113-22.
- [29] Mattejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, et al. Quality of life in children and adolescents with psychiatric disorders - Results of the first multicenter - Study with the ILK. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2003 Nov; 31(4): 293-303.
- [30] Remschmidt H, Hirsch O, Mattejat F. [Reliability and validity of evaluation data collected by telephone]. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2003 Feb; 31(1): 35-49.
- [31] Distler S. [Treatment motivation, treatment satisfaction and quality of life from the viewpoint of parents at a child psychiatry facility--contribution to quality assurance]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2002 Nov; 51(9): 711-20.
- [32] Mattejat F, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Remschmidt H. Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *European child & adolescent psychiatry*. 2001; 10 Suppl 1.
- [33] Kaplan S, Busner J, Chibnall J, Kang G. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2001 Feb; 52(2): 202-6.
- [34] Bonney H. Approaches to outpatient child and adolescent psychiatry: Study of clinical evaluation: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol 47(7), Sep 1998, 499-510.
- [35] Jungmann J. Parental evaluations of therapy in a department of child and adolescent psychiatry: *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 50(6), Mar 1985, 315-324.
- [36] Kammerer E, Gobel D. Catamnestic evaluation of an adolescent psychiatric inpatient treatment: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* Vol 34(4) May-Jun 1985, 123-133.
- [37] Gilbody S, O'House A, Sheldon T. *Outcomes Measurement in Psychiatry; A critical review of outcomes measurement in psychiatric research and practice: Centre for reviews and dissemination, University of York; 2003.*
- [38] Mattejat F, Remschmidt H. The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE)--an efficient method for individualized outcome assessment. 2001: I46-58.
- [39] Berth H, Balck F. *Psychologische Tests für Mediziner*. Heidelberg: Springer 2003.

- [40] Matzejat F, Jungmann J, Meusers M, Moik C, Schaff C, Schmidt MH, et al. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). 1998.
- [41] Baumeister V. Wie erleben Patienten das Stationsklima? Ein Vergleich tagesklinischer und stationärer Psychotherapie. Freiburg i. Br.: Albert-Ludwigs-Universität; 2007.
- [42] Schweizer Verband für Berufsberatung - Diagnostikkommission. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). [cited 2009/05/13]; Available from: http://www.testraum.ch/Serie%2010/SCL_90_R.pdf
- [43] Zentrales ADHS-Netz. Fragebogenverfahren zur Erfassung von komorbiden Störungen. [cited 2009/05/19]; Available from: http://www.zentrales-adhs-netz.de/i/material_diag_kiju.php
- [44] Döpfner M, Melchers P, Fegert J, Lehmkuhl G, Lehmkuhl U, Schmeck K, et al. Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung*. 1994; 3: 54-9.
- [45] Arbeitsgruppe „Deutsche CBCL“. [cited 2009/05/17]; Available from: http://kjp.charite.de/forschung/psychometrische_messinstrumente/deutsche_cbcl
- [46] Wittowski US. Psychotherapie-BasisDokumentation: Anwendung des Kategoriensystems individueller Therapieziele auf Jugendliche im Rahmen von Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität; 2006.
- [47] Kazdin AE. Psychotherapy for children and adolescents: Annual Review of Psychology Vol 41, 1990, 21-54.
- [48] Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. 2000: 253-66.
- [49] Garland AE, Kruse M, Aarons GA. Clinicians and Outcome Measurement: What's the Use? 2003: 393-405.