

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des
Kindes- und Jugendalters
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Subjektive Lebensqualität von Kindern und
Jugendlichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei
Aufnahme und Entlassung sowie im Vergleich mit einer
gesunden Referenzgruppe**

DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. med.
(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Maria Anders aus Magdeburg
und Katharina Schubert aus Blankenburg/Harz

Magdeburg

2015

Dokumentationsblatt

Bibliographische Beschreibung:

Anders, Maria

Schubert, Katharina

Subjektive Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Aufnahme und Entlassung sowie im Vergleich mit einer gesunden Referenzgruppe. - 2015. - 133 Bl., 20 Abb., 70 Tab.

Kurzreferat

Die Erfassung der Lebensqualität hat sich in allen Bereichen der Medizin zur Erhebung der subjektiven körperlichen und seelischen Verfassung etabliert. Das Hauptaugenmerk liegt jedoch überwiegend auf der Untersuchung verschiedener Diagnosegruppen. Es existieren bisher wenige Arbeiten, welche die Lebensqualität von psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen vergleichen. In der vorliegenden Arbeit wurden 128 stationär behandelte Patienten zur Aufnahme und Entlassung sowie 147 gesunde Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 18 Jahren mittels Fragebogen zu ihrer subjektiven Lebensqualität befragt. Die Untersuchung konnte aufzeigen, dass der Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen erbrachte. Die Kinder und Jugendlichen der Referenzgruppe schätzten ihre Lebensqualität in nahezu allen Lebensbereichen subjektiv deutlich besser ein als die Patienten zum Aufnahmezeitpunkt. Durch den stationären Aufenthalt näherte sich die Lebensqualität der psychiatrisch behandelten Kinder und Jugendlichen in den meisten Bereichen der Lebensqualität der Referenzgruppe an. Weiterhin zeigten sich hinsichtlich der Lebensqualität relevante alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in beiden Gruppen, die weitestgehend Ergebnissen aus aktuellen Studien entsprechen.

Inhaltsverzeichnis

Dokumentationsblatt	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	X
1. Einleitung.....	1
1.1. Allgemeine Einführung.....	1
1.2. Entwicklungspathologie, Schutz- und Risikofaktoren	2
1.3. Messinstrumente	5
1.4. Allgemeine Studienlage	7
1.4.1. Allgemeiner Gesundheitszustand	7
1.4.2. Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche	8
1.4.3. Spezielle Diagnosegruppen.....	10
1.4.4. Vergleich zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen	11
1.5. Limitationen vorliegender Arbeiten.....	12
1.6. Zielsetzung	13
2. Material und Methoden	15
2.1. Datenerhebung an Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	15
2.2. Datenerhebungsinstrumente.....	15
2.2.1. Fragebogen zur Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	15
2.2.2. Freitextfragen	19
2.2.3. Zusatzitems zur Entlassung	19
2.2.4. Objektive Einflussfaktoren auf die Lebensqualität	20
2.2.5. Ausgabe der Fragebögen.....	20
2.3. Datenerhebung an einer Referenzgruppe	21
2.3.1. Durchführung der Datenerhebung	21
2.4. Datenauswertung.....	22
2.4.1. Datenauswertung der Patientendaten	22
2.4.2. Datenauswertung der Referenzgruppe.....	23
2.4.3. Datenvergleich Patienten- und Referenzgruppe	24
2.5. Analyseplan	24
2.5.1. Reliabilität	24
2.5.2. Validität	24
Ergebnisse.....	26
Einführende Bemerkungen	26
3. Ergebnisse Teil 1	27
3.1. Erfahrungen bei der Durchführung.....	27

3.2. Gruppencharakteristika.....	27
3.2.1. Soziodemografische Daten der Kinder und Jugendlichen.....	27
3.2.2. Daten zu Aufnahmesituation und Aufenthaltsdauer.....	29
3.2.3. Angaben zum Genussmittelkonsum.....	31
3.2.4. Weitere objektive Einflussfaktoren.....	31
3.3. Deskriptive Statistik.....	31
3.3.1. Reliabilität.....	33
3.3.2. Validität.....	33
3.4. Auswertung der Zusatzfragen zum stationären Aufenthalt.....	34
3.5. Datenvergleich von Aufnahme und Entlassung.....	35
3.5.1. Vergleich von Aufnahme und Entlassung aller Patienten.....	35
3.5.2. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	37
3.5.3. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit vom Alter.....	38
3.5.4. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit der Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas.....	41
3.5.4.1. Achse 1 – Psychiatrische Diagnose.....	41
3.5.4.2. Achse 2 – Entwicklungsstörungen.....	43
3.5.4.3. Achse 3 – Intelligenzniveau.....	43
3.5.4.4. Achse 4 – Somatische Erkrankungen, Adipositas und Selbstverletzendes Verhalten.....	44
3.5.4.5. Achse 5 – Abnorme psychosoziale Umstände.....	46
3.5.4.6. Achse 6 – Psychosoziales Funktionsniveau.....	47
3.5.5. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit von der Beantwortung der Zusatzfragen.....	49
3.5.5.1. Frage 65 (<i>Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?</i>).....	50
3.5.5.2. Frage 67 (<i>Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser geht?</i>).....	50
3.5.5.3. Frage 68 (<i>Wird Dir der Aufenthalt helfen, in Zukunft besser mit Deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?</i>).....	50
3.5.5.4. Frage 72 (<i>Entsprach die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?</i>).....	51
3.5.5.5. Frage 72a (<i>Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?</i>).....	52
3.5.5.6. Frage 72b (<i>Konntest Du mit Deinem Therapeuten bei der Lösung Deiner Probleme weiterkommen?</i>).....	52
4. Ergebnisse Teil 2.....	54
4.1. Gruppencharakteristika.....	54
4.2. Deskriptive Statistik.....	56
4.2.1. Reliabilität.....	57
4.2.2. Validität.....	57
4.3. Datenvergleich gesunder Kinder und Jugendlicher (Referenzgruppe).....	59
4.3.1. Alters- und geschlechtsspezifischer Vergleich.....	59
4.3.1.1. Geschlechtsspezifischer Vergleich der 11-bis 13-Jährigen.....	62
4.3.1.2. Geschlechtsspezifischer Vergleich der 14-bis 16-Jährigen.....	63
4.3.1.3. Altersspezifischer Vergleich der Jungen.....	64

4.3.1.4. Altersspezifischer Vergleich der Mädchen.....	65
4.3.2. Schulformspezifischer Vergleich.....	66
4.3.3. Auswertung der Freitextfrage	66
4.4. Datenvergleich Referenzgruppe und Patienten-Aufnahme.....	67
4.4.1. Gesamtgruppenvergleich	67
4.4.2. Vergleich der 11-bis 13-jährigen Jungen	69
4.4.3. Vergleich der 14-bis 16-jährigen Jungen	70
4.4.4. Vergleich der 11-bis 13-jährigen Mädchen	71
4.4.5. Vergleich der 14-bis 16-jährigen Mädchen	72
4.4.6. Vergleich in Abhängigkeit von der Schulform	73
4.4.6.1. Gymnasium.....	73
4.4.6.2. Sekundarschule	75
4.4.6.3. Förderschule	76
4.5. Datenvergleich Referenzgruppe und Patienten-Entlassung	77
5. Diskussion	80
5.1. Gütekriterien	80
5.2. Datenerhebung der Kollektive.....	81
5.3. Ergebnisse.....	83
5.3.1. Ergebnisse der Referenzgruppe.....	83
5.3.2. Ergebnisse der Patientengruppe	85
5.3.2.1. Betrachtung der Variablen Alter und Geschlecht	85
5.3.2.2. Betrachtung der Patienten nach Beurteilung durch das Multiaxiale Klassifikationsschema	87
5.3.2.3. Zusatzfragen	93
5.3.2.4. Hypothesen (1)	94
5.3.3. Unterschiede der subjektiven Lebensqualität zwischen Patienten- und Referenzgruppe.....	96
5.3.3.1. Lebensqualitätsunterschiede hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche	97
5.3.3.2. Hypothesen (2)	103
6. Zusammenfassung	104
7. Literaturverzeichnis.....	105
Danksagung	110
Ehrenerklärung	111
Darstellung der Bildungswege	112
Anhang	114

Abkürzungsverzeichnis

AS	Allgemeine Skala (Allgemeine Lebensqualität)
CFa	Kognitive Funktion – Konzentration
CFb	Kognitive Funktion – Schule
Delta (Δ)	Differenz der Mittelwerte
EF1	Emotionale Funktion – Freude/Motivation
EF2	Emotionale Funktion – Selbstwert
ES1	Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge
ES2	Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld
ES3	Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung
IQ	Intelligenzquotient
KF	Körperliche Funktion
KS	Körperliche Symptomatik
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
MW	Mittelwert
p	Signifikanz
SD	Standardabweichung
SF1	Soziale Funktion – Familie
SF2	Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit
SoS	Soziale Symptomatik

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten	28
Tabelle 2: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Bildungseinrichtungen	28
Tabelle 3: Aufnahmesituation der Patienten.....	29
Tabelle 4: Aufnahmediagnosen der Patienten	30
Tabelle 5: Stationäre psychiatrische Vorbehandlung der Patienten.....	30
Tabelle 6: Medikation der Patienten.....	30
Tabelle 7: Deskriptive Statistik und Reliabilität der Skalen	32
Tabelle 8: Inter-Skalen-Korrelation, Patientengruppe.....	34
Tabelle 9: Ergebnisse der Zusatzfragen zum stationären Aufenthalt.....	35
Tabelle 10: Vergleich der Skalenmittelwerte aller Patienten.....	36
Tabelle 11: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	38
Tabelle 12: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit vom Alter	40
Tabelle 13: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit von Achse 1 (MAS).....	42
Tabelle 14: Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 2 (MAS)	43
Tabelle 15: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 3 (MAS) ...	44
Tabelle 16: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 4 (MAS) ...	46
Tabelle 17: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 5 (MAS) ...	47
Tabelle 18: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit von Achse 6 (MAS).....	48
Tabelle 19: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 65.....	50
Tabelle 20: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 67.....	50
Tabelle 21: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 68.....	51
Tabelle 22: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72.....	52
Tabelle 23: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72a.....	52
Tabelle 24: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72b.....	53
Tabelle 25: Geschlechtsverteilung der Referenzgruppe.....	54
Tabelle 26: Altersverteilung der Referenzgruppe	54
Tabelle 27: Verteilung auf die verschiedenen Schulformen.....	54
Tabelle 28: Gegenüberstellung der Verteilung auf die Schulformen.....	55
Tabelle 29: Deskriptive Statistik der Referenzgruppe – Funktionsskalen	56
Tabelle 30: Deskriptive Statistik, Referenzgruppe – Symptomskalen.....	56
Tabelle 31: Deskriptive Statistik, Referenzgruppe – Globalfragen.....	57
Tabelle 32: Inter-Skalen-Korrelation, Referenzgruppe	58
Tabelle 33: Alters- und geschlechtsspezifischer Vergleich der Skalenmittelwerte, Referenzgruppe.....	61
Tabelle 34: Geschlechtsspezifischer Vergleich der 11- bis 13- Jährigen, Referenzgruppe	62
Tabelle 35: Geschlechtsspezifischer Vergleich der 14- bis 16-Jährigen, Referenzgruppe.....	63
Tabelle 36: Altersspezifischer Vergleich der Jungen, Referenzgruppe.....	64
Tabelle 37: Altersspezifischer Vergleich der Mädchen, Referenzgruppe.....	65

Tabelle 38: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe (Gesamtgruppen)	68
Tabelle 39: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Jungen 11-13 Jahre.....	69
Tabelle 40: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Jungen 14-16 Jahre.....	70
Tabelle 41: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Mädchen 11-13 Jahre.....	71
Tabelle 42: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Mädchen 14-16 Jahre.....	72
Tabelle 43: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Gymnasium	74
Tabelle 44: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Sekundarschule.....	75
Tabelle 45: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Förderschule	77
Tabelle 46: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Entlassung und Referenzgruppe (Gesamtgruppen)	78
Tabelle 47: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme, Patienten-Entlassung und Referenzgruppe (Gesamtgruppen)	79
Tabelle 48: Alkoholkonsum der Patienten	122
Tabelle 49: Nikotinkonsum der Patienten.....	122
Tabelle 50: Drogenkonsum der Patienten.....	122
Tabelle 51: Geschwister	122
Tabelle 52: Kontakt zum Jugendamt.....	122
Tabelle 53: Nutzung von Hilfsangeboten.....	122
Tabelle 54: Arbeitsverhältnis der Eltern	123
Tabelle 55: Vergleich in Abhängigkeit vorhandener Entwicklungsstörungen, Funktions- und Symptomskalen, Patientengruppe	123
Tabelle 56: Vergleich in Abhängigkeit vom IQ, Funktionsskalen, Patientengruppe ...	124
Tabelle 57: Vergleich in Abhängigkeit somatischer Erkrankungen, Funktionsskalen, Patientengruppe	124
Tabelle 58: Vergleich in Abhängigkeit von Achse 5 des MAS, Funktionsskalen, Patientengruppe	125
Tabelle 59: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 65 „ <i>Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?</i> “	125
Tabelle 60: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 67 „ <i>Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser geht?</i> “.....	126
Tabelle 61: Funktionsskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 68 „ <i>Wird Dir der Aufenthalt helfen in Zukunft besser mit Deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?</i> “.....	127
Tabelle 62: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72 „ <i>Entsprach die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?</i> “	127
Tabelle 63: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72a „ <i>Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?</i> “.....	128

Tabelle 64: Funktionsskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72b „Konntest Du mit Deinem Therapeuten bei der Lösung Deiner Probleme weiterkommen?“	128
Tabelle 65: Altersabhängiger Vergleich der Skalenmittelwerte, Referenzgruppe	129
Tabelle 66: Geschlechtsspezifischer Vergleich der Skalenmittelwerte, Referenzgruppe	130
Tabelle 67: Geschlechtsspezifischer Vergleich, 14-16 Jahre, Funktionsskalen, Referenzgruppe	131
Tabelle 68: Altersspezifischer Vergleich der Jungen, Funktionsskalen, Referenzgruppe	131
Tabelle 69: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit von der Schulform, Referenzgruppe	132
Tabelle 70: Übersicht über „das Allerschwerste“, Referenzgruppe.....	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen der Lebensqualität	16
Abbildung 2: Einzelitems und Skalenzuordnung	17
Abbildung 3: Fortsetzung Einzelitems und Skalenzuordnung.....	18
Abbildung 4: Zusatzfragen bei Entlassung	19
Abbildung 5: Objektive Einflussfaktoren.....	20
Abbildung 6: Spezielle Abkürzungen und Farbzusordnungen.....	23,133
Abbildung 7: Farbzusordnungen hinsichtlich der Lebensqualität.....	23,133
Abbildung 8: Übersicht der Ergebnisse	26
Abbildung 9: Punktwerte	49
Abbildung 10: Seite 1 des Aufnahmefragebogens	114
Abbildung 11: Seite 2 des Aufnahmefragebogens	115
Abbildung 12: Seite 3 des Aufnahmefragebogens	116
Abbildung 13: Seite 4 des Aufnahmefragebogens	117
Abbildung 14: Seite 5 des Entlassungsfragebogens	118
Abbildung 15: Einführung Schülerfragebogen.....	119
Abbildung 16: Allgemeine Angaben Schülerfragebogen	120
Abbildung 17: Umformulierung einzelner Fragen für die Förderschule.....	121
Abbildung 18: Achse 5 des MAS.....	121
Abbildung 19: Achse 6 des MAS.....	121
Abbildung 20: Abkürzungen der Skalen	133

1. Einleitung

1.1. Allgemeine Einführung

Fortschritte und Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung haben in Deutschland und anderen westlichen Staaten Europas zu einer deutlichen Optimierung der Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen geführt. Infektions- und Mangelkrankungen, die bis Mitte des 20. Jahrhunderts die häufigsten Erkrankungen des Kindesalters darstellten und als wichtigste Ursachen der Säuglings- und Kindersterblichkeit galten, sind heute medizinisch beherrschbar. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich dadurch ein bedeutsamer Wandel des Krankheitsspektrums im Kindes- und Jugendalter vollzogen. Zahlen hinsichtlich aktueller Gesundheitsprobleme der Heranwachsenden belegen eine Zunahme chronischer Erkrankungen sowie eine Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Erkrankungen. Dieses Phänomen, welches nach Haggerty (1999) als „Neue Morbidität“ bezeichnet wird, umfasst komplexe Störungen, die sich symptomatisch in Funktionsbereichen wie Entwicklung, Emotionalität und Sozialverhalten äußern. Dabei sind nicht die Störungsbilder selbst neu, sondern ihre epidemiologische Häufung sowie ihre Abhängigkeit von sozialen Lebensumständen (Schlack, 2004).

Neben der genetischen Disposition werden sozioökonomische und psychosoziale Faktoren, wie beispielsweise niedriger Sozialstatus, Unvollständigkeit der Familie oder psychiatrische Erkrankungen und Suchterkrankungen von Bezugspersonen, für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen verantwortlich gemacht. Auch durch eine ständige passive Reizkonfrontation immer jüngerer Kinder mit Medien und anderen Konsumgütern werden nicht nur Bequemlichkeit und mangelnde Initiative gefördert, sondern es gerät auch die Auseinandersetzung mit realen Alltagsbelastungen in den Hintergrund (Wittchen, 2013). Welches Verhalten „normal“ ist, wird meist vom unmittelbaren Umfeld und der Gesellschaft bestimmt. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit es dabei zu Fehldeutungen physiologischer Verhaltensweisen kommt, wenn sich die eigenen Kinder „anders verhalten“ als andere Heranwachsende.

Die Zunahme psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen geht aber nicht nur mit veränderten Lebensbedingungen einher. Auch das Bewusstsein für psychische Erkrankungen ist gewachsen und Menschen sind stärker bereit über psychische Probleme zu sprechen. Gleichsam hat sich das „Diagnoseverhalten der Ärzte und Versorgungseinrichtungen“ verändert (Wittchen, 2013). Dies veranschaulicht eine Studie des Landesinstitutes für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-

Westfalen aus dem Jahr 2010. Dort wird ein Anstieg der Krankenhauseinweisungen in kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in den Jahren 2000 bis 2008 bei den unter 15-Jährigen um 46% aufgezeigt (LIGA NRW, 2010). Ebenfalls zu erwähnen ist die erhebliche Zunahme an Verschreibungen des rezeptpflichtigen und unter dem Betäubungsmittelgesetz stehenden Medikamentes Methylphenidat, welches im Formenkreis der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen Verwendung findet. Nach Angaben der Bundesopiumstelle des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte hat sich der Verbrauch seit der Zulassung im Jahr 1993 bis zum Jahr 2006 verfünffacht. Erst seit 2013 ist im Vergleich zu den Vorjahren ein leichter Rückgang zu verzeichnen (BfArM, 2014).

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in Deutschland liegt aktuell bei 22% (Ravens-Sieberer et al., 2007b), was etwa dem Erwachseneniveau sowie internationalen Angaben entspricht (Petermann et al., 2000). Trotz steigender Behandlungszahlen muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche aus Behandlungseinrichtungen nur einen sehr kleinen Anteil aller Kinder mit psychischen Störungen repräsentieren. Nur die Hälfte der Kinder, deren Eltern beispielsweise in Studien die direkte Frage nach einer vorliegenden psychischen Erkrankung bejahten, nehmen eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch (Ravens-Sieberer et al., 2007b).

1.2. Entwicklungspathologie, Schutz- und Risikofaktoren

Im Kindes- und Jugendalter weisen psychische Störungen nicht so typische und fest umschriebene Krankheitsbilder auf wie bei Erwachsenen (Europäische Kommission, 2000). Oftmals ist es schwierig zu entscheiden, ob ein Verhalten als Krankheit oder als Normvariante beziehungsweise Übergangsstadium eingestuft werden muss. Die psychische Entwicklung ist ein lebenslanger, dynamischer Prozess, der durch genetische Determinanten, Reifungsvorgänge, materielle und soziokulturelle Umwelteinflüsse sowie aktive Selbstregulationsprozesse beeinflusst wird. Eine ausgewogene Erfüllung der seelischen Grundbedürfnisse im Kindesalter wie Bindung und Sicherheit, Autonomie und Eigeninitiative, Berechenbarkeit durch feste Regeln und Abwechslung durch neue Reize sind Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung auf emotionaler und kognitiver Ebene (Borg-Laufs & Dittrich, 2010).

Es existieren mehrere Modelle, welche die Entwicklungsstufen anhand von Altersstufen hinsichtlich unterschiedlicher Sichtweisen definieren. Zum Beispiel beschrieb Jean Piaget in seinem Stufenkonzept zur kognitiven Entwicklung die

Zusammenhänge kindlichen Denkens und den Entwicklungsphasen und rückte dabei die Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt in den Fokus, während die Entwicklungsstufen bei Robert Selman auf dem Niveau der Perspektivübernahme und bei Lawrence Kohlberg auf der Moralentwicklung basieren. Da nicht alle Entwicklungsstadien ausreichend empirisch belegt sind und auch die Altersklassen in den verschiedenen Modellen variieren, lassen sich Psychopathologien nur bedingt bestimmten Entwicklungsstufen zuordnen. Vielmehr geht man bei der Entwicklung der meisten psychischen Störungen von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus, in welchem genetische Komponenten und Umweltfaktoren gleichermaßen berücksichtigt werden müssen (Remschmidt, 2008).

Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter treten in vielfältiger Weise auf und unterliegen alters- und geschlechtsspezifischen Unterschieden. Es konnte belegt werden, dass bis zur Pubertät häufiger Jungen psychische Störungen aufweisen, während in der Jugendzeit bei Mädchen genauso häufig oder häufiger psychische Störungen diagnostiziert werden (Holtmann & Schmidt, 2004; McGee, Feehan & Williams, 1995). Es kommt im Kindesalter häufiger zu Störungen des Sozialverhaltens, ADHS oder Angststörungen (Lauth & Mackowick, 2004), hingegen nehmen in der Adoleszenz neben Essstörungen und Störungen durch Substanzkonsum besonders depressive Störungen zu (Buka et al., 2002).

Hinsichtlich der Art der psychischen Auffälligkeiten zeigen sich zwischen den Geschlechtern systematische Unterschiede. Während Jungen häufiger zu externalen Verhaltensstörungen, wie Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizite und Aggressivität neigen, sind internalisierende, das heißt nach innen gerichtete beziehungsweise emotionale Störungen wie Depressivität, Ängste und Essstörungen, häufiger bei Mädchen zu beobachten. Besonders bei internalen Störungen stellt das Erkennen der Behandlungsnotwendigkeit eine sehr große Herausforderung dar, da die Hilfebedürftigkeit seltener entdeckt wird (Cantwell et al., 1997, Verhulst et al., 1995, Wu et al., 1999).

Ein sehr wichtiges Thema für die psychische Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen stellt auch die Erforschung von Risikofaktoren und Ressourcen dar. Das Kindes- und Jugendalter gilt als wichtige Phase, in der Grundsteine für die Gesundheit im späteren Leben gelegt werden und Einflussfaktoren wie beispielsweise familiärer Hintergrund, soziale und bildungsbezogene Umstände von Bedeutung sind (Europäische Kommission, 2000). Als Risikofaktoren für psychische Erkrankungen gelten beispielsweise ein niedriger sozioökonomischer Status, zerrüttete Familienverhältnisse, Gewalterfahrungen und Vernachlässigung, Erkrankungen oder Suchtverhalten der Bezugspersonen sowie mangelndes Selbstbewusstsein. Vor allem

familiäre Probleme ziehen nicht selten auch eine Instabilität im sozialen Netzwerk nach sich, worauf die Heranwachsenden mit Ängsten, Verhaltensstörungen und schulischen Problemen reagieren können (Gloger-Tippelt et al., 2003). Ein guter familiärer Zusammenhalt mit Ausbildung einer stabilen Persönlichkeitsstruktur gilt somit als wichtigster protektiver Faktor. Neben familiären sind auch personale (Selbstvertrauen, Optimismus) und soziale (Unterstützung, Förderung) Ressourcen Einflussgrößen auf die psychische Gesundheit. Generell zeigt sich ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme bei mangelnden Schutzfaktoren und gleichzeitig vorhandenen Risikofaktoren. Wiederum wirken sich vorhandene Schutzfaktoren präventiv auf gesundheitliches Risikoverhalten wie zum Beispiel Rauchen oder Alkoholkonsum aus. Alters- und geschlechtsspezifische Untersuchungen zeigen, dass ältere Kinder über weniger familiäre, aber mehr soziale Schutzfaktoren als jüngere Kinder, Mädchen über mehr soziale, dafür über weniger personale und familiäre Schutzfaktoren als Jungen verfügen. Die wichtigste Determinante stellt jedoch der sozioökonomische Status dar. Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen und bildungsfernen Familien sowie Familien mit Migrationshintergrund haben häufiger Defizite in ihren Ressourcen, weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und vermehrt psychische Probleme auf als Gleichaltrige aus sozial besser gestellten Familien (Erhart et al., 2007).

Vor dem Hintergrund der Prävention von psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gewinnt nicht nur die Berücksichtigung dieser Risiko- und Schutzfaktoren zunehmend an Bedeutung. Vielmehr zeigt sich auch, dass es nicht ausreichend ist die Störungen anhand ihrer klinischen Symptomatik zu definieren. Remschmidt et al. (2006) entwickelten ein System, das die psychischen Störungen multidimensional erfasst. Dieses international etablierte Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS), basierend auf der ICD-10-Klassifikation, ist ein sechssachsiges System, welches das Kind in seiner Entwicklung mit begleitenden Erkrankungen und Lebensumständen darstellt. Abgebildet werden klinische psychiatrische Syndrome (Achse 1), umschriebene Entwicklungsstörungen (Achse 2), Intelligenzniveau (Achse 3), körperliche Symptomatik (Achse 4), abnorme psychosoziale Umstände (Achse 5) und die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse 6), welche sich in Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens äußert.

Während die Zuordnung einer Diagnose nach der ICD-10-Klassifikation oder eine multidimensionale Beschreibung der Symptome nach dem MAS die objektive Beurteilung durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten abbildet, hat sich in den letzten Jahren die „subjektive Lebensqualität“ als Wertungskriterium etabliert. Sie wird „als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet und somit

gleichermaßen die körperliche Funktionsfähigkeit sowie das psychische Wohlergehen beschreibt“ (Ravens-Sieberer et al., 2007). Die subjektive Lebensqualität gewährt somit zusammenfassend einen Einblick in die allgemeine seelische und körperliche Verfassung. Vor allem als Kriterium für Therapieplanung und -evaluation sowie zur Bewertung von Therapieerfolgen kommt der Lebensqualität in der Forschung eine zunehmend bedeutende Rolle zu (Mattejat & Renschmidt, 1998; Wurst, 2002).

Zur detaillierten Erörterung der Begriffsdefinition beziehungsweise des Konzeptes der Lebensqualität verweisen wir auf umfangreiche Arbeiten von Mattejat (1998), Bullinger & Ravens-Sieberer (2000), Radoschewski (2000), Schumacher et al. (2003) und der WHOQOL-Group (1995).

1.3. Messinstrumente

Im Verlauf der Entwicklungen zur Lebensqualitätsforschung wurden international mehrere hundert zum Teil krankheitsübergreifende, zum Teil krankheitsspezifische Messverfahren entwickelt (Bullinger et al., 2000). Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin jedoch gab es lange nur wenige etablierte Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität. Speziell für die Lebensqualitätsforschung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen lagen Mitte der 90-er Jahre international nur wenige für Kinder geeignete Screeninginstrumente vor oder waren in der Entwicklung (Flechtner, 1998).

Auf Grundlage der im deutschen Sprachraum fehlenden Messinstrumente zur Selbstbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen entwickelte 1994 eine Arbeitsgruppe um Monika Bullinger den KINDL-Fragebogen, aus dem 1998 der revidierte KINDL-R-Fragebogen entstand. Er kann durch Erweiterung von krankheitsspezifischen Modulen sowohl bei gesunden als auch bei erkrankten Kindern und Jugendlichen angewendet werden. Als flexibles Instrument, welches von Kindern und Jugendlichen im Selbstreport sowie von Eltern im Fremdbereich ausgefüllt werden kann, liegt er für drei verschiedene Altersgruppen vor und wird somit den verschiedenen kindlichen Entwicklungsstufen gerecht. Mit 24 Items erfasst er die sechs Dimensionen der Lebensqualität *Körper, Psyche, Selbstwert, Familie, Freunde, und Funktionsfähigkeit im Alltag*, kann aber auch als Kurzform mit nur 12 Items verwendet werden. Zur Beantwortung der Fragen steht eine fünfteilige Skalierung zur Verfügung, die eine Auswahl zwischen „Nie“, „Selten“, „Manchmal“, „Oft“ oder „Immer“ zulässt. Im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts von Mai 2003 bis Mai

2006 erbrachte der KINDL-R Fragebogen erstmals bundesweit repräsentative Normdaten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

1998 etablierte sich unter Mattejat et al. in enger Zusammenarbeit mit der Forschungskommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände mit dem „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (ILK) ein neueres und 2006 in einer Neuauflage verbessertes Verfahren zur Erfassung der Lebensqualität speziell von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Die Lebensqualität wird differenziert nach den verschiedenen Lebensbereichen *Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, körperliche* und *psychische Gesundheit* sowie die *Gesamtbeurteilung der Lebensqualität* erfasst. Das ILK erfasst sowohl die subjektive Lebensqualität durch Informationen der Patienten selbst und deren Eltern, als auch die möglichst objektive Lebensqualität durch Angaben der behandelnden Therapeuten entsprechend der sechs Achsen des Multiaxialen Diagnosesystems. Durch Anwendbarkeit des Fragebogens bei psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen wird auch hier ein Vergleich mit der Normalbevölkerung ermöglicht. Durch das ILK konnten erstmals auch im deutschen Raum die Daten aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich direkt im psychotherapeutischen Bereich zeitökonomisch genutzt werden. Nach mehrfacher Erprobung in verschiedenen Studien gilt das ILK insgesamt als reliables und valides Screening-Verfahren, das der Erfassung des subjektiven Wohlbefindens und der Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren angewendet werden kann (Rinner, 2004).

Als große Herausforderung bei der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten gilt die Abbildung zuverlässiger Befindlichkeitsäußerungen auch jüngerer Kinder. Viele Verfahren berufen sich daher auf eine Beurteilung durch eine nahestehende Bezugsperson. Jedoch stimmt die Selbsteinschätzung der befragten Kinder und Jugendlichen zu ihrer Lebensqualität nur sehr bedingt mit der Fremdbeurteilung überein. Unter Berücksichtigung dieses Aspekts entstand parallel zum Konzept des ILK in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Köln durch die Arbeitsgruppe „Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ unter Leitung von Prof. Flechtner das Fragebogensystem „LKJ“ (Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie) zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ziel war es, ein Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität zu entwickeln, das neben der Abbildung relevanter Bereiche spezifische Situationen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen berücksichtigt und gleichzeitig möglichst trennscharf subjektive Befindlichkeiten von psychopathologischen Phänomenen und psychiatrischen Symptomen abgrenzt. Das Fragebogenverfahren wurde für Kinder (LKJ-K),

Jugendliche (LKJ-J) und Eltern (LKJ-E) entwickelt. Erfragt werden psychische, physische und soziale Dimensionen der Lebensqualität durch 87 Items im originalen LKJ-K, 95 Items im LKJ-J sowie 86 Items im LKJ-E, die den Funktionsskalen *Körperliche Funktion*, *Emotionale Funktion*, *Kognitive Funktion*, *Soziale Funktion*, *Spiritualität* und *Globale Lebensqualität* sowie den Symptomskalen *Körperliche Symptomatik*, *Emotionale Symptomatik* und *Soziale Symptomatik* zugeordnet werden. Zur Beantwortung der Items wird eine 4-teilige und für die drei Globalfragen zur allgemeinen Lebensqualität eine 7-teilige Likert-Skala verwendet. Drei weitere Fragen sind als Ja/nein-Fragen zu beantworten. Eine qualitative Ergänzung für klinische Belange bilden offene Fragen zu verschiedenen Themenkomplexen. Durch Erprobung des neuen Fragebogeninstrumentes innerhalb der klinischen Routine bei ca. 700 ambulant, teilstationär und stationär behandelten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern im Zeitraum von Dezember 1996 bis Januar 2000 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Köln bestätigte die Langversion des Fragebogens zufriedenstellende psychometrische Kennwerte und erscheint durch die kurze Bearbeitungszeit und die gute Akzeptanz durch Befragte für den klinischen Alltag geeignet zu sein (Flechner et al., 2002).

1.4. Allgemeine Studienlage

Die Variable *Lebensqualität* wird in Studien seit vielen Jahren genutzt um Einblicke in das körperliche und seelische Befinden verschiedener Kohorten von Gesunden und Kranken, Kindern und Erwachsenen zu gewinnen. Während eine Fülle an wissenschaftlichen Arbeiten zur Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität in der Erwachsenenmedizin unter Berücksichtigung verschiedenster Fragestellungen vorliegen (Flechner, 2002), stellt die Lebensqualitätsforschung bei Kindern und Jugendlichen ein relativ neues Feld dar und findet im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren in zunehmendem Maße Beachtung (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Matthejat & Remschmidt, 1998; Ravens-Sieberer, 2000).

1.4.1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Ein Meilenstein auf dem Gebiet der Lebensqualitätsforschung bei Kindern und Jugendlichen wurde im Rahmen der Langzeitstudie „Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) durch das Robert-Koch-Institut gesetzt. Von Mai 2003 bis Mai 2006 wurden an insgesamt 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 17 Jahren sowie ihren Eltern erstmals bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand verschiedener Lebensbereiche durch

das Fragebogensystem KINDL-R erhoben. Die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit erfolgte bei den 0- bis 17- Jährigen durch die Eltern und bei den 11- bis 17- Jährigen zusätzlich durch die Kinder und Jugendlichen selbst (Lange et al., 2007).

Insgesamt zeigte die Studie ein hohes Maß an subjektivem Wohlbefinden bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen. Die theoretisch zu erwartenden Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, sozialer Lage und unterschiedlicher Gesundheitszustände konnten nachgewiesen werden. Generell wurde mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich. Der Alterseffekt war bei den Mädchen stärker ausgeprägt als bei den Jungen. Jungen schätzten ihre physische Gesundheit generell besser ein als gleichaltrige Mädchen. Insgesamt wurden für das psychische Befinden bessere Angaben gemacht als für das körperliche Befinden. Es zeigte sich eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität von Kindern aus Familien mit einem höheren Sozialstatus. Die vermutete Lebensqualitätsbeeinträchtigung bei Vorhandensein einer chronischen Erkrankung, wie zum Beispiel Asthma bronchiale, fand Bestätigung (Ravens-Sieberer et al., 2007a).

Als besonders problematisch stufen Kinder und Jugendliche den Bereich *Schule* ein, wobei 13- bis 16-Jährige hier ihre Lebensqualität deutlich schlechter einschätzten als jüngere Kinder und Jungen schlechtere Angaben machen als Mädchen. Dem Bereich *Familie* wurde insgesamt ein sehr hoher Stellenwert hinsichtlich der Lebensqualität eingeräumt (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000).

1.4.2. Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche

Für auffällige oder kranke Kinder untersuchte der überwiegende Teil der bisherigen Studien die gesundheitsbezogene Lebensqualität hinsichtlich körperlicher oder systemischer Erkrankungen entsprechend der Achse 4 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Desweiteren wurden bisher vorwiegend methodische Aspekte der Lebensqualitäts-Forschung beziehungsweise soziologische oder historische Aspekte beleuchtet. Nur wenige Studien thematisierten die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Erkrankungen. Diesbezüglich müssen Defizite wie Entwicklungsstörungen (MAS, Achse 2) und Intelligenzminderung (MAS, Achse 3) vordergründig genannt werden. Seltener beschäftigten sich die Studien mit psychiatrischen Problemen, die der MAS-Achse 1 zugeordnet werden können (Kramer, 2007).

Die Bella-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des Robert-Koch-Institutes lieferte vertiefende Daten über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren subjektive Lebensqualität in Deutschland. Befragt wurden 2863 zufällig ausgewählte Familien mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahren zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten. Da im Rahmen dieser Untersuchung keine klinische Diagnosestellung möglich war, wurde die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten wie zum Beispiel Verhaltensprobleme oder emotionale Probleme anhand der Angaben über Symptome und Belastung mittels Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), welches im Kinder- und Elternurteil vorlag, erfragt. Spezifische psychische Auffälligkeiten wie Ängste, Depression oder Störungen des Sozialverhaltens wurden mit Hilfe von an Diagnosekriterien orientierten standardisierten Verfahren, wie zum Beispiel ICD-10, DSM-IV, identifiziert. Es wurde jedoch ausschließlich das Elternurteil ausgewertet, da nur dieses für alle Altersgruppen der einbezogenen Kinder vorlag. Die Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten ergab 21,9 %. Während bei 9,7 % der Befragten „wahrscheinlich“ eine psychische Auffälligkeit vorlag, bestand bei weiteren 12,2 % ein Hinweis für psychische Auffälligkeiten. Die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen lag bei den Jungen höher als bei den Mädchen. Es konnte ein Anstieg psychischer Störungen mit dem Alter, bei den Mädchen stärker, aber auf niedrigerem Niveau als bei den Jungen nachgewiesen werden. Der Trend, dass sich psychische Probleme bei den Jungen eher im Grundschulalter, bei den Mädchen eher im Rahmen der Pubertät manifestieren, konnte bestätigt werden. Ängste (10 %) zeigten sich als häufigste psychische Störung der Kinder- und Jugendgruppe, besonders bei den 11- bis 13-Jährigen mit ausgeglichenem Geschlechterverhältnis. Am zweithäufigsten konnten Störungen des Sozialverhaltens (7,6 %) nachgewiesen werden, wobei die aggressiven Auffälligkeitsstörungen gegenüber den dissozialen Störungen deutlich überwogen und Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger betroffen waren. Depressive Störungen traten bei 5,4 % der Gesamtgruppe auf, hier zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie den Altersklassen. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (2,2 % der Gesamtgruppe) traten vorwiegend bei Jungen und jüngeren Kindern auf. Eckpfeiler der Datenerhebung war zudem die Erfassung der vielfältigen und sehr individuellen Schutz- und Risikofaktoren psychischer Störungen. Nachweislich zeigte sich bei Kindern mit Zunahme der Risikofaktoren auch ein steigender Anteil an psychischen Auffälligkeiten. Im Umkehrschluss wiesen psychisch gesunde Kinder und Jugendliche mehr personale, familiäre und soziale Ressourcen/Schutzfaktoren auf als psychisch auffällige Gleichaltrige. Es konnte bestätigt werden, dass psychisch auffällige Kinder und Jugendliche in allen Bereichen eine niedrigere Lebensqualität aufweisen als psychisch unauffällige Kinder (Ravens-Sieberer et al., 2007b).

Mattejat et al. (2003) untersuchten mithilfe des ILK die Hauptproblembereiche von 626 psychisch kranken Kindern und Jugendlichen regional unterschiedlicher Einrichtungen sowie mögliche Unterschiede in der Lebensqualität zwischen ambulant und stationär behandelten Patienten. Die Lebensqualität wurde in allen Lebensbereichen von den stationär behandelten Patienten schlechter bewertet. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der Elternbefragung, wonach Eltern die Lebensqualität ihrer Kinder schlechter einschätzten, wenn sich diese in stationärer Behandlung befanden (Mattejat et al., 2005). Besonders in den Bereichen *Familie* und *Gesamteinschätzung* wurde die Lebensqualität von den stationär Behandelten schlechter eingestuft. Zudem empfanden die Betroffenen eine Einschränkung ihrer Lebensqualität durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede konnten in allen Bereichen nachgewiesen werden. Die Bereiche *Psychische Gesundheit*, *Gesamteinschätzung* sowie *Schule* und *Familie* wurden von älteren Kindern schlechter bewertet. Der Bereich *Körperliche Gesundheit* wurde von Mädchen generell schlechter eingeschätzt als von Jungen.

Wurst et al. (2002) befragten mit Hilfe des ILK 360 chronisch und psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie 288 Müttern am Universitätsklinikum Wien zur Lebensqualität. Betroffene Kinder zeigten eine erhöhte Beeinträchtigung der Lebensqualität, besonders in den Bereichen *Alleine* und *Psychische Gesundheit*. Jugendliche schätzten ihre Lebensqualität vorwiegend in den Bereichen *Schule* und *Psychische Gesundheit* schlechter ein. Maßgebend für die eingeschränkte Lebensqualität war auch der Aufnahmegrund selbst. Die Mütter schätzten die psychische Belastung ihrer Kinder deutlich schlechter ein als diese selbst.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Köln wurden durch Flechtner et al. (2002) innerhalb der klinischen Routine bei ca. 700 ambulant, teilstationär und stationär behandelten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern Daten zur Lebensqualität erhoben. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit hyperaktiven Störungen stellte zahlenmäßig die größte Untergruppe dar. In den Ergebnissen wurden zum Teil erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität deutlich. Vor allem zeigten sich in den Bereichen der somatischen Funktionsskalen bessere Werte als in den emotionalen Bereichen.

1.4.3. Spezielle Diagnosegruppen

Kinder und Jugendliche mit externalen Störungen wie „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom/Hyperkinetisches Syndrom“ (ICD 10: F90.0) und „Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F91 und F92) zeigten sowohl in der Elterneinschätzung als auch in der Selbsteinschätzung im Vergleich zu gesunden

Kindern besonders in den Bereichen *Familie, Sozialer Kontakt zu anderen Kindern* und *Emotionaler Gesundheitszustand* eine Einschränkung ihrer Lebensqualität. Auch Probleme im schulischen Bereich wurden beschrieben (Bastiaansen et al., 2004a und; Escobar et al., 2005; Pongwilairat et al., 2005, Patrick et al., 2002, Sawyer et al., 2001 und 2002).

Internale Störungen wie „Angststörungen“ (ICD-10: F50.0 und F50.1), „Stimmungsschwankungen“ (ICD-10: F93) und „Depressive Störungen“ (ICD-10: F3) führen zu Lebensqualitätseinschränkungen von Kindern und Jugendlichen. Bastiaansen et al., (2004b) und Sawyer et al. (2002) belegten, dass sich Kinder und Jugendliche mit internalen Störungen in einem schlechteren emotionalen Gesundheitszustand befinden als gesunde Kinder. Außerdem wurden die Bereiche *Soziale Kontakte zu anderen Kindern* und *Familiäre Aktivitäten* von betroffenen Kindern schlechter bewertet.

1.4.4. Vergleich zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

Hinsichtlich vorliegender internationaler Studien möchten wir auch auf die umfangreiche Übersichtsarbeit von Kramer (2007) verweisen, in der insgesamt 8 Studien (Bastiaansen et al., 2004a und 2004b; Escobar et al., 2005; Klassen et al., 2004; Patrick et al., 2002; Pongwilairat et al., 2005; Sawyer et al., 2001 und 2002) beschrieben wurden, die die Lebensqualität von psychisch kranken mit der von gesunden Kindern und Jugendlichen allgemein sowie getrennt nach internalen und externalen Störungen vergleichen. Alle internationalen Studien kamen zu dem Ergebnis, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ihre Lebensqualität allgemein und auch in verschiedenen Lebensbereichen schlechter einschätzen als gesunde Gleichaltrige. Vor allem betroffen waren der emotionale Bereich (Bastiaansen et al., 2004a; Sawyer et al., 2001 und 2002), der familiäre Bereich (Sawyer et al., 2001 und 2002) und der schulische Bereich (Bastiaansen et al., 2004a). Es zeigte sich, dass Eltern psychisch kranker Kinder deren Lebensqualität, außer im Bereich der physischen Gesundheit, schlechter einschätzen als die Kinder selbst. In der gesunden Vergleichsgruppe hingegen machten die Eltern bessere Angaben als ihre Kinder (Bastiaansen et al., 2004a).

Aktuelle nationale Daten zur „Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung“ lieferte die Studie von Schönfeld (2008). Durch ein randomisiertes Telefoninterview konnten mittels KINDL- und ILK-Fragebogen von 305 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren sowie deren Eltern Daten zur subjektiven Lebensqualität ermittelt werden. Die Ergebnisse

aus der Normalbevölkerung wurden zum Vergleich bereits vorhanden Daten aus einer multizentrischen klinischen Studie (Mattejat et al., 1998) gegenübergestellt. Die Ergebnisse ergaben eine schlechtere Einschätzung der subjektiven Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen gegenüber gesunden Gleichaltrigen. Dieser Effekt zeigte sich bei den stationär behandelten deutlicher als bei den ambulant behandelten Patienten. Die Unterschiede stellten sich in allen Bereichen der Lebensqualität signifikant dar.

1.5. Limitationen vorliegender Arbeiten

Bei unseren Literaturrecherchen stießen wir auf wenige nationale und internationale Studien, in denen gesondert die Lebensqualität von psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen verglichen wurde. Während eine geringe Zahl an Studien die Lebensqualität allgemein vergleichen, das heißt ohne die Erkrankungen nach diagnostischen Kriterien zu differenzieren, wurden in der Mehrheit der Studien die Erkrankungen detailliert nach internalen und externalen Störungen betrachtet. Dabei basieren die Ergebnisse der meisten Studien vorwiegend auf Fremdeinschätzungen durch Eltern oder Therapeuten. Es erscheint daher besonders wichtig, die Lebensqualität der betroffenen Kinder und Jugendlichen auf der Basis des Selbsturteils zu erfassen.

Auch zu klinischen Verlaufskontrollen bezüglich der Lebensqualität liegen nur unzureichend Daten vor. Selten Beachtung fanden bisher Fragen nach Zusammenhängen zwischen der subjektiven Lebensqualität und der Therapiemotivation der Patienten oder inwieweit sich die dringende Aufnahmenotwendigkeit in der seelischen Verfassung des Patienten wiederfindet. Zur optimalen Therapieplanung sollte neben der Bewertung des therapeutischen Ergebnisses durch Therapeuten und Ärzte der Lebensqualitätseinschätzung durch die Patienten im Selbsturteil ein höherer Stellenwert eingeräumt werden.

Rechnerische Kerngröße nahezu aller Studien ist die statistische Signifikanz. Dieses mathematische Konstrukt ist geeignet um Unterschiede oder Veränderungen innerhalb oder zwischen bestimmten Kohorten zu erfassen. Jedoch sagen die Zahlenwerte wenig über die klinische Relevanz der erhobenen Veränderungen aus. Um zu erfassen, ob ein signifikanter und somit objektiver Unterschied auch subjektiv durch einen Therapeuten oder die Patienten selbst wahrnehmbar ist, hat sich die ‚Minimum Important Difference‘ (MID) oder synonym ‚Clinical Important Difference‘ (CID) etabliert (Guyatt et al., 2002). Berechnet wird dabei die Differenz der Werte der zu vergleichenden Zeitpunkte. Eine moderate Veränderung auf einer Skala von 0 bis 100

geht mit einer Differenz von 10 bis 15 einher, sehr deutliche Veränderungen werden ab einer Differenz von 20 beobachtet.

Hinsichtlich Lebensqualitätseinschätzungen ist generell bekannt, dass Werte innerhalb der Funktionsskalen oberhalb 80/100 Punkten und Werte innerhalb der Symptomskalen kleiner 20/100 Punkten gesunden Referenzpopulationen entsprechen (Flechner et al., 2002).

1.6. Zielsetzung

Schwerpunkt unserer Arbeit war die Erfassung der subjektiven Lebensqualität im Selbsturteil von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in einer psychiatrischen Einrichtung zu zwei definierten Zeitpunkten. Untersucht wurde, inwieweit sich die Aufnahmediagnose beziehungsweise das Ausmaß der psychischen Vorbelastung im subjektiven Wohlbefinden der Patienten widerspiegeln und ob sich die verschiedenen Lebensbereiche (Dimensionen) der Lebensqualität durch eine stationäre Therapie subjektiv verändern. Desweiteren wurde erfragt, welche Faktoren des stationären Aufenthaltes zu einer subjektiven Verbesserung der Lebensqualität beitragen und welche Kinder und Jugendlichen am deutlichsten von der Behandlung profitierten, zum Beispiel ob Aufnahmediagnose oder das Ausmaß der psychischen Vorbelastung maßgebend für einen Behandlungserfolg waren.

Da zu Lebensqualitätsuntersuchungen von Jugendlichen mit psychischen Störungen nur wenige Normwerte vorliegen, wurde zur Einordnung der Befunde zusätzlich die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung erhoben. Geht man davon aus, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche gegenüber Gesunden Einschränkungen in der subjektiven Lebensqualität aufweisen, erwartet man diesbezüglich auch Unterschiede in einzelnen Lebensbereichen (Kramer, 2008).

Das Hauptaugenmerk bei der Auswertung der Ergebnisse lag neben der Erfassung der statistischen Signifikanz auf der Dokumentation der ‚Minimum Important Difference‘.

In Zusammenschau der erörterten Aspekte zur Lebensqualität von gesunden und psychisch erkrankten Kindern haben wir für unsere Arbeit folgende Hypothesen formuliert:

1. Die subjektive Lebensqualität wird durch eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung positiv beeinflusst, es wird eine Annäherung an Werte gesunder Kinder erzielt.
 - a) Es finden sich in Bezug zur Aufnahmediagnose Unterschiede in der Lebensqualität und im Behandlungserfolg.
 - b) Die Schwere der Symptome und mögliche Risikofaktoren haben Einfluss auf den Behandlungserfolg.
 - c) Ein positives Erleben der stationären Behandlung und die eigene Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit wirken sich positiv auf den Behandlungserfolg aus.
2. Geht man davon aus, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche unter Einschränkungen ihrer Lebensqualität leiden, sind Unterschiede zwischen den Betroffenen und einer gesunden Vergleichsgruppe nachweisbar.
 - a) Die erfassten Unterschiede spiegeln sich auch in den verschiedenen Lebensbereichen (Dimensionen) der Lebensqualität wider.

2. Material und Methoden

2.1. Datenerhebung an Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Zeitraum von Januar 2008 bis Juli 2010 wurden an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am Klinikum Magdeburg gGmbH 128 stationär behandelte Patienten verschiedener Diagnosen bei Aufnahme und Entlassung mit Einverständnis der Erziehungsberechtigten mittels Fragebögen zur subjektiven Lebensqualität sowie zum therapeutischen Ergebnis untersucht.

2.2. Datenerhebungsinstrumente

2.2.1. Fragebogen zur Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der verwendete Fragebogen entstand auf Grundlage des Fragebogensystems „LKJ“ (Lebensqualität Kinder- und Jugendpsychiatrie) der Arbeitsgruppe „Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ unter der Leitung von Flechtner et al. an der Universität Köln und wurde zur Aufnahme und vor Entlassung ausschließlich an stationär behandelte Patienten ausgegeben.

Erfasst werden sollte im Selbsturteil die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität, die sich aus körperlichen, emotionalen, mentalen, sozialen und verhaltensbezogenen Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit zusammensetzt. Diese Grundkomponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gliedern sich in die sechs Dimensionen *Physische Verfassung*, *Emotionale Verfassung*, *Kognitive Funktion*, *Soziale Beziehungen*, *Familie* und *Globale Lebensqualität*. In Abbildung 1 werden die sechs Dimensionen der Lebensqualität und deren Unterbereiche dargestellt.

<p><u>I) Physische Verfassung</u></p> <p>→ Körperliche Leistungsfähigkeit, Fatigue (Erschöpfung), Malaise (Unbehagen/Missstimmung) Alltägliche Anforderungen</p> <p><u>II) Emotionale Verfassung</u></p> <p>→ Stimmungslage, Depressivität, Freude, Ängste, Sorgen, Motivation, Vitalität, affektive Labilität, Selbstwertgefühl, Körperbild</p> <p><u>III) Kognitive Funktion</u></p> <p>→ Konzentration, Merkfähigkeit, Schule, Ausbildung</p> <p><u>IV) Soziale Beziehungen</u></p> <p>→ Freunde, Zugehörigkeit, Anerkennung, Freizeit, Interesse, Soziales Verhalten</p> <p><u>V) Familie</u></p> <p><u>VI) Globale Lebensqualität</u></p>
--

Abbildung 1: Dimensionen der Lebensqualität

Im Fragebogen werden die sechs Dimensionen durch acht Funktionsskalen und fünf Symptomskalen repräsentiert und anhand von 68 Einzelitems abgefragt. Die Items sind definierten Funktions- und Symptomskalen zugeordnet, wobei die Fragen F09, F10, F11, F27 und F48 mehreren Skalen zugeordnet werden. Die Frage *Erwartest du eine Verbesserung deiner jetzigen Situation?* wird keiner Skala zugordnet.

59 Einzelfragen (Items) sind durch eine vierteilige Likert-Skala mit den Antwortkategorien „Nie/Gar nicht“ (1), „Selten/Wenig“ (2), „Manchmal/Etwas“ (3) oder „Oft/Sehr“ (4) zu beantworten. Um Antworttendenzen entgegenzuwirken, wurden sowohl positiv, als auch negativ formulierte Einzelfragen verwendet. Die *Allgemeine Skala* enthält folgende drei Fragen zur globalen Lebensqualität: *Wie ist insgesamt deine körperliche Verfassung? Wie ist insgesamt deine gefühlsmäßige Verfassung? Wie zufrieden und gut fühlst du dich insgesamt? (Wie ist ganz allgemein deine Lebensqualität?)*. Die Beantwortung der Globalfragen erfolgt von „Sehr schlecht“ bis „Sehr gut“ anhand einer offenen, zehn Zentimeter langen Skala. Die Abbildungen 2 und 3 stellen die Einzelitems und Skalenzuordnung übersichtlich dar. Der originale Fragebogen kann den Abbildungen 10-13 im Anhang entnommen werden.

Funktionsskalen**1. KF = Körperliche Funktion (6 Items)**

- F01 Fühlst du dich körperlich wohl und leistungsfähig?
 F02 Bereiten dir körperliche Aktivitäten Schwierigkeiten?
 F09 Fühlst du dich lustlos oder schlapp? (auch in EF1 und KS)
 F10 Bist du unternehmungslustig und aktiv?
 F11 Bist du schnell müde? (auch in KS)
 F27 Fühlst du dich antriebslos? (auch in EF1 und KS)

2. EF = Emotionale Funktion*EF1 = Freude / Motivation (6 Items)*

- F09 Fühlst du dich lustlos und schlapp? (auch in KF und KS)
 F21 Bist du glücklich?
 F26 Fühlst du dich leer und gefühllos?
 F27 Fühlst du dich antriebslos? (auch in KF und KS)
 F28 Kannst du dich gut freuen?
 F29 Kannst du dich für etwas begeistern?

EF2 = Selbstwert (8 Items)

- F06 Kannst du Probleme selber lösen?
 F08 Bist du von den alltäglichen Anforderungen überfordert?
 F32 Kannst du dich selbst leiden?
 F33 Fühlst du dich ernst genommen?
 F37 Kannst du dich gut durchsetzen?
 F38 Bist du mit deinem Aussehen zufrieden?
 F40 Fühlst du dich in deinem Körper wohl?
 F48 Fällt es dir leicht auf andere zuzugehen? (auch in SF2)

3. CF = Kognitive Funktion*CFa = Konzentration (5 Items)*

- F03 Hast du Schwierigkeiten, dir Dinge zu merken?
 F04 Hast du Schwierigkeiten, dich zu konzentrieren?
 F05 Fällt es dir schwer, bestimmte Dinge zu verstehen?
 F07 Lässt du dich leicht ablenken?
 F30 Verlierst du leicht die Lust an Dingen, die du angefangen hast?

CFb = Schule (4 Items)

- F49 Gehst du gerne in die Schule?
 F50 Kommst du mit den Hausaufgaben klar?
 F51 Kommst du in der Schule gut zurecht?
 F52 Bist du in der Schule überfordert?

4. SF = Soziale Funktion*SF1 = Familie (4 Items)*

- F41 Magst du deine Familie?
 F43 Gibt es Probleme in der Familie, unter denen du leidest?
 F34 Fühlst du dich benachteiligt?
 F45 Fühlst du dich da, wo du lebst, wohl?

Abbildung 2: Einzelitems und Skalenzuordnung

SF2 = Soziale Funktion, Kontakt, Freizeit (5 Items)

- F10 Bist du unternehmungslustig und aktiv? (auch in KF)
 F31 Probierst du gerne neue Sachen aus?
 F47 Bist du gerne mit Anderen zusammen?
 F53 Unternimmst du gerne etwas in deiner Freizeit?
 F48 Fällt es dir leicht auf Andere zuzugehen? (auch in EF2)

5. A1 = Allgemeine Skala, globale Lebensqualität (3 Items)

- F62 Wie ist insgesamt deine körperliche Verfassung?
 F63 Wie ist insgesamt deine gefühlsmäßige Verfassung?
 F64 Wie zufrieden und gut fühlst du dich insgesamt? (Wie ist ganz allgemein deine Lebensqualität?)

Symptomskalen6. KS = Körperliche Symptomatik (3 Items)

- F09 Fühlst du dich lustlos oder schlapp? (auch in KF und EF1)
 F11 Wirst du schnell müde? (auch in KF)
 F27 Fühlst du dich antriebslos? (auch in KF und EF1)

7. ES = Emotionale Symptomatik*ES1 = Angst, Sorge (4 Items)*

- F12 Hast du oft Angst, etwas falsch zu machen?
 F13 Hast du Angst davor, dass etwas Schlimmes passieren könnte?
 F14 Hast du Angst vor der Zukunft?
 F15 Machst du dir Sorgen?

ES2 = Unglück, Schuld (10 Items)

- F16 Hast du das Gefühl, mit deinem Leben nicht zurecht zu kommen?
 F17 Fühlst du dich von „Gott und der Welt“ verlassen?
 F18 Bist du unglücklich, traurig oder niedergeschlagen?
 F23 Wünschst du dir, nicht mehr zu leben?
 F24 Denkst du, dass du nichts wert bist?
 F25 Hast du das Gefühl, dass dein Leben sinnlos ist?
 F54 Hast du Schuldgefühle?
 F55 Hast du ein schlechtes Gewissen?
 F56 Machst du dir viele Vorwürfe?
 F57 Hast du das Gefühl, „alles falsch“ zu machen?

ES3 = Einsamkeit, Ablehnung (5 Items)

- F19 Fühlst du dich einsam oder allein gelassen?
 F35 Fühlst du dich ausgeschlossen?
 F36 Hast du das Gefühl, Anderen lästig zu sein?
 F42 Fühlst du dich als Außenseiter?
 F44 Fühlst du dich abgelehnt?

8. SoS = Soziale Symptomatik (5 Items)

- F20 Bist du leicht reizbar?
 F22 Neigst du zu aggressivem Verhalten?
 F39 Bist du schnell beleidigt oder eingeschnappt?
 F46 Hast du häufig Streit mit Anderen?
 F58 Ist dir oft langweilig?

GESAMT: 68 Items

Abbildung 3: Fortsetzung Einzelitems und Skalenzuordnung

2.2.2. Freitextfragen

Der Fragebogen „LKJ“ wurde um folgende drei Freitextfragen erweitert, um Aspekte, welche die Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung subjektiv am meisten beschäftigt haben, genau erfassen zu können:

Wenn du drei Wünsche frei hättest, welche wären das?

Was ist zurzeit für dich das Allerschwerste?

Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Aufgrund der breit gestreuten Beantwortung dieser Fragen fand lediglich die Frage *Was ist zurzeit für dich das Allerschwerste?* in der Datenauswertung der Referenzgruppe Beachtung.

2.2.3. Zusatzitems zur Entlassung

Um zudem eine Selbsteinschätzung zum stationären Aufenthalt durch die Patienten zu erhalten, entstanden weitere Fragen, die unter anderem das Wohlbefinden auf Station und die Einsicht in die Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes erfragen. Diese 12 Fragen befinden sich nur im Entlassungsfragebogen der Patienten und schließen sich den *regulären* Fragen an (Vgl. Abb. 4). Die Fragebogenergänzung bei Entlassung kann der Abbildung 14 im Anhang entnommen werden.

F65	Hast du dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?
F66	Hast du dich vom Pflegepersonal gut betreut gefühlt?
F67	Findest du, dass dein Aufenthalt wichtig war, damit es dir wieder besser geht?
F68	Wird dir der Aufenthalt helfen, in Zukunft besser mit deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?
F69	Hast/Hattest du Bedenken, deinen Freunden/Verwandten vom Aufenthalt in der Klinik zu berichten?
F70	Haben dir die Therapien (Ergo-, Physiotherapie) geholfen?
F71	Haben dir die Gespräche mit Deinem Arzt/Psychologen geholfen?
F72	Entsprach die Therapie insgesamt deinen Vorstellungen und Wünschen?
F72a	Bist du mit deinem Therapeuten gut ausgekommen?
F72b	Konntest du mit deinem Therapeuten bei der Lösung deiner Probleme weiterkommen?
F72c	Wie empfandest du die Länge deines Aufenthaltes?
F72d	War die Anzahl der Gespräche ausreichend? (Wenn nein, gibt es Gründe dafür?)

Abbildung 4: Zusatzfragen bei Entlassung

2.2.4. Objektive Einflussfaktoren auf die Lebensqualität

Neben den subjektiven Einflussfaktoren (Kapitel 2.2.1. bis Kapitel 2.2.3.) wurden weiterhin die in Abbildung 5 dargestellten objektiven Einflussfaktoren auf die Lebensqualität erfasst. Alter und Geschlecht wurden von den Patienten selbst auf dem Fragebogenkopf notiert. Informationen zu Familiensituation, Ausbildung, Medikamenten, Alkohol-, Nikotin-, oder Drogenkonsum, psychiatrischer Vorgeschichte, Aufnahmediagnose, Aufenthaltsdauer und weiteren ICD-10-Diagnosen des Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) sowie Arbeitsverhältnis und Erkrankungen der Eltern wurden den Patientenakten entnommen.

<p><u>1. Angaben zum Patient</u></p> <p>Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Konsum von Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamenteneinnahme, Psychiatrische Vorgeschichte, Geschwister</p> <p><u>2. Angaben zum Aufenthalt</u></p> <p>Aufenthaltsdauer, Aufnahmediagnose, Aufnahmesituation</p> <p><u>3. Multiaxiales Klassifikationsschema</u></p> <p>Achse 1) Psychiatrische Diagnosen Achse 2) Entwicklungsstörungen Achse 3) Intelligenzdiagnostik Achse 4) somatische Erkrankungen Achse 5) abnorme psychosoziale Bedingungen Achse 6) Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung</p> <p><u>4. Angaben zum aktuellen Lebensumstand, die nicht in Achse V des MAS abgebildet werden bzw. nicht explizit herausgehoben werden</u></p> <p>Arbeitsverhältnis der Eltern, Alkoholkonsum der Eltern, Nutzung von Hilfsangeboten, Kontakt zum Jugendamt</p>

Abbildung 5: Objektive Einflussfaktoren

2.2.5. Ausgabe der Fragebögen

Vor Ausgabe der ersten Fragebögen wurden die Fragen und deren Formulierung auf den Stationen mit vier Patienten zwischen 12 und 16 Jahren besprochen und auf Verständlichkeit geprüft.

Zur Aufnahme erfolgte die Ausgabe der Fragebögen auf der Station für Jugendliche und Schulkinder im Aufnahmegespräch durch das Pflegepersonal. Ziel war es, die Entlassungsfragebögen ein bis zwei Tage vor Entlassung beziehungsweise im Entlassungsgespräch durch das Pflegepersonal oder durch den betreuenden Therapeuten auszuhändigen. Die Erfassung der Daten von Patienten, die die Station kurzfristig verlassen haben oder die Fortsetzung der Therapie durch eigenständiges Fernbleiben der Station beendet haben, war nicht möglich.

2.3. Datenerhebung an einer Referenzgruppe

Um die subjektive Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit der gesunder Gleichaltriger zu vergleichen, wurden im Zeitraum von Januar bis März 2011 mit Zustimmung des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt an Schulen in Sachsen-Anhalt mittels identischem Fragebogen Daten zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen erhoben. Die somit gebildete Referenzgruppe setzte sich zusammen aus insgesamt 147 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren unterschiedlicher Schulformen.

2.3.1. Durchführung der Datenerhebung

Nach Einholung einer Genehmigung zur Durchführung empirischer Untersuchungen vom zuständigen Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt wurden in Magdeburg insgesamt 23 Schulen kontaktiert. Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte an Schüler des Albert-Einstein-Gymnasiums und der Ernst-Wille-Sekundarschule in Magdeburg. Da sich in Magdeburg keine Förderschule beteiligte, wurde die Pestalozzi-Förderschule in Wienrode/Blankenburg für die Befragung ausgewählt. Der eingesetzte Fragebogen war identisch mit dem Aufnahmebogen der klinischen Untersuchungsgruppe. Zusätzlich wurde ein Fragebogen erstellt (siehe Abbildungen 15 und 16 im Anhang), der Angaben zum Alter, Geschlecht und Schulform sowie weiterhin eine Bewertung des eigenen Funktionsniveaus als Schüler, Familienmitglied, Freund und eigenständiger Mensch erfragt. Die Bewertung des Funktionsniveaus sollte anhand der Schulnoten „Eins“ bis „Sechs“ erfolgen, wobei „Eins“ einem hohen Funktionsniveau und „Sechs“ einem niedrigen Funktionsniveau entspricht. In der Datenauswertung fand die Selbsteinschätzung des Funktionsniveaus auf Grund der unzureichenden Beantwortung jedoch keine Beachtung.

Vor Verteilung der Fragebögen erfolgte die Einholung eines schriftlichen Einverständnisses der Eltern. Die Fragebogenausgabe wurde an allen Schulen vorab besprochen und individuell vom jeweiligen Schulleiter festgelegt. Der Ablauf und Zeitpunkt der Befragung gestaltete sich an allen drei Schulen unterschiedlich. Am Albert-Einstein-Gymnasium Magdeburg stimmten Eltern von 125 Kindern und Jugendlichen der Befragung zu. Letztendlich nahmen 39 Schüler unterschiedlicher Klassenstufen an der Befragung teil. An der Ernst-Wille Sekundarschule beteiligten sich 84 Schüler, bei denen auch das Einverständnis der Eltern vorlag, an der Befragung. Die Bearbeitung der Fragebögen erfolgte nach Rücksprache mit den jeweiligen Klassenlehrern im Unterricht. Für die Förderschüler erfolgte auf Wunsch der Schulleitung für ein besseres Verständnis die Umformulierung und somit

Vereinfachung einzelner Ausdrücke, wie der Abbildung 17 im Anhang zu entnehmen ist. Die Frage *Denkst du, dass du nichts wert bist?* wurde aus dem Fragebogen genommen. Von möglichen 40 Schülern der Klassenstufen sieben bis neun nahmen 24 Schüler an der Befragung teil. Auch hier erfolgte die Fragebogenausgabe im Unterricht. Jede Frage wurde einzeln vorgelesen. Sowohl in der Sekundarschule als auch in der Förderschule beteiligten sich alle Schüler, bei denen das Einverständnis der Eltern vorlag auch an der Befragung.

2.4. Datenauswertung

Nach Anonymisierung wurden sämtliche Daten zur Lebensqualität mit Hilfe von SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) Version 15.0 deskriptiv ausgewertet. Generell wurden bei der Auswertung der Fragebögen nur Antworten erfasst, die eindeutig zugeordnet werden konnten.

Zur Vergleichbarkeit und Interpretation der Skalen erfolgte die Umcodierung positiv formulierter Fragen. Die Antwortkategorien wurden in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Alle Einzelitems wurden entsprechenden Funktions- und Symptomskalen zugeordnet (siehe Abb. 2 und 3). Um die Vergleichbarkeit und Interpretation der Skalen zu ermöglichen, wurden Skalenmittelwerte gebildet, sodass der Wert 100 einer maximalen Funktionsfähigkeit sowie einer maximalen Symptomausprägung entspricht.

2.4.1. Datenauswertung der Patientendaten

Die Auswertung der Patientendaten erfolgte hinsichtlich soziodemographischer Faktoren wie Alter, Geschlecht, Schulform, Aufnahmesituation und -diagnose, Aufenthaltsdauer sowie der in Kapitel 2.2.4. genannten objektiven Einflussfaktoren. Ausgewertet wurden auch die Einzelfragen zum stationären Aufenthalt. Die im Selbsturteil erhobenen Aufnahmedaten wurden anhand der Skalenmittelwerte mit den Entlassungsdaten verglichen. In diese Berechnungen gingen nur Fälle ein, bei denen sowohl der Aufnahme- als auch der Entlassungsfragebogen vorlagen. Mittels T-Test für abhängige Stichproben wurde das zweiseitige Signifikanzniveau berechnet. Ein p-Wert kleiner oder gleich 0,05 zeigt einen signifikanten Unterschied der im Folgenden blau hinterlegt wird. Zudem wird für jede Gegenüberstellung die Differenz der Mittelwerte, die „Minimum clinically important difference“ (MID), angegeben. Dabei werden alle Mittelwertdifferenzen größer als zehn im Sinne von klinisch bedeutsamen Unterschieden zwischen Aufnahme und Entlassung gelb hinterlegt. Abbildung 6 zeigt

die in den Ergebnisteilen 1 und 2 verwendeten Abkürzungen und spezielle Farbzusordnungen.

Skalenmittelwerte bei Aufnahme	MW (A)
Skalenmittelwerte bei Entlassung	MW (E)
Mittelwertedifferenz	Δ
Mittelwertedifferenz Referenzgruppe bei Patientenaufnahme	ΔA
Mittelwertedifferenz Referenzgruppe bei Patientenentlassung	ΔE
Minimum clinically important difference (MID)	$\Delta MW > 10$
Signifikanz (2-seitig)	p
Signifikante Unterschiede	$p \leq 0,05$

Abbildung 6: Spezielle Abkürzungen und Farbzusordnungen

2.4.2. Datenauswertung der Referenzgruppe

Die Referenzgruppe wurde in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht untersucht, wobei eine Einteilung in die Subkollektive der 11- bis 13-jährigen Jungen, 11- bis 13-jährigen Mädchen, 14- bis 16-jährigen Jungen und 14- bis 16-jährigen Mädchen erfolgte. Da die Gruppe der über 16-Jährigen nur acht Jugendliche aufwies, fand sie in der Auswertung keine Berücksichtigung.

In der direkten Gegenüberstellung der vier genannten Gruppen wurden die höchsten Werte der Funktionsskalen und Globalfragen sowie die niedrigsten Werte der Symptomskalen grün markiert. Im Gegenzug zeigt die rote Markierung die niedrigsten Werte in Funktionsskalen und Globalfragen sowie die höchsten Werte in den Symptomskalen an (Vgl. Abb. 7). Unterschiede wurden mittels T-Test für zwei unabhängige Stichproben auf das 2-seitige Signifikanzniveau berechnet.

höchste Werte der Funktionsskalen und Globalfragen/ niedrigste Werte der Symptomskalen	→ im Sinne einer hohen subjektiven Lebensqualität
niedrigste Werte der Funktionsskalen und Globalfragen/ höchste Werte der Symptomskalen	→ im Sinne einer geringen subjektiven Lebensqualität

Abbildung 7: Farbzusordnungen hinsichtlich der Lebensqualität

Darüber hinaus erfolgte ein schulformspezifischer Vergleich von Gymnasiasten, Sekundarschülern und Förderschülern. Signifikante Unterschiede zwischen den drei Schulformen wurden mittels univariater Varianzanalyse (ANOVA) berechnet.

Entsprechend der Patientendaten werden alle signifikanten Unterschiede, p-Werte kleiner oder gleich 0,05, im Folgenden blau sowie alle Mittelwertedifferenzen größer als zehn im Sinne von klinisch bedeutsamen Unterschieden gelb hinterlegt (Vgl. Abb. 6).

2.4.3. Datenvergleich Patienten- und Referenzgruppe

Die Daten der 147 Kinder und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung wurden mit den Aufnahmedaten von 122 Patienten verglichen. Verwendet wurde hier jeder auswertbare Aufnahmebogen, unabhängig davon, ob auch ein Entlassungsfragebogen ausgefüllt wurde. Ein Vergleich erfolgte in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schulform. Hinsichtlich Alter und Geschlecht wurden die Subkollektive der 11- bis 13-jährigen Jungen, 11- bis 13-jährigen Mädchen, 14- bis 16-jährigen Jungen und 14- bis 16-jährigen Mädchen gebildet. Zum Vergleich der Schuldaten wurden in der klinischen Untersuchungsgruppe nur die drei Schulformen Gymnasium, Sekundarschule und Förderschule berücksichtigt. Weiterhin erfolgte ein Vergleich der Daten der Referenzgruppe mit den Entlassungsdaten der Patienten. Da uns zum Entlassungszeitpunkt nur von 69 Patienten auswertbare Bögen vorlagen, wurden hier nur die Daten der Gesamtstichproben verglichen.

2.5. Analyseplan

Die erhobenen Daten beider Kollektive wurden auf die Gütekriterien Reliabilität und Validität überprüft.

2.5.1. Reliabilität

Als Maß der Zuverlässigkeit oder auch Wiederholbarkeit der Ergebnisse kann die Reliabilität durch verschiedene Methoden erhoben werden. Eine Möglichkeit bietet die Größe Cronbachs Alpha, die als Variable die interne Konsistenz und somit Homogenität einer Skala abbildet. Dies bedeutet, dass die Items einer Skala auch den gleichen Inhalt erfassen. Cronbachs Alpha kann Werte von minus unendlich bis eins annehmen. Werte größer 0,7 bedeuten eine gute interne Konsistenz innerhalb einer Skala und somit eine gute Eignung für Gruppenvergleiche.

2.5.2. Validität

Mit der Validität wird die Belastbarkeit der Befragung erfasst. Sie bildet ab, inwieweit ein Instrument auch das Erwünschte misst und ob sich aus den Ergebnissen eine Folgerung ziehen lässt.

Um zu hinterfragen, ob die Einzelfragen auch die dazugehörigen Inhalte der Funktions- und Symptomskalen darstellen (Item-Skalen-Korrelation), wurde der

Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Werte ab 0,5 zeigen eine hohe Korrelation auf.

Entscheidend für die klinische Validität ist die Korrelation unter den Skalen (Inter-Skalen-Korrelation), wobei eine hohe Korrelation zwischen inhaltlich ähnlichen Skalen und eine negative Korrelation bei Gegenüberstellung von Funktion und Symptomatik erwartet wird.

Ergebnisse

Einführende Bemerkungen

Die im Kapitel Material und Methoden vorgestellte Datenerhebung wurde von beiden Doktorandinnen gemeinsam vorgenommen.

Der Ergebnisteil ist in zwei Abschnitte gegliedert (siehe Abbildung 8). In Ergebnisse Teil 1 (Kapitel 3) erfolgte durch Katharina Schubert eine allgemeine Auswertung der Patientenfragebögen sowie ein Vergleich der Ergebnisse zwischen Aufnahme und Entlassung nach vorgegeben Themen.

In Ergebnisse Teil 2 (Kapitel 4) erfolgten durch Maria Anders eine Auswertung der Fragebögen der Referenzgruppe sowie ein Vergleich der Patientendaten mit den Ergebnissen der Referenzgruppe.

Alle zu den Ergebnissen führenden Berechnungen und die schriftlichen Darstellungen wurden eigenständig durch die obengenannten Doktorandinnen durchgeführt.

Allgemeine Anmerkung: Die Tabellenlegenden Abbildung 6 und Abbildung 7 sowie Abkürzungen der Skalen in Abbildung 20 erhält man durch Aufschlagen der Seite 133 im Anhang.

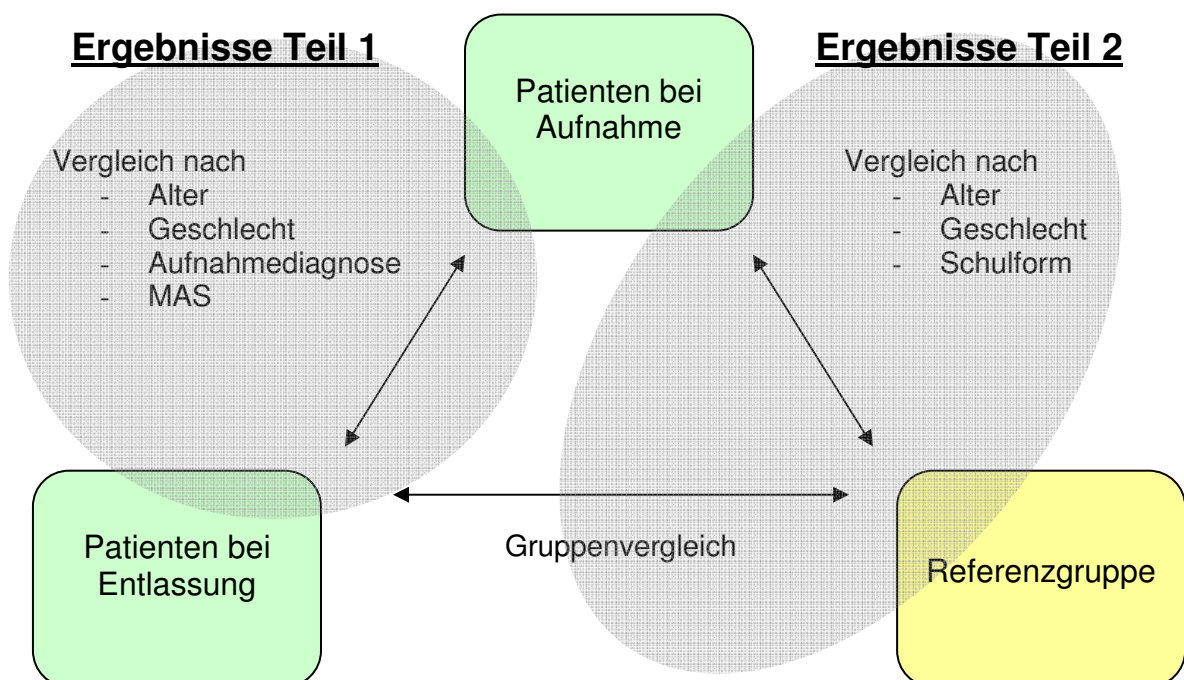


Abbildung 8: Übersicht der Ergebnisse

3. Ergebnisse Teil 1

3.1. Erfahrungen bei der Durchführung

Bei den vorliegenden 195 Fragebögen ließ sich zumeist eine große Sorgfalt in der Beantwortung der Fragen erkennen. Lediglich einmal wurde die Beantwortung nach wenigen Fragen beendet und zweimal war durch konsequente Auswahl der immer gleichen Antwortoption bei sowohl positiv als auch negativ gestellten Fragen mangelnde Motivation zu erkennen. Diese Bögen wurden aus der Wertung genommen. Vielfach zeigte sich, dass eine Antwort mit einem neuen Kreuz korrigiert wurde. Teilweise wurde diese Korrektur noch mit einem Pfeil oder eine Erläuterung kommentiert. Die Antworten wurden nur gewertet, wenn trotz Korrektur eine eindeutige Zuordnung möglich war.

In der Beantwortung der offenen Fragen nach dem körperlichen und seelischen Befinden sowie zur allgemeinen Lebensqualität ergaben sich für mehrere Kinder und Jugendliche Unsicherheiten. Auf einer zehn Zentimeter langen Linie, welche an den Enden mit den Erläuterungen „sehr schlecht“ und „sehr gut“ versehen wurde, sollte je nach subjektivem Empfinden ein Kreuz gesetzt werden. Einige Patienten beantworteten diese Fragen nicht oder kreuzten die Erläuterung „sehr schlecht“ oder „sehr gut“ direkt an. Entsprechende Antworten wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

3.2. Gruppencharakteristika

3.2.1. Soziodemografische Daten der Kinder und Jugendlichen

Es lagen insgesamt 190 vollständig ausgefüllte und zur Auswertung geeignete Fragebögen von 128 Kindern und Jugendlichen vor. 62 Patienten beantworteten sowohl den Aufnahme- als auch den Entlassungsfragebogen, von 60 Patienten waren nur der Aufnahmefragebogen und von sechs Patienten nur der Entlassungsfragebogen verfügbar.

Die Alters- und Geschlechtsverteilungen wurden in Tabelle 1 zusammengefasst und setzen sich wie folgt zusammen. Das Durchschnittsalter aller befragten Kinder und Jugendlichen betrug 14,63 Jahre (Standardabweichung $SD= 1,97$), das der Mädchen 14,83 Jahre ($SD= 1,66$) und das der Jungen 14,44 Jahre ($SD= 2,20$). Die Altersspanne der untersuchten Kinder und Jugendlichen reichte von 9 bis 19 Jahren. Zwei Patienten

(1,6%) waren jünger als 11 Jahre, 36 Patienten (28,1%) gehörten zur Altersklasse der 11- bis 13-Jährigen, 70 Patienten (54,7%) und somit mehr als die Hälfte der Untersuchten waren zwischen 14 und 16 Jahre alt, 20 Patienten (15,6%) waren älter als 16 Jahre. Das Kollektiv bestand aus 60 Mädchen (46,9%) und 68 Jungen (53,1%). Während in der Altersklasse der 11- bis 13-Jährigen die Anzahl der Jungen deutlich überwog, war die Geschlechtsverteilung in den übrigen Altersklassen ausgeglichen.

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten

Alter	Gesamt		Geschlecht	
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Mädchen	Jungen
<11	2	1,6	0	2
11-13	35	27,3	12	23
14-16	70	54,7	38	32
>16	21	16,4	10	11
Gesamt	N=128	100%	N=60	N=68

87 Kinder und Jugendliche (70%) waren schulpflichtig und besuchten eine Regelschule (Grundschule, Gymnasium, Sekundarschule, Förderschule). 46 Kinder und Jugendliche (35,9%) besuchten eine Sekundarschule. 23 Kinder und Jugendliche (18%) besuchten eine Förderschule und 17 Kinder und Jugendliche (13,3%) waren Schüler eines Gymnasiums. Eine Sonderbeschulung im Sinne von beispielsweise Einzelunterricht gab es für drei Kinder (2,3%). Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich sechs Patienten (4,7%) in einem Berufsvorbereitungsjahr, fünf Jugendliche (3,9%) in einer Berufsausbildung oder Lehre, während acht Jugendliche (6,3%) die Ausbildung abgebrochen oder den Schulbesuch verweigert hatten. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die verschiedenen Bildungseinrichtungen.

Tabelle 2: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Bildungseinrichtungen

Schulform	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Grundschule	1	0,8
Gymnasium	17	13,3
Realschule/Hauptschule (Sekundarschule)	46	35,9
Lernbehindertenschule (Förderschule)	23	18,0
Gesamtschule/Integrierte Gesamtschule	1	0,8
Sonderbeschulung	3	2,3
Berufsvorbereitendes Jahr	6	4,7
Lehre/Berufsausbildung	5	3,9
Ausbildung abgebrochen/Verweigerer	8	6,3
Keine Angabe	18	14,1
Gesamt	N=128	100%

3.2.2. Daten zu Aufnahmesituation und Aufenthaltsdauer

76 Patienten (59,4%) wurden geplant stationär aufgenommen. Mit notfallmäßiger stationärer Zuweisung kamen 28 Kinder und Jugendliche (21,8%), bei denen die Altersklasse der 14- bis 16-Jährigen am stärksten vertreten war. Von 24 Patienten lagen keine Angaben zur Aufnahmesituation vor. Die genaue Verteilung der Aufnahmesituation ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Aufnahmesituation der Patienten

Altersklasse	Aufnahmesituation - Absolute Häufigkeit		
	Notfall	Geplant	Keine Angabe
<11	0	2	0
11-13	4	25	6
14-16	20	34	16
>16	4	15	2
Gesamt (N=128)	N=28 (21,8%)	N=76 (59,4%)	N=24 (18,8)

Die Aufenthaltsdauer betrug im Durchschnitt 48,81 Tage, die minimale Aufenthaltsdauer betrug einen Tag, die maximale Aufenthaltsdauer 193 Tage. Als häufigster Aufnahmegrund wurde bei 28 Patienten (24,6%) eine „Kombinierte Störung des Sozialverhalten und der Emotionen“ (ICD-10: F92) diagnostiziert (Vgl. Tabelle 4). Bei 19 Patienten (16,6%), davon 17 Jungen (89,5%), war die Aufnahmediagnose eine „Hyperkinetische Störung“ (ICD-10:F90). „Emotionale Störungen des Kindesalters“ (ICD-10: F93) wurden bei 16 Kindern und Jugendlichen (14%), von denen elf Mädchen (68,8%) waren, als Aufnahmeursache festgestellt. 13 Kinder und Jugendliche (11,4%) wurden wegen einer „Depressiven Episode“ (ICD-10: F32) stationär aufgenommen, darunter zehn Jungen (76,9%).

Tabelle 4: Aufnahmediagnosen der Patienten

Aufnahmediagnose nach ICD 10	Geschlecht		Gesamt (N)
	Jungen	Mädchen	
F10 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	0	2	2
F13 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa	1	0	1
F32 – Depressive Episode	10	3	13
F40 – Phobische Störungen	1	3	4
F41 – Andere Angststörungen	1	0	1
F42 – Zwangsstörung	2	0	2
F43 – Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung	3	6	9
F50 – Essstörungen	2	2	4
F60 – Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0	1	1
F63 – Abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle	1	0	1
F84 – Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	1	1	2
F90 – Hyperkinetische Störungen	17	2	19
F91 – Störungen des Sozialverhaltens	5	1	6
F92 – Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	13	15	28
F93 – Emotionale Störungen des Kindesalters	5	11	16
F94 – Störungen sozialer Funktion mit Beginn in der Kindheit	1	1	2
Krisenintervention	1	2	3
Keine Angabe	4	10	14
Gesamt	N=68	N=60	N=128

67 Patienten (52,3%) befanden sich vor der aktuellen Aufnahme mindestens einmal in stationärer psychiatrischer Behandlung (Vgl. Tabelle 5). Eine medikamentöse Vorbehandlung mit Psychopharmaka (überwiegend Methylphenidat) bestand bei 26 Untersuchten (20,3%) zum Aufnahmezeitpunkt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 5: Stationäre psychiatrische Vorbehandlung der Patienten

Vorbehandlung	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Ja	67	52,3
Nein	31	24,2
Keine Angabe	30	23,4
Gesamt	N=128	100%

Tabelle 6: Medikation der Patienten

Medikamente	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Ja	26	20,3
Nein	72	56,3
Keine Angabe	30	23,4
Gesamt	N=128	100%

3.2.3. Angaben zum Genussmittelkonsum

Die Tabellen 48 bis 50 im Anhang zeigen den Umgang der Patienten mit Genussmitteln (Alkohol, Nikotin, Drogen). 41 Patienten (32%) gaben an, gelegentlich Alkohol zu konsumieren. Der Verdacht auf einen Alkoholmissbrauch mit täglichem Konsum, exzessivem Alkoholgenuss am Wochenende oder gelegentlichem Alkoholkonsum mit Kontrollverlust zeigte sich bei zehn Jugendlichen (7,8%). 39 Kinder und Jugendliche (30,5%) gaben an, keinen Alkohol zu trinken, 38 Patienten (29,7%) machten keine Angabe. Vier Patienten, die regelmäßig Alkohol konsumierten, kamen aus einem Elternhaus, in dem anamnestisch bei mindestens einem Elternteil der Verdacht auf Alkoholmissbrauch bestand.

Nikotinkonsum bejahten 48 Kinder und Jugendliche (37,5%), Nichtraucher waren 42 der Untersuchten (32,8%), 38 Patienten (29,7%) machten keine Angabe zum Nikotinkonsum. Die Zahlen verdeutlichen einen Anstieg der Raucher mit zunehmendem Alter der Patienten. In der Altersklasse 11 bis 13 Jahre gab es deutlich mehr Nichtraucher, dieses Verhältnis kehrt sich bei den 14- bis 16-Jährigen um.

Die Mehrheit, das heißt 70 Kinder und Jugendliche (54,%) gaben an, noch nicht mit Drogen in Berührung gekommen zu sein. Acht der Befragten (14%) bejahten die Frage zum Drogenkonsum, 40 Patienten (31,3%) machten keine Angabe.

3.2.4. Weitere objektive Einflussfaktoren

96 der Untersuchten (75%) wuchsen im Haushalt zusammen mit mindestens einem Geschwisterteil auf (Vgl. Tabelle 51 im Anhang). In 41 Fällen (32%) wurde Kontakt zum Jugendamt aufgenommen. Die Inanspruchnahme anderer Hilfsangebote, wie Unterstützung durch niedergelassene oder Schulpsychologen, erfolgte bei 58 Untersuchten (45,3%) (Vgl. Tabelle 52 und 53 im Anhang).

Bei 46 Kindern und Jugendlichen (35,9%) waren beide Elternteile berufstätig, bei 42 Untersuchten (32,8%) war mindestens ein Elternteil arbeitslos (Vgl. Tabelle 54 im Anhang).

3.3. Deskriptive Statistik

Nach Auswertung der Aufnahme-Fragebögen ergaben sich für Funktions- und Symptomskalen sowie für die Globalfragen die in Tabelle 7 dargestellten Mittelwerte, Standardabweichungen und Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha).

Tabelle 7: Deskriptive Statistik und Reliabilität der Skalen

Deskriptive Statistik	Mittelwert (MW)	Standard-Abweichung (SD)	Cronbachs Alpha
Funktionsskalen			
Körperliche Funktion	58,3	21,4	0,757
Emotionale Funktion – Freude/Motivation	59,2	23,5	0,827
Emotionale Funktion – Selbstwert	56,5	18,1	0,648
Kognitive Funktion – Konzentration	44,5	21,3	0,747
Kognitive Funktion – Schule	55,7	22,9	0,645
Soziale Funktion – Familie	66,2	22,2	0,632
Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit	69,3	20,4	0,700
Symptomskalen			
Körperliche Symptomatik	47,2	26,7	0,715
Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge	58,9	29,1	0,810
Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld	50,9	28,3	0,929
Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung	46,9	27,3	0,849
Soziale Symptomatik	56,1	20,8	0,659
Globalfragen			
Körperliche Verfassung	51,6	26,4	} 0,823
Seelische Verfassung	39,6	26,9	
Lebensqualität insgesamt	46,7	28,4	

Die Mittelwerte der Funktionsskalen lagen zwischen 44,5 und 69,3, nahezu alle Werte waren größer als 50. Die Standardabweichungen variierten von 18,1 bis 23,5. Die höchste Bewertung zeigte sich in den Bereichen *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* (MW=69,3; SD=20,4) und *Soziale Funktion – Familie* (MW=66,2; SD=22,2). Die Skala *Kognitive Funktion – Konzentration* (MW=44,5; SD=21,3) wurde am geringsten bewertet.

Die Symptomskalen nahmen Mittelwerte zwischen 46,9 und 58,9 an. Die Skalen *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* (MW=58,9; SD=29,1) und *Soziale Symptomatik* (MW=56,1; SD=20,8) zeigten die höchsten Symptomausprägungen. Die niedrigste Symptomatik lag im Bereich *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* (MW=46,9; SD=27,3). Die Standardabweichung zeigte eine größere Spannweite (20,8 – 29,1) als bei den Funktionsskalen.

Bei den Globalfragen lagen die Mittelwerte zwischen 39,6 und 51,6. Der Bereich *Körperliche Verfassung* (MW=51,6; SD=26,4) erreichte den höchsten, die *Seelische Verfassung* (MW=39,6; SD=26,9) den geringsten Mittelwert.

3.3.1. Reliabilität

Bezugnehmend auf unser Patientenkollektiv nahmen die Skalen Werte von Cronbachs Alpha zwischen 0,63 und 0,93 an (Tabelle 7). Neun von 13 Skalen zeigten einen Wert größer >0.7 , was für eine gute interne Konsistenz spricht. Die Skalen der Emotionalität zeigten Werte größer 0.8 und somit eine hohe interne Konsistenz. Geringe Werte zeigten die Skalen *Emotionale Funktion – Selbstwert*, *Kognitive Funktion – Schule*, *Soziale Funktion – Familie* und *Soziale Symptomatik*. Durch Herausnahme einzelner Fragen konnte in diesen Skalen der Wert von Cronbachs Alpha verbessert werden. In der Skala *Soziale Symptomatik* konnte somit ein Wert $> 0,7$ erreicht werden.

3.3.2. Validität

In der Item-Skalen-Korrelation, berechnet mit dem Korrelationskoeffizient nach Pearson, korrelierten alle 61 einer Skala zugeordneten Fragen am höchsten mit ihrer Skala. Die drei Fragen, die mehreren Skalen zugeordnet sind, korrelierten jeweils am höchsten mit der Skala *Körperliche Symptomatik* und mit ähnlich hohen Werten mit den anderen zugeordneten Skalen. Die Einzelfrage *Erwartest Du eine Besserung Deiner jetzigen Situation?* korrelierte nicht signifikant mit einer Skala.

Entscheidend für die klinische Validität ist die Korrelation unter den Skalen, wobei eine hohe Korrelation zwischen inhaltlich ähnlichen Skalen und eine negative Korrelation zwischen der Gegenüberstellung von Funktion und Symptomatik erwartet wird. Die Inter-Skalen-Korrelation ist in Tabelle 8 dargestellt.

Eine hohe Korrelation untereinander zeigten die Skalen *Emotionale Funktion* und *Emotionale Symptomatik*. Ebenfalls war ein Zusammenhang zwischen den Skalen der *Sozialen Funktion* und den Skalen der *Emotionalen Funktion* sowie der *Sozialen Symptomatik* und der *Emotionalen Symptomatik* erkennbar. Die *Körperliche Funktion* korrelierte sowohl mit der *Sozialen Funktion* als auch den *Emotionalen Funktionen*. Eine nachvollziehbar negative Korrelation zeigten die *Emotionalen Funktionen* mit der *Emotionalen Symptomatik* sowie die *Körperliche Funktion* mit der *Körperlichen Symptomatik*. Die *Allgemeine Skala*, welche das *Körperliche* und *Seelische Befinden* und die *Allgemeine Lebensqualität* repräsentiert, korrelierte positiv mit der *Körperlichen Funktion* und den Skalen der *Emotionalen Funktion* sowie negativ mit der *Emotionalen Symptomatik*.

Tabelle 8: Inter-Skalen-Korrelation, Patientengruppe

	<i>KF</i>	<i>EF1</i>	<i>EF2</i>	<i>CFa</i>	<i>CFb</i>	<i>SF1</i>	<i>SF2</i>	<i>KS</i>	<i>ES1</i>	<i>ES2</i>	<i>ES3</i>	<i>SS</i>
<i>EF1</i>	0,751											
<i>EF2</i>	0,489	0,634										
<i>CFa</i>	0,318	0,218	0,315									
<i>CFb</i>	0,296	0,265	0,381	0,459								
<i>SF1</i>	0,436	0,409	0,404	0,174	0,213							
<i>SF2</i>	0,546	0,519	0,448	0,137	0,174	0,140						
<i>KS</i>	-0,904	-0,715	-0,365	-0,291	-0,270	-0,425	-0,362					
<i>ES1</i>	-0,148	-0,200	-0,323	-0,256	-0,254	-0,315	0,104	0,146				
<i>ES2</i>	-0,232	-0,355	-0,557	-0,272	-0,161	-0,559	-0,001	0,221	0,692			
<i>ES3</i>	-0,255	-0,234	-0,429	-0,212	-0,170	-0,517	-0,024	0,218	0,599	0,805		
<i>SoS</i>	-0,087	-0,132	-0,314	-0,344	-0,130	-0,330	0,146	0,120	0,320	0,555	0,624	
<i>AS</i>	0,288	0,263	0,451	0,254	0,272	0,539	-0,004	-0,197	-0,586	-0,814	-0,764	-0,394

3.4. Auswertung der Zusatzfragen zum stationären Aufenthalt

In der Auswertung der Zusatzfragen (siehe Tabelle 9) spiegelte sich insgesamt eine große Zufriedenheit mit dem Aufenthalt wider. Alle Fragen erreichten Werte größer 61, der Antwortmöglichkeiten „Etwas“ oder „Sehr“ entsprechend. Die Frage, ob es Bedenken gebe, Freunden vom stationären Aufenthalt zu berichten, erreichte durchschnittlich 40 Punkte. Überwiegend standen die Patienten folglich zu ihrer Behandlung und hatten keine oder nur wenig Bedenken von ihrer Erfahrung zu berichten.

Die Länge des jeweiligen Aufenthaltes wurde von 48,5% der Patienten als angemessen eingeschätzt. Die Anzahl der Gespräche empfanden 75,4 % aller Patienten als ausreichend.

Tabelle 9: Ergebnisse der Zusatzfragen zum stationären Aufenthalt

Zusatzfrage	MW	SD
Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?	68	1,0
Hast Du Dich vom Pflegepersonal gut betreut gefühlt?	74	0,9
Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser	70	1,1
Wird Dir der Aufenthalt helfen, in Zukunft besser mit Deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?	68	1,0
Hast/Hattest Du Bedenken, Deinen Freunden/Verwandten vom Aufenthalt in der Klinik zu berichten?	40	1,1
Haben Dir die Therapien geholfen?	65	1,1
Haben Dir die Gespräche mit Deinem Arzt/Psychologen geholfen?	77	0,9
Entsprach die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?	61	1,0
Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?	78	0,9
Konntest Du mit Deinem Therapeuten bei der Lösung Deiner Probleme weiterkommen?	64	1,0
Wie empfandest Du die Länge Deines Aufenthaltes?		
Zu kurz: 22,7 % Zu lang: 28,2 % Genau richtig: 48,5 %		
War die Anzahl der Gespräche ausreichend?		
Ja: 75,4 % Nein 24,6 %		

3.5. Datenvergleich von Aufnahme und Entlassung

Kernstück dieses Ergebnisabschnitts sind die Gegenüberstellung der Mittelwerte für die Funktions- und Symptomskalen sowie die Globalfragen bei Aufnahme und bei Entlassung. Für diese Berechnungen wurden nur Fälle betrachtet, bei denen sowohl der Aufnahme- als auch der Entlassungsfragebogen vorlagen. Mit dem t-Test für abhängige Stichproben wurde das 2-seitige Signifikanzniveau berechnet. Für die Auswertung ergeben sich die aus der Abbildung 6 im Kapitel Material und Methoden dargestellten Variablen. Zur Vereinfachung werden in den folgenden Tabellen alle signifikanten Ergebnisse ($p < 0.05$) blau dargestellt. Die im Abschnitt Material und Methoden vorgestellte Minimum clinically important difference wird im Folgenden bei einer Differenz größer zehn gelb dargestellt.

3.5.1. Vergleich von Aufnahme und Entlassung aller Patienten

Betrachtet man alle erfassten Daten (siehe Tabelle 10), so zeigten sich innerhalb der Funktionsskalen gute Werte im Bereich *Soziale Funktion* und Einschränkungen im Bereich *Kognitive Funktion – Konzentration*. Den größten Ausgangswert und eine klinische Beeinträchtigung zeigten die Patienten in der Symptomskala *Emotionale*

Symptomatik – Angst/Sorge. Zur Entlassung nahmen alle Funktionsskalen höhere Werte und die Symptomskalen niedrigere Werte als zur Aufnahme an. Signifikante Unterschiede ergaben sich in den Skalen *Körperliche Funktion* und *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* sowie in vier der fünf Symptomskalen. Hochsignifikante Ergebnisse ergaben sich in den Globalfragen. Die Frage nach der *Seelischen Verfassung* nahm mit einer Zunahme von 24,4 Punkten die größte Verbesserung im Vergleich zur Aufnahmesituation an.

Tabelle 10: Vergleich der Skalenmittelwerte aller Patienten

Alle Patienten (N=62)	Aufnahme MW	Entlassung MW	Δ	p
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	56,0	62,4	+6,4	0,016
Emotionale Funktion – Freude/Motivation	56,6	67,9	+11,3	0,000
Emotionale Funktion – Selbstwert	55,6	59,2	+3,6	0,116
Kognitive Funktion – Konzentration	47,5	49,5	+2,0	0,451
Kognitive Funktion – Schule	56,9	61,6	+4,7	0,089
Soziale Funktion – Familie	65,1	69,2	+4,1	0,119
Soziale Funktion – Freizeit	65,6	72,3	+6,7	0,004
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	50,9	43,4	-7,5	0,022
Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge	64,3	57,3	-7,0	0,042
Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld	51,6	39,7	-11,9	0,000
Emotionale Symptomatik – Einsamkeit	48,7	42,3	-6,3	0,069
Soziale Symptomatik	57,3	47,8	-9,5	0,001
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	48,4	64,9	+16,4	0,000
Seelische Verfassung	34,5	58,8	+24,4	0,000
Allgemeine Lebensqualität	41,1	63,8	+22,7	0,000

3.5.2. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit vom Geschlecht

Tabelle 11 zeigt die Gegenüberstellung der Befragungszeiträume für die Geschlechter. Die Mädchen erreichten mit Ausnahme der Skala *Kognitive Funktion* im Vergleich zu den Jungen sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung schlechtere Funktionswerte. Die *Kognitive Funktion – Konzentration* nahm bei beiden Geschlechtern den niedrigsten Wert innerhalb der Funktionsskalen an. Im Bereich der *Emotionalen Funktion - Freude* profitierten beide Geschlechter mit einer Zunahme von jeweils 11 Punkten deutlich von dem stationären Aufenthalt. Für die Skala *Soziale Funktion – Freizeit* konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten nachgewiesen werden.

Innerhalb der Symptomskalen wiesen die Mädchen in allen Skalen eine größere Symptomausprägung als die Jungen auf. Die Skalen *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* und *Unglück/Schuld* zeigten bei Aufnahme im Vergleich zu den Jungen um bis zu 26 Punkte größere Werte und lagen bei Entlassung noch immer schlechter als die Aufnahmewerte der Jungen. Mit einer Verbesserung um rund 11 Punkte profitierten die Mädchen dann klinisch auch am meisten in diesem Bereich. Die Jungen zeigten ihre größte Symptomausprägung im Bereich der *Sozialen Symptomatik* und erreichten zur Entlassung sowohl klinisch als auch statistisch eine deutliche Verbesserung.

Im Bereich des Befindens schätzten sowohl Jungen als auch Mädchen die körperliche Komponente besser ein. Die *Allgemeine Lebensqualität* nahm durchschnittlich einen Wert zwischen der *Körperlichen* und der *Seelischen Verfassung* an. In den Globalfragen erreichten beide Geschlechter zur Entlassung signifikant bessere Ergebnisse. Bei beiden Geschlechtern war die Besserung der initial schlechter eingeschätzten *Seelischen Verfassung* ausgeprägter als die der *Körperlichen Verfassung*. Die Zunahme der Werte war bei Jungen und Mädchen ähnlich groß.

Tabelle 11: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht

Geschlecht	A/E	Jungen (N= 32)			Mädchen (N=31)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	58,5	+7,5	0,020	53,4	+5,3	0,224
	E	66,0			58,7		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	59,0	+11,3	0,003	54,0	+11,3	0,039
	E	70,3			65,3		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	57,9	+2,7	0,410	53,2	+4,7	0,168
	E	60,6			57,8		
Kognitive Funktion Konzentration	A	44,4	+8,7	0,007	50,8	-5,2	0,208
	E	53,1			45,7		
Kognitive Funktion Schule	A	52,6	+4,2	0,293	61,2	+5,2	0,186
	E	56,8			66,4		
Soziale Funktion Familie	A	70,1	+4,1	0,214	59,7	+4,2	0,330
	E	74,1			63,9		
Soziale Funktion Freizeit	A	64,0	+6,6	0,044	67,3	+6,7	0,040
	E	70,6			74,0		
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	48,1	-9,1	0,032	53,7	-5,7	0,260
	E	39,0			48,0		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	51,8	-3,1	0,532	77,2	-11,0	0,021
	E	48,7			66,1		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	42,6	-12,3	0,003	60,8	-11,3	0,012
	E	30,3			49,5		
Emotionale Symptomatik. Einsamkeit	A	44,0	-9,4	0,105	53,7	-3,1	0,423
	E	34,5			50,7		
Soziale Symptomatik	A	54,9	-12,6	0,001	59,7	-6,2	0,149
	E	42,3			53,5		
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	52,5	+16,0	0,004	44,1	+16,8	0,002
	E	68,5			61,0		
Seelische Verfassung	A	39,8	+22,9	0,000	29,0	+25,9	0,000
	E	62,7			54,9		
Allgemeine Lebensqualität	A	45,5	+20,2	0,001	36,5	+25,4	0,000
	E	65,7			61,9		

3.5.3. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit vom Alter

Dem Vergleich der Altersklassen (siehe Tabelle 12) ist zu entnehmen, dass die Altersklasse der 11- bis 13-Jährigen (AK2) in nahezu allen Skalen die höchsten Funktionswerte erreichte. In Gegenüberstellung mit den über 16-Jährigen (AK4) nahmen die Skalen der *Emotionalen Funktion* um rund 20 Punkte größere Ausgangswerte an, dennoch erreichten die Jüngeren in der Skala *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* zur Entlassung eine weitere Verbesserung um 17,5 Punkte. Die 14- bis 16-Jährigen (AK3) hatten innerhalb der Funktionsskalen sehr ähnliche Werte,

konnten aber zur Entlassung in keiner Skala eine Verbesserung erreichen, die als klinisch relevant anzusehen wäre. Die über 16-Jährigen zeigten Defizite in der *Kognitiven-Funktion – Schule* mit nur 42 Punkten. Klinische Verbesserungen durch den stationären Aufenthalt erzielten sie in den Bereichen *Kognitive Funktion – Konzentration* und *Soziale Funktion – Freizeit*.

In den Symptomskalen wiesen die 14- bis 16-Jährigen und über 16-Jährigen für die Skalen ähnliche Werte auf. Die 14- bis 16-Jährigen erreichten wie auch in den Funktionsskalen zur Entlassung keine signifikanten Verbesserungen. Die über 16-Jährigen zeigten in den Bereichen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* und der *Sozialen Symptomatik* eine Punktzunahme. Eine weniger ausgeglichene Symptomausprägung lag bei den 11- bis 13-Jährigen vor. Während sie in der *Sozialen Symptomatik* und *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* Werte größer/gleich 60 erreichten, nahmen die übrigen drei Skalen mit Werten um 40 einen deutlich geringeren Stellenwert ein. Dennoch konnte in der Skala *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* eine Verbesserung um 20 Punkte beschrieben werden. Weiterhin profitierten die jüngeren Patienten in der Skala *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* und *Soziale Symptomatik* von dem Aufenthalt.

Bei Betrachtung der Globalfragen zeigte sich, dass bei Aufnahme alle Altersgruppen ihre *Körperliche Verfassung* besser eingeschätzt haben als ihre *Seelische Verfassung*. Die *Allgemeine Lebensqualität* nahm bei den 11- bis 13- und 14- bis 16-Jährigen Werte zwischen den Werten der *Körperlichen* und *Seelischen Verfassung* ein und wurde von den über 16 - Jährigen schlechter eingeschätzt als die *Seelische Verfassung*. Die Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen profitierte mit einer maximalen Punktzunahme von 35 im Bereich der *Seelischen Verfassung* am meisten von ihrem Klinikaufenthalt. In den anderen Altersgruppen war die Verbesserung der anfänglich schlechter eingeschätzten *Seelischen Verfassung* mit durchschnittlich 10 Punkten besser als die der *Körperlichen Verfassung*.

Tabelle 12: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit vom Alter

Altersklasse	A/E	AK2 (N=14)			AK3 (N=40)			AK4 (N=9)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen										
Körperliche Funktion	A	66,3	+4,4	0,456	53,0	+6,4	0,059	53,1	+9,9	0,202
	E	70,6			59,4			63,0		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	67,9	+17,5	0,003	54,3	+8,7	0,042	48,8	+13,0	0,170
	E	85,3			63,0			61,7		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	61,6	+6,8	0,222	54,1	+2,2	0,437	52,9	+4,8	0,430
	E	68,4			56,3			57,7		
Kognitive Funktion Konzentration	A	38,6	+8,1	0,256	50,9	-2,5	0,414	46,7	+11,9	0,056
	E	46,7			48,5			58,5		
Kognitive Funktion Schule	A	57,7	+11,9	0,086	59,8	+1,7	0,621	41,7	+6,3	0,244
	E	69,6			61,5			47,9		
Soziale Funktion Familie	A	79,2	+6,0	0,224	59,2	+3,3	0,352	68,5	+4,6	0,489
	E	85,1			62,5			73,1		
Soziale Funktion Freizeit	A	73,1	+6,0	0,188	64,9	+5,4	0,068	57,0	+13,3	0,046
	E	79,0			70,3			70,4		
Symptomskalen										
Körperliche Symptomatik	A	42,9	-11,9	0,037	53,0	-6,1	0,162	53,3	-6,7	0,468
	E	31,0			46,9			46,7		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	65,5	-13,7	0,050	66,0	-6,9	0,117	54,6	+2,8	0,782
	E	51,8			59,2			57,4		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	42,5	-19,8	0,008	54,5	-9,2	0,008	52,6	-11,1	0,236
	E	22,6			45,3			41,5		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	38,6	-8,9	0,412	52,6	-5,0	0,196	47,4	-8,0	0,208
	E	29,6			47,6			39,4		
Soziale Symptomatik	A	60,7	-16,9	0,019	55,6	-6,1	0,077	59,3	-12,6	0,037
	E	43,8			49,5			46,7		
Globalfragen										
Körperliche Verfassung	A	54,6	+25,2	0,028	46,6	+13,8	0,001	47,9	+15,7	0,121
	E	79,8			60,4			63,6		
Seelische Verfassung	A	38,3	+35,3	0,002	31,9	+23,0	0,000	40,2	+15,6	0,160
	E	73,5			54,9			55,8		
Allgemeine Lebensqualität	A	44,3	+33,8	0,004	40,7	+19,7	0,000	38,8	+21,0	0,085
	E	78,0			60,3			59,8		

3.5.4. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit der Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas

3.5.4.1. Achse 1 – Psychiatrische Diagnose

In der Tabelle 13 sind die Mittelwerte der Skalen zur Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit der drei häufigsten Aufnahmediagnosen *Hyperkinetische Störungen* (ICD-10: F90), *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD-10: F92) sowie *Depressive Episode* (ICD-10: F32) dargestellt. Bei Betrachtung der Aufnahmewerte zeigte sich, dass Patienten mit einer depressiven Episode deutlich schlechtere Ausgangswerte aufwiesen. So bestanden im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen in den Bereichen *Körperliche Funktion*, *Emotionale Funktion* und *Soziale Funktion – Freizeit* Differenzen von bis zu 30 Punkten. In diesen Bereichen profitierte die Gruppe deutlich von der Behandlung und näherte sich den anderen Gruppen an. In der Skala *Emotionale Funktion – Freude* wurde die größte Verbesserung von 30 Punkten erreicht. Im Bereich der *Körperlichen Funktion* hatte diese Patientengruppe mit nur 30 Punkten in Betrachtung aller Patientenuntergruppen in der Skala den niedrigsten Wert. Die Aufnahmewerte der Funktionsskalen für die ICD-10 Diagnosegruppen F90 und F92 waren ähnlich. Das niedrigste Funktionsniveau gaben beide Gruppen in der *Kognitiven Funktion – Konzentration* an. Hohe Werte ergaben sich in der *Sozialen Funktion*. Die *Emotionale Funktion* zeigte sich in der Diagnosegruppe *Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* unbeeinträchtigt. Auch erzielte diese Patientengruppe durch den Aufenthalt innerhalb der Funktionsskalen keine klinisch relevante Verbesserung. Die Patienten mit der Aufnahmediagnose *hyperkinetische Störung* nahmen in dem Bereich *Kognitive Funktion – Schule* den größten Ausgangswert ein. Dennoch zeigte sich, dass sie zur Entlassung eine weitere Besserung erzielen konnten. Entsprechend der Funktionsskalen zeigten die Patienten mit der Aufnahmediagnose F32 - *Depressive Episode* bei Erstbefragung eine ausgeprägte *Emotionale Symptomatik*, die sich im Verlauf deutlich besserte. Die Patienten mit einer *hyperkinetischen Störung*, die ihre *Sozialen Funktionen* als sehr gut einstufen, zeigten in Betrachtung der *Sozialen Symptomatik* für die drei Diagnosegruppen den größten Wert an. Ähnliches zeigte sich für Aufnahmediagnose F92 - *Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen*. Bei Frage nach der *Emotionalen Funktion* gaben die Patienten keine Beeinträchtigungen an. Insbesondere im Bereich der *Symptomatik Angst/Sorge* wiesen sie jedoch deutliche Einschränkungen auf. Innerhalb der Symptomskalen ergaben sich zur Entlassung bei den Diagnosegruppen F90 und F92 keine klinischen und bei kleiner Fallzahl keine statistisch relevanten Unterschiede.

Die Globalfragen zeigten für alle drei Diagnosegruppen eine deutliche Verbesserung. Daraus ergibt sich, dass unabhängig von der Aufnahmediagnose die Lebensqualität mit erkennbarer klinischer Relevanz als verbessert eingeschätzt wurde, wobei entsprechend der Funktions- und Symptomskalen die Gruppe der depressiven Episode mit einer maximalen Differenz von 44 in der *Allgemeinen Lebensqualität* am meisten profitiert hat.

Tabelle 13: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit von Achse 1 (MAS)

Aufnahmediagnose	A/ E	F90 (N=7)			F92 (N=16)			F32 (N=8)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen										
Körperliche Funktion	A	62,7	+4,0	0,618	63,7	-1,6	0,807	31,3	+24,3	0,015
	E	66,7			62,2			55,6		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	60,3	+9,5	0,186	67,2	-2,0	0,779	29,2	+30,6	0,029
	E	69,8			65,2			59,7		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	60,5	-1,4	0,834	57,6	+2,4	0,548	46,4	+17,3	0,168
	E	59,2			60,1			63,7		
Kognitive Funktion Konzentration	A	43,6	+1,2	0,907	52,1	-5,0	0,419	44,2	+5,8	0,406
	E	44,8			47,1			50,0		
Kognitive Funktion Schule	A	66,7	+10,7	0,150	57,8	-2,8	0,654	50,0	+11,9	0,118
	E	77,4			55,0			61,9		
Soziale Funktion Familie	A	70,2	-7,1	0,489	60,9	+8,3	0,157	63,5	-0,3	0,950
	E	63,1			69,3			63,2		
Soziale Funktion Freizeit	A	71,4	+1,9	0,793	73,0	+2,4	0,599	41,7	+13,3	0,207
	E	73,3			75,4			55,0		
Symptomskalen										
Körperliche Symptomatik	A	44,4	-3,2	0,838	43,7	+0,7	0,927	76,4	-20,8	0,044
	E	41,2			44,4			55,5		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	50,0	0,0	1,000	68,2	-7,3	0,323	79,2	-19,8	0,131
	E	50,0			60,9			59,4		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	47,6	-7,1	0,536	48,3	-5,0	0,430	69,6	-26,8	0,049
	E	40,5			43,3			42,8		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	50,5	0,0	1,000	46,3	+3,3	0,679	48,3	-10,6	0,509
	E	50,5			49,6			37,7		
Soziale Symptomatik	A	61,9	-5,7	0,564	58,1	-7,0	0,287	39,8	-5,6	0,408
	E	56,2			51,1			34,2		
Globalfragen										
Körperliche Verfassung	A	58,0	+14,7	0,048	49,6	+17,9	0,092	44,5	+23,9	0,030
	E	72,7			67,5			68,4		
Seelische Verfassung	A	44,2	+15,0	0,180	31,8	+25,2	0,038	17,9	+34,9	0,002
	E	59,2			57,0			52,8		
Allgemeine Lebensqualität	A	58,0	+10,3	0,294	44,2	+13,7	0,048	17,1	+44,4	0,001
	E	68,3			57,8			61,5		

3.5.4.2. Achse 2 – Entwicklungsstörungen

In diesem Abschnitt wurde das Patientenkollektiv nach Vorliegen einer Entwicklungsstörung entsprechend der ICD Diagnosen F80-F89 unterteilt. Die Patienten mit einer Entwicklungsstörung zeigten mit Ausnahme der *Kognitiven Funktion* in den Funktionsskalen deutlich bessere Aufnahmewerte und dementsprechend eine geringere Ausprägung der Symptome. Sie profitierten zudem in 5 Skalen deutlich von dem stationären Aufenthalt mit einer maximale Zunahme von 28 Punkten in der *Sozialen Symptomatik* (Vgl. Tab. 55 im Anhang).

Bei allen drei Globalfragen lagen die Ausgangswerte der Patienten mit Lernbehinderung mindestens 20 Punkte über denen der nicht beeinträchtigten Gruppe, jedoch konnten diese in den drei Bereichen deutlich mehr profitieren (Vgl. Tabelle 14). Dennoch lagen die Entlassungswerte unter den Aufnahmewerten der Gruppe mit einer Entwicklungsstörung.

Tabelle 14: Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 2 (MAS)

Entwicklungsstörung	A/E	Ja (N =10)			Nein (N=52)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Globalfragen							
Körperliches Befinden	A	67,1	+6,5	0,588	45,5	+18,0	0,000
	E	73,6			63,5		
Seelisches Befinden	A	64,0	+11,6	0,311	29,9	+26,4	0,000
	E	75,6			56,2		
Allgemeine Lebensqualität	A	64,9	+11,1	0,191	37,4	+24,5	0,000
	E	76,0			61,9		

3.5.4.3. Achse 3 – Intelligenzniveau

Bei allen Patienten wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes das Intelligenzniveau standardisiert erhoben. In den Tabellen 15 sowie 56 im Anhang erfolgte ein Vergleich der Daten in Abhängigkeit vom Intelligenzquotienten (IQ). Gegenübergestellt wurden die Werte der Patienten mit einer Lernbehinderung (IQ<85) und einer durchschnittlichen Intelligenz (IQ 85-114). Die Patienten mit einem Intelligenzquotienten über 115 konnten aufgrund einer kleinen Fallzahl (n = 5) nicht berücksichtigt werden.

In den Funktionsskalen erreichte die Gruppe der Patienten, die eine Lernbehinderung aufwiesen durchschnittlich bessere Skalenwerte als die Gruppe der durchschnittlich intelligenten Patienten. Beide Gruppen zeigten in der Skala *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* eine Verbesserung um rund 10 Punkte.

In den Symptomskalen wiesen die Patienten mit einer Lernbehinderung in den Skalen *Körperliche Symptomatik* und *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit* im Vergleich zur

anderen Gruppe um 10 Punkte kleinere Ausgangswerte und somit eine geringe Symptomausprägung auf. Die Gruppe der durchschnittlich intelligenten Patienten zeigte durch den Aufenthalt in vier der fünf Symptomskalen Differenzen größer als 10 Punkte. Die Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung innerhalb der Symptomskalen waren gänzlich statistisch signifikant.

Die Aufnahmewerte der Globalfragen waren für beide Gruppen ähnlich. Die Gruppe der Patienten mit einer Lernbehinderung erreichte zur Entlassung größere Punktdifferenzen und profitierte insbesondere im Bereich *Seelische Verfassung* mit plus 35 Punkten deutlich vom stationären Aufenthalt.

Tabelle 15: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 3 (MAS)

IQ	A/E	IQ<84 (N=16)			IQ 85-114 (N=37)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	44,4	-4,4	0,648	55,3	-10,6	0,026
	E	40,0			44,7		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	63,0	0,0	1,000	63,1	-9,0	0,033
	E	63,0			54,1		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	45,5	-5,5	0,341	55,5	-16,6	0,000
	E	40,0			39,0		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	38,1	-2,8	0,759	52,4	-10,8	0,011
	E	35,3			41,7		
Soziale Symptomatik	A	59,7	-9,7	0,138	58,4	-10,8	0,006
	E	50,0			47,6		
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	53,5	+20,7	0,054	47,1	+16,6	0,001
	E	74,3			63,8		
Seelische Verfassung	A	33,9	+35,8	0,002	35,5	+21,5	0,000
	E	69,7			57,0		
Allgemeine Lebensqualität	A	46,4	+26,3	0,002	38,7	+24,1	0,000
	E	72,8			62,8		

3.5.4.4. Achse 4 – Somatische Erkrankungen, Adipositas und Selbstverletzendes Verhalten

Die Patienten wurden außerdem auf eine mögliche somatische Grunderkrankung als weitere abhängige Variable untersucht. Gesondert betrachtet wurden hierbei Patienten, bei denen anhand des Body-Maß-Index (BMI) die Diagnose Adipositas gestellt wurde. Desweiteren erfolgte der Vergleich der Erhebungszeitpunkte für Patienten, die zur Aufnahme selbstverletzendes Verhalten im Sinne der ICD-10 Diagnosen X60 – X84 (Vorsätzliche Selbstbeschädigung) zeigten. Neben dem Vergleich der zwei Erhebungspunkte erfolgte der Vergleich mit der gesamten Patientengruppe (Vergleich Tab. 10).

Patienten, welche neben der zur Aufnahme führenden Problematik eine somatische Erkrankung aufwiesen, unterschieden sich insbesondere in den Skalen *Körperliche Funktion* und *Körperliche Symptomatik* nur wenig vom gesamten Patientenkollektiv. Betrachtet man jedoch gesondert die Patienten, bei denen aufgrund eines Body-Maß-Index größer 30kg/m² die ICD-10 Diagnose E66 - Adipositas gestellt werden konnte, zeigten sich größere Unterschiede. Im Bereich der Funktionsskalen erreichten diese Patienten in den Skalen *Kognitive Funktion* höhere Ausgangswerte, die restlichen Skalen nahmen Punkte ähnlich des gesamten Kollektivs an. Andererseits konnten sich die Patienten mit Adipositas innerhalb der Skalen *Körperliche Funktion*, *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* und *Soziale Funktion* deutlich verbessern.

Auch in den Symptomskalen erreichten die Patienten bei Aufnahme Werte ähnlich dem Gesamtkollektiv und konnten durch den Aufenthalt in vier der fünf Symptomskalen eine klinische Verbesserung mit bis zu plus 18 Punkten erreichen. In den Globalfragen gaben die Patienten mit Adipositas deutlich schlechtere Werte bei Aufnahme an. Die Frage nach dem *Körperlichen Befinden* wurde um 14 Punkte geringer eingeschätzt als durch das Gesamtkollektiv. In allen drei Globalfragen wurde durch den Aufenthalt eine Verbesserung von minimal 23 Punkten erreicht.

Die Patienten, die bei Aufnahme selbstverletzendes Verhalten zeigten, wiesen in allen Funktionsskalen deutlich schlechtere Ausgangswerte als das Gesamtkollektiv auf. Zur Entlassung zeigten die Skalen *Emotionale Funktion*, *Kognitive Funktion – Schule* und *Soziale Funktion – Familie* Werte, die 20 Punkte unter dem durch das Gesamtkollektiv bei Entlassung angegebenen Mittelwert. Die anderen Funktionsskalen lagen bei Entlassung 10 bis 15 Punkte unter dem Kollektivmittelwert. Innerhalb der Funktionsskalen konnte durch den Aufenthalt bei kleiner Fallzahl in keiner Skala eine klinische oder statistische Verbesserung erreicht werden.

Auch in den Symptomskalen zeigte sich eine deutlich größere Symptomausprägung. Sehr hohe Werte mit durchschnittlich 80 Punkten wiesen die Skalen der *Emotionalen Funktion* auf. In allen Symptomskalen lagen die Werte bei Entlassung über den durch das Gesamtkollektiv bei Aufnahme angegebenen Mittelwert. Bei Betrachtung der Entlassungswerte lagen die Patienten mit selbstverletzenden Verhalten in drei der fünf Skalen etwa 15 Punkte und in zwei der fünf Skalen 25 Punkte über den Werte des Gesamtkollektivs. Dennoch haben sich diese Patienten durch die Therapien in den Skalen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* und *Einsamkeit* mit einer Punktdifferenz größer zehn klinisch verbessert.

Ähnlich den Funktions- und Symptomskalen gaben die Patienten mit selbstverletzendem Verhalten in den Globalfragen deutlich niedrigere Werte an. Der Ausgangswert der *Körperlichen Verfassung* unterschied sich vom Gesamtkollektiv nur

um rund sieben Punkte, zeigte aber durch den Aufenthalt keinerlei Verbesserungen. Die Entlassungswerte für die *Seelische Verfassung* und *Allgemeine Lebensqualität* entsprachen den Aufnahmewerten des Gesamtkollektives und wiesen im Vergleich der Entlassungswerte trotz einer Verbesserung in beiden Bereichen von größer zehn Punkten um rund 20 Punkte niedrigere Werte auf. Die Tabellen 16 sowie 57 im Anhang veranschaulichen Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung bei Patienten mit einer somatischen Grunderkrankung.

Tabelle 16: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 4 (MAS)

Somatische Erkrankungen	A/	Somatische Diagnose (N=27)			Adipositas (N=9)			Vorsätzliche Selbstbeschädigung (N =13)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p	MW	Δ	p
Symptomskalen										
Körperliche Symptomatik	A	47,3	-8,6	0,057	51,8	-13,5	0,120	65,8	-6,8	0,380
	E	38,7			38,3			59,0		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	68,0	-7,9	0,053	56,5	-3,7	0,751	78,2	-6,4	0,240
	E	60,1			52,8			71,8		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	55,7	-12,0	0,004	50,5	-17,5	0,114	81,8	-16,2	0,011
	E	43,7			33,0			65,6		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	53,5	-6,8	0,180	51,7	-10,2	0,383	79,5	-10,6	0,114
	E	46,7			41,5			68,8		
Soziale Symptomatik	A	58,5	-7,9	0,037	56,0	-18,2	0,064	66,2	-2,7	0,599
	E	50,7			37,8			63,5		
Globalfragen										
Körperliche Verfassung	A	46,8	+11,0	0,024	34,7	+26,0	0,003	41,5	+0,1	0,991
	E	57,9			60,7			41,5		
Seelische Verfassung	A	33,9	+19,1	0,001	29,1	+28,1	0,013	26,1	+10,5	0,274
	E	53,0			57,2			36,5		
Allgemeine Lebensqualität	A	39,7	+19,9	0,000	42,0	+23,7	0,003	27,4	+15,0	0,110
	E	59,5			65,7			42,4		

3.5.4.5. Achse 5 – Abnorme psychosoziale Umstände

Die Achse 5 des MAS definiert „abnorme psychosoziale Bedingungen“, Risikofaktoren für die seelische Gesundheit von Kindern. Eine Übersicht liefert die Abbildung 18 im Anhang.

Bei Unterteilung der Patienten nach dem Vorliegen von maximal zwei oder mehr als zwei „abnormalen Umständen“ bestanden bezüglich der Aufnahmewerte nur geringe Unterschiede (Vgl. Tab. 17, sowie 58 im Anhang). Die *Kognitive Funktion – Schule* wies mit einer Differenz von zehn Punkten die größten Unterschiede auf. Bei Betrachtung der Funktions- und Symptomskalen war deutlich erkennbar, dass nur die Patienten mit weniger als drei „abnormalen Umständen“ zur Entlassung statistisch signifikante Verbesserungen und Punktezunahmen über 10 erzielen konnten. Hinsichtlich der Globalfragen schätzten beide Gruppen ihr *Seelisches Befinden*

schlechter ein, als ihre *Allgemeine Lebensqualität*. Beide Gruppen profitierten von dem Aufenthalt, wobei die Gruppe mit weniger als drei „abnormen Umständen“ größere Wertezunahmen mit maximal 28 Punkten im Bereich *Seelisches Befinden* erzielen konnte. Die Verbesserungen waren allesamt hoch signifikant.

Tabelle 17: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von Achse 5 (MAS)

Achse 5	A/E	<= 2 (N=32)			> 2 (N=25)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	34,1	-9,2	0,010	32,5	-3,9	0,234
	E	24,9			28,6		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	66,1	-11,5	0,025	59,0	+2,3	0,650
	E	54,7			61,3		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	53,5	-14,9	0,001	48,4	-5,8	0,193
	E	38,6			42,7		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	48,3	-12,3	0,005	48,8	+1,1	0,867
	E	36,1			49,9		
Soziale Symptomatik	A	55,6	-12,4	0,003	59,2	-5,3	0,259
	E	43,3			53,9		
Globalfragen							
Körperliches Befinden	A	46,1	+19,8	0,000	45,9	+15,1	0,045
	E	65,9			61,0		
Seelisches Befinden	A	33,0	+28,0	0,000	38,2	+15,6	0,052
	E	61,0			53,9		
Allgemeine Lebensqualität	A	39,7	+25,0	0,000	42,7	+17,8	0,014
	E	64,7			60,5		

3.5.4.6. Achse 6 – Psychosoziales Funktionsniveau

Neben der Selbsteinschätzung durch den Patienten bezüglich seiner Lebensqualität und seiner Einschränkung in bestimmten Funktionen und der Symptomausprägung bietet das Multiaxiale Klassifikationssystem mit Achse 6 „Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus“ einen weiteren Aspekt zur Einschätzung der zur Aufnahme führenden Problematik in Bezug auf den Einfluss für den Alltag und somit auch auf die Lebensqualität. Die Aufschlüsselung der Achse 6 in die Untergruppen ist der Abbildung 19 im Anhang zu entnehmen. Es erfolgte die Gegenüberstellung von Patienten, die maximal eine „leichte“, eine „ernsthafte“ oder eine „durchgängige soziale Beeinträchtigung“ zeigten. Die Gegenüberstellung der drei Gruppen ist der Tabelle 18 zu entnehmen.

Für die Funktionsskalen ergab sich, dass die Patienten mit einer nur „leichten sozialen Beeinträchtigung“ bei Aufnahme innerhalb der Funktionsskalen die höchsten Werte zeigten. Zudem lagen die Aufnahmewerte mit nur einer Ausnahme höher als die Entlassungswerte der anderen beiden Gruppen. Darüber hinaus konnte die Gruppe mit nur „leichten sozialen Beeinträchtigungen“ in fünf der sieben Skalen eine Verbesserung

mit einer Punktedifferenz von mindestens zehn und somit eine klinische und statistisch signifikante Veränderung erreichen. Die Patientengruppe mit einer ernsthaften sozialen Beeinträchtigung konnte in der Skala *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* eine Verbesserung erzielen. Die Gruppe mit einer durchgängigen sozialen Beeinträchtigung erreichte in keiner der Funktionsskalen eine klinisch relevante oder statistische Verbesserung.

Tabelle 18: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit von Achse 6 (MAS)

Achse 6	A/	0-2 (N =7)			3-4 (N= 35)			5-9 (N=21)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen										
Körperliche Funktion	A	65,1	+8,4	0,522	52,7	+8,8	0,009	58,3	+1,7	0,677
	E	73,5			61,6			60,1		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	64,3	+23,0	0,012	52,0	+14,4	0,002	61,9	+1,7	0,715
	E	87,3			66,4			63,6		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	61,2	+18,9	0,021	51,3	+2,6	0,389	61,2	0,0	1,000
	E	80,2			53,9			61,2		
Kognitive Funktion Konzentration	A	55,0	+8,8	0,437	47,0	-2,4	0,472	45,9	+6,8	0,124
	E	63,8			44,6			52,7		
Kognitive Funktion Schule	A	69,4	+15,1	0,069	56,9	+2,2	0,584	52,2	+5,3	0,193
	E	84,5			59,2			57,5		
Soziale Funktion Familie	A	75,0	+10,7	0,004	61,9	+4,5	0,299	67,1	+1,1	0,700
	E	85,7			66,4			68,2		
Soziale Funktion Freizeit	A	76,2	+14,3	0,052	62,1	+7,8	0,012	68,0	+2,0	0,614
	E	90,5			69,9			70,0		
Symptomskalen										
Körperliche Symptomatik	A	47,7	-17,5	0,130	53,3	-9,8	0,030	48,0	-0,5	0,923
	E	30,2			43,5			47,5		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	75,0	-20,2	0,010	62,6	-8,1	0,110	63,5	-0,8	0,884
	E	54,8			54,5			62,7		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	54,8	-28,1	0,008	55,9	-12,5	0,003	43,3	-5,4	0,214
	E	26,7			43,4			37,9		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	32,1	-13,1	0,263	52,0	-6,2	0,200	48,7	-4,2	0,472
	E	19,0			45,8			44,5		
Soziale Symptomatik	A	59,7	-24,4	0,018	58,9	-6,3	0,108	53,8	-9,7	0,023
	E	35,2			52,6			44,0		
Globalfragen										
Körperliche Verfassung	A	47,0	+42,1	0,014	48,1	+15,2	0,006	49,4	+9,6	0,018
	E	89,1			63,3			59,0		
Seelische Verfassung	A	30,4	+43,4	0,011	30,7	+25,6	0,000	41,4	+16,2	0,003
	E	73,9			56,3			57,6		
Allgemeine Lebensqualität	A	41,6	+40,9	0,016	37,4	+23,3	0,000	46,5	+15,9	0,002
	E	82,4			60,6			62,3		

Ein ähnliches Bild ergab sich für die Symptomskalen. Mit Ausnahme der *Emotionalen Symptomatik – Angst/Sorge* und *Sozialen Symptomatik* zeigte die Patientengruppe mit einer leichten sozialen Beeinträchtigung nur geringe Symptomausprägungen. Wiederum konnte diese Gruppe in allen fünf Skalen eine Verbesserung der Symptome

durch den Aufenthalt erreichen. In der Skala *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* profitierte die Gruppe mit minus 28 Punkten am meisten. In dieser Skala zeigten auch die Patienten mit einer ernsthaften sozialen Beeinträchtigung eine, wenn auch geringer ausfallende, Verbesserung. Die Gruppe der Patienten mit einer durchgängigen Beeinträchtigung konnte in keiner Skala Differenzen größer zehn zwischen den Erhebungszeitpunkten aufweisen.

Für die Globalfragen gaben alle drei Gruppen für die *Körperliche Verfassung* ähnliche Werte an. Ihre *Seelische Verfassung* schätzten die Patienten mit einer durchgängigen sozialen Beeinträchtigung sogar zehn Punkte besser als die anderen beiden Gruppen ein. Alle Gruppen erzielten durch den Aufenthalt in den Globalfragen eine Verbesserung, wobei die Gruppe mit nur einer leichten sozialen Beeinträchtigung mit minimal plus 40 Punkten am meisten von dem stationären Aufenthalt profitieren konnte.

3.5.5. Vergleich von Aufnahme und Entlassung in Abhängigkeit von der Beantwortung der Zusatzfragen

Für den Erfolg eines Aufenthaltes im Krankenhaus ist neben den Therapien für den Patienten wichtig, ob er sich während seines Aufenthaltes wohlfühlte und wie sich die Beziehung zum Therapeuten gestaltete. Diese Aspekte wurden durch unsere Zusatzfragen bei Entlassung erfragt. Im Folgenden soll dargestellt werden, ob eine positive Einstellung zum Aufenthalt und zum Therapeuten und somit die Beantwortung der Zusatzfragen mit „Etwas/Sehr“ oder die Ablehnung und Beantwortung mit „Kaum/Nie“ Einfluss auf die Verbesserung innerhalb der Skalen hatten. Wie in Abbildung 9 angegeben, entsprechen die Antworten folgenden Punktwerten:

„Sehr“ → 100 Punkte	„Etwas“ → 66,7 Punkte	„Kaum“ → 33,3 Punkte	„Nie“ → 0 Punkte
---------------------	-----------------------	----------------------	------------------

Abbildung 9: Punktwerte

Die Darstellung wurde auf die Zusatzfragen mit den erheblichsten Unterschieden beschränkt (Vgl. Tabellen 19 bis 24). Sämtliche weitere Daten sind den Tabellen 59 bis 64 im Anhang zu entnehmen.

Da sich für die Beantwortung der folgenden Fragen *Hast du dich vom Pflegepersonal gut betreut gefühlt?*, *Hast/Hattest du Bedenken, deinen Freunden/Verwandten vom Aufenthalt in der Klinik zu berichten?*, *Haben dir die Therapien (Ergo-, Physiotherapie) geholfen?* und *Haben dir die Gespräche mit Deinem Arzt/Psychologen geholfen?* keine signifikanten oder klinisch relevanten Unterschiede ergaben, wurde auf die Darstellung der Ergebnisse verzichtet.

3.5.5.1. Frage 65 (*Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?*)

Beide Gruppen erreichten in den Funktions- und Symptomskalen sowie den Globalfragen ähnliche Ausgangswerte. Bei Betrachtung der Funktions- und Symptomskalen erreichte die Gruppe der Patienten, die angab sich wohlgeföhlt zu haben, vereinzelt Differenzen größer 10 sowie statistisch signifikante Unterschiede. Bei Betrachtung der Globalfragen profitierten die Patienten, die die Frage mit „Etwas“ oder „Sehr“ beantwortet haben, mehr von dem Aufenthalt und konnten beispielsweise in der *Seelischen Verfassung* den Ausgangswert um 29 Punkte verbessern (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 65

Frage 65	A/E	Etwas/Sehr (N=45)			Kaum/Nie (N=18)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	50,9	+17,3	0,000	41,9	+17,2	0,027
	E	68,1			59,2		
Seelische Verfassung	A	34,8	+29,0	0,000	32,3	+16,2	0,072
	E	63,8			48,6		
Allgemeine Lebensqualität	A	41,8	+27,0	0,000	38,3	+15,2	0,071
	E	68,8			53,2		

3.5.5.2. Frage 67 (*Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser geht?*)

Ähnlich der vorangegangenen Frage wurden signifikante und auch klinische Unterschiede in den Funktions- und Symptomskalen nur erreicht, wenn die Frage mit „Etwas“ oder „Sehr“ beantwortet wurde. In den Globalfragen zeigten diese Patienten zudem eine deutlich größere Verbesserung der Punktwerte, wie der Tabelle 20 entnommen werden kann.

Tabelle 20: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 67

Frage 67	A/E	Etwas/Sehr (N=47)			Kaum/Nie (N =15)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	50,5	+18,4	0,000	42,9	+12,4	0,088
	E	68,9			55,3		
Seelische Verfassung	A	34,9	+27,6	0,000	32,2	+16,7	0,052
	E	62,5			48,9		
Allgemeine Lebensqualität	A	41,9	+26,7	0,000	38,7	+12,4	0,100
	E	68,6			60,1		

3.5.5.3. Frage 68 (*Wird Dir der Aufenthalt helfen, in Zukunft besser mit Deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?*)

Patienten, die diese Frage mit „Etwas“ oder „Sehr“ beantwortet haben, erreichten in drei der sieben Funktionsskalen Punktverbesserungen größer zehn. Bei sechs der

sieben Skalen waren die Unterschiede als statistisch signifikant zu bewerten. Bei Betrachtung der Symptomskalen ergab sich, dass alle Patienten, die während des Aufenthaltes gelernt hatten, mit ihren Sorgen und Problemen umzugehen, in allen Symptomskalen zur Entlassung Verbesserungen von minimal zehn Punkten erreichten. Alle Symptomskalen zeigten zur Entlassung signifikant bessere Werte (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 68

Frage 68	A/E	Etwas/Sehr (N=46)			Kaum/Nie (N=13)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	48,2	-11,1	0,031	55,6	+6,8	0,431
	E	37,12			62,4		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	64,7	-10,1	0,021	59,0	0,0	1,000
	E	54,6			59,0		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	50,5	-17,4	0,000	57,2	+3,1	0,423
	E	33,1			60,3		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	46,3	-11,5	0,007	55,9	+3,2	0,550
	E	34,8			59,1		
Soziale Symptomatik	A	56,8	-14,2	0,000	54,9	+6,7	0,193
	E	42,7			61,5		
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	49,3	+20,5	0,000	47,4	+6,7	0,456
	E	69,8			54,1		
Seelische Verfassung	A	35,8	+28,0	0,000	30,3	+13,9	0,165
	E	63,8			44,3		
Körperliche Verfassung	A	43,1	+26,9	0,000	36,1	+10,4	0,255
	E	70,0			46,5		

3.5.5.4. Frage 72 (Entsprach die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?)

Für die Funktions- und Symptomskalen ergab sich wiederum, dass vereinzelte Verbesserungen mit Differenzen größer 10 Punkten und signifikante Unterschiede nur erreicht wurden, wenn die Frage positiv beantwortet wurde. Bei den Globalfragen hingegen nahm die Gruppe der Patienten, deren Vorstellungen die Therapie entsprochen hat, bessere Werte an. Beide Gruppen verbesserten sich aber zur Entlassung nach absoluten Punkten in vergleichbarem Maße. Keine Gruppe hatte stärker profitiert. Die Auswertung der Globalfragen hinsichtlich Frage 72 kann der Tabelle 22 entnommen werden.

Tabelle 22: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72

Frage 72	A/E	Etwas/Sehr (N=40)			Kaum/Nie (N=22)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	51,6	+15,3	0,002	41,7	+19,6	0,004
	E	66,9			61,3		
Seelische Verfassung	A	37,7	+24,3	0,000	28,3	+24,1	0,001
	E	62,1			52,4		
Allgemeine Lebensqualität	A	43,4	+23,7	0,000	36,2	+22,4	0,002
	E	67,2			58,7		

3.5.5.5. Frage 72a (*Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?*)

Innerhalb der Funktions- und Symptomskalen erreichten die Patienten, die ein gutes Auskommen mit ihrem Therapeuten angaben, in einzelnen Skalen klinische und auch statistische Verbesserungen. Bei den Globalfragen waren die Verbesserungen zwischen beiden Gruppen ausgeglichen (Vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72a

Frage 72a	A/E	Etwas/Sehr (N=51)			Kaum/Nie (N=10)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	48,4	+16,0	0,000	46,8	+20,5	0,085
	E	64,5			67,3		
Seelische Verfassung	A	34,8	+24,2	0,000	32,5	+24,5	0,045
	E	59,0			57,0		
Allgemeine Lebensqualität	A	40,5	+24,8	0,000	42,6	+15,7	0,038
	E	65,3			58,3		

3.5.5.6. Frage 72b (*Konntest Du mit Deinem Therapeuten bei der Lösung Deiner Probleme weiterkommen?*)

Für diese Frage entsprach die Auswertung der Funktionsskalen den Ergebnissen der vorgenannten Zusatzfragen. Innerhalb der Symptomskalen erreichten die Patienten, die bei „der Lösung ihrer Probleme weiterkommen konnten“ zur Entlassung in vier der fünf Skalen deutliche Verbesserungen mit Punktedifferenzen größer zehn. Alle Skalen zeigten zur Entlassung statistisch signifikante Unterschiede. Bei Betrachtung der Globalfragen wurde deutlich, dass diese Gruppe insbesondere in den Bereichen *Seelische Verfassung* und *Allgemeine Lebensqualität* größere Verbesserungen mit maximal etwa 29 Punkten erreichte (Vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Symptomskalen und Globalfragen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72b

Frage 72b	A/E	Etwas/Sehr (N=42)			Kaum/Nie (N=20)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	49,9	-11,1	0,002	52,3	+1,0	0,877
	E	38,8			53,3		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	64,2	-9,6	0,045	63,8	-2,5	0,625
	E	54,7			61,3		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	53,0	-19,2	0,000	52,0	+0,2	0,964
	E	33,9			52,2		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	50,0	-14,0	0,002	49,8	+3,6	0,428
	E	36,0			53,4		
Soziale Symptomatik	A	60,1	-12,3	0,000	50,1	-4,1	0,491
	E	47,8			46,0		
Globalfragen							
Körperliche Verfassung	A	50,7	+18,0	0,000	44,1	+13,2	0,033
	E	68,7			57,3		
Seelische Verfassung	A	37,2	+27,4	0,000	29,6	+17,2	0,012
	E	64,7			46,8		
Körperliche Verfassung	A	41,8	+28,8	0,000	40,1	+11,5	0,046
	E	70,6			51,6		

4. Ergebnisse Teil 2

4.1. Gruppencharakteristika

Insgesamt wurden 147 vollständig ausgefüllte Fragebögen von 74 Jungen (50,3%) und 73 Mädchen (49,7%) ausgewertet. Von den Kindern und Jugendlichen waren 37 (25,2%) 11 bis 13 Jahre alt, 96 (65,3%) 14 bis 16 Jahre alt und acht (5,4%) älter als 16 Jahre. Sechs Untersuchte (4,1%) machten keine Angabe.

In den Altersklassen der 11- bis 13-Jährigen und 14- bis 16-Jährigen zeigte sich eine ausgeglichene Geschlechtsverteilung. Von den 11- bis 13-Jährigen waren 22 Jungen (59,5%) und 15 Mädchen (40,5%), in der Altersklasse der 14- bis 16-Jährigen gab es 43 Jungen (44,8%) und 53 Mädchen (55,2%). Von den über 16-jährigen Kindern waren sechs Jungen und zwei Mädchen. Die Alters- und Geschlechtsverteilungen sind in den Tabellen 25 und 26 übersichtlich dargestellt.

Tabelle 25: Geschlechtsverteilung der Referenzgruppe

Geschlecht	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Jungen	74	50,3
Mädchen	73	49,7
Gesamt	N=147	100%

Tabelle 26: Altersverteilung der Referenzgruppe

Altersklasse	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
11-13 Jahre	37	25,2
14-16 Jahre	96	65,3
>16 Jahre	8	5,4
Keine Angabe	6	4,1
Gesamt	N=147	100%

Wie die Tabelle 27 zeigt, besuchten 39 (26,5%) Kinder und Jugendliche ein Gymnasium, 84 (57,1%) eine Sekundarschule und 24 (16,3%) eine Förderschule.

Tabelle 27: Verteilung auf die verschiedenen Schulformen

Schultyp	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Gymnasium	39	26,5
Sekundarschule	84	57,1
Förderschule	24	16,3
Gesamt	N=147	100%

Die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Schulformen Gymnasium, Sekundarschule und Förderschule unterschied sich in Patienten- und Referenzgruppe (Vgl. Tabelle 28). Betrachtet man in der Patientengruppe ausschließlich die 86 Kinder und Jugendlichen, die eine der drei genannten Schulformen besuchten, war die prozentuale Verteilung wie folgt: Von den Kindern und Jugendlichen besuchten 17 (19,8%) ein Gymnasium, 46 (53,5%) eine Sekundarschule und 23 (26,7%) eine Förderschule. In der Patientengruppe war der Anteil der Gymnasiasten damit deutlich geringer als in der Referenzgruppe, dafür der Anteil der Förderschüler bedeutend höher.

Tabelle 28: Gegenüberstellung der Verteilung auf die Schulformen

Schultyp	Referenzgruppe		Patientengruppe	
	Anzahl (N)	Prozent (%)	Anzahl (N)	Prozent (%)
Gymnasium	39	26,5	17	19,8
Sekundarschule	84	57,1	46	53,5
Förderschule	24	16,3	23	26,7
Gesamt	N=147	100%	N=86	100%

4.2. Deskriptive Statistik

Die Tabellen 29 bis 31 geben einen Gesamtüberblick über die deskriptive Statistik der Skalen mit Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und Cronbachs Alpha. Die Mittelwerte der Funktionsskalen variierten zwischen 52,8 und 77,5. In fünf von sieben Funktionsskalen sowie der Allgemeinskala zeigten sich Mittelwerte größer als 70. Die höchsten Werte wurden in den Bereichen *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* (MW=77,5; SD=16,1) und *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* (MW=76,9; SD=14,5) erreicht. Die niedrigsten Werte zeigten sich in den Bereichen *Kognitive Funktion – Schule* (MW=67,7; SD=19,9) und *Kognitive Funktion – Konzentration* (MW=52,8; SD=17,4).

Tabelle 29: Deskriptive Statistik der Referenzgruppe – Funktionsskalen

Funktionsskalen	Mittelwert	Standard- abweichung	Cronbachs Alpha
Körperliche Funktion	71,8	12,6	0,340
Emotionale Funktion Freude/Motivation	76,9	14,5	0,650
Emotionale Funktion Selbstwert	70,3	17,9	0,760
Kognitive Funktion Konzentration	52,8	17,4	0,665
Kognitive Funktion Schule	67,7	19,9	0,672
Soziale Funktion Familie	75,4	19,6	0,595
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	77,5	16,1	0,561
Allgemeinskala	72,5	21,0	0,834

Die Symptomskalen zeigten Mittelwerte von 25,2 bis 43,1. Die höchste Symptomausprägung lag in den Bereichen *Soziale Symptomatik* (MW=43,1; SD=18,8) sowie *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* (MW=42,6; SD=22,3). Die *Körperliche Symptomatik* erreichte einen Mittelwert von 33,0 (SD=17,4). Geringere Symptomausprägungen zeigten die Bereiche *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* (MW=25,2; SD=21,5) und *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* (MW=27,9; SD=20).

Tabelle 30: Deskriptive Statistik, Referenzgruppe – Symptomskalen

Symptomskalen	Mittelwert	Standard- abweichung	Cronbachs Alpha
Körperliche Symptomatik	33,0	17,4	0,380
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	42,6	22,3	0,786
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	27,9	20,0	0,877
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	25,2	21,5	0,817
Soziale Symptomatik	43,1	18,8	0,657

Von den Globalfragen, welche der *Allgemeinskala* zugeordnet werden, wurde die *Allgemeine Lebensqualität* (MW=74,7; SD=23,8) am besten bewertet. Ebenfalls einen hohen Wert erreichte die *Körperliche Verfassung* (MW=73,8; SD=22,9). Die *Seelische Verfassung* wurde schlechter eingeschätzt, hier war ein Mittelwert von 69,2 (SD=25,9) zu verzeichnen. In den folgenden Kapiteln wird die *Allgemeinskala* ausschließlich untergliedert in ihre Einzelitems (Globalfragen) dargestellt.

Tabelle 31: Deskriptive Statistik, Referenzgruppe – Globalfragen

Globalfragen	Mittelwert	Standardabweichung
Körperliche Verfassung	73,8	22,9
Seelische Verfassung	69,2	25,9
Allgemeine Lebensqualität	74,7	23,8

4.2.1. Reliabilität

Um die Messgenauigkeit der Skalenwerte zu ermitteln, wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha), welche bei Gruppenvergleichen über 0,70 liegen sollte, bestimmt. In der Referenzgruppe nahm Cronbachs Alpha Werte zwischen 0,340 und 0,834 an.

Die Skalen *Emotionale Funktion – Selbstwert* (0,760; ohne F08 0,763), *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* (0,786), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* (0,882), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* (0,817) sowie die *Allgemeinskala* (0,834) nahmen Werte für Cronbachs Alpha größer als 0,7 an. Die Skalen *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* (0,650; ohne F09 0,691), *Kognitive Funktion – Konzentration* (0,665; ohne F30 0,671), *Kognitive Funktion – Schule* (0,672; ohne F52 0,680) zeigten Werte größer als 0,6. Werte für Cronbachs Alpha kleiner als 0,6 zeigten sich in den Skalen *Soziale Funktion – Familie* (0,595; ohne F34 0,617), *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* (0,561; ohne F31 0,566), *Körperliche Funktion* (0,340; ohne F10 0,373) und *Körperliche Symptomatik* (0,380). Durch Herausnahme einzelner Items konnte Cronbachs Alpha nicht signifikant verbessert werden. Die Tabellen 29 und 30 zeigen den Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha für die einzelnen Skalen.

4.2.2. Validität

Die Item-Skalen-Korrelation nach Pearson untersucht inwieweit die Einzelfragen die dazugehörigen Inhalte der Skalen repräsentieren. Werte größer 0,4 zeigen eine hohe Korrelation auf. Alle den Funktions- und Symptomskalen zugeordneten Items korrelierten am höchsten mit ihrer Skala.

Entscheidend für die klinische Validität ist die Inter-Skalen-Korrelation, welche in Tabelle 32 dargestellt ist. Erwartet wird eine hohe Korrelation zwischen inhaltlich ähnlichen Skalen und eine negative Korrelation bei Gegenüberstellung von Funktion und Symptomatik.

Es zeigte sich jeweils eine hohe Korrelation zwischen den Subskalen der *Emotionalen Funktion* und den Subskalen der *Emotionalen Symptomatik*. Die Skala *Körperliche Funktion* korrelierte mit allen anderen Funktionsskalen, am höchsten mit den Skalen der *Emotionalen Funktion*. Die Subskalen der *Sozialen Funktion* zeigten eine niedrige Korrelation untereinander sowie eine mittlere Korrelation mit den Skalen der *Emotionalen Funktion*. Die Skalen *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* und *Kognitive Funktion – Konzentration* korrelierten gering negativ miteinander. Erwartungsgemäß zeigte sich eine negative Korrelation zwischen Funktions- und Symptomskalen. Eine Ausnahme bildeten hier die Skalen *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* und *Soziale Symptomatik*, welche niedrig positiv miteinander korrelierten. Die *Allgemeine Skala*, welche die *Körperliche und Seelische Verfassung* sowie die *Allgemeine Lebensqualität* abbildet, korrelierte positiv mit den Funktionsskalen und negativ mit den Symptomskalen.

Tabelle 32: Inter-Skalen-Korrelation, Referenzgruppe

	KF	EF1	EF2	CFa	CFb	SF1	SF2	KS	ES1	ES2	ES3	SoS
EF1	0,692											
EF2	0,504	0,599										
CFa	0,216	0,146	0,129									
CFb	0,244	0,267	0,455	0,494								
SF1	0,295	0,451	0,403	0,125	0,246							
SF2	0,389	0,355	0,514	-0,020	0,206	0,090						
KS	-0,706	-0,629	-0,300	-0,230	-0,271	-0,339	-0,042					
ES1	-0,364	-0,263	-0,399	-0,189	-0,209	-0,262	-0,152	0,299				
ES2	-0,465	-0,591	-0,572	-0,066	-0,217	-0,479	-0,218	0,369	0,588			
ES3	-0,447	-0,568	-0,598	-0,129	-0,211	-0,542	-0,158	0,384	0,475	0,691		
SoS	-0,317	-0,293	-0,273	-0,449	-0,361	-0,352	0,064	0,322	0,247	0,405	0,383	
AS	0,292	0,492	0,455	0,009	0,175	0,393	0,273	-0,233	-0,288	-0,456	-0,422	-0,232

4.3. Datenvergleich gesunder Kinder und Jugendlicher (Referenzgruppe)

Im Abschnitt 4.3. erfolgt die Datenauswertung der Referenzgruppe, welche auf Unterschiede in verschiedenen Bereichen der Lebensqualität in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und der Schulform untersucht wurde. Verglichen wurden jeweils die Skalenmittelwerte der jeweiligen Untergruppen.

4.3.1. Alters- und geschlechtsspezifischer Vergleich

Zwischen den 11- bis 13-jährigen und 14-bis 16-jährigen Kindern ohne geschlechtsspezifische Untergliederung konnten keine bedeutsamen oder signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität nachgewiesen werden (Vgl. Tabelle 65 im Anhang). Die Funktionsskalen wurden von den älteren Kindern und Jugendlichen, außer der Skala *Kognitive Funktion – Konzentration*, geringfügig schlechter bewertet. In den Bereichen *Körperliche Symptomatik* und *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* zeigten die älteren Kinder und Jugendlichen eine marginal stärkere Symptomausprägung, während die Symptomausprägung in den Skalen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* sowie *Einsamkeit/Ablehnung* und *Soziale Symptomatik* von den Jüngeren geringfügig stärker empfunden wurde. Die Globalfragen zur *Körperlichen* und *Seelischen Verfassung* wurden von den jüngeren Kindern geringfügig besser bewertet, bei der *Allgemeinen Lebensqualität* waren die Werte in beiden Gruppen ausgeglichen.

In Abhängigkeit vom Geschlecht ohne altersspezifische Betrachtung zeigten sich nur marginale Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen (Vgl. Tabelle 66 im Anhang). Die Mädchen lagen insgesamt im Funktionsniveau minimal schlechter, wiesen eine minimal stärkere Symptomausprägung auf und erreichten auch in den Globalfragen geringfügig schlechtere Werte als die Jungen. Ein signifikanter Unterschied wurde lediglich im Bereich *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* deutlich, wo die Mädchen (MW=47,0) eine stärkere Symptomausprägung als die Jungen (MW=38,3) zeigten.

Durch eine detaillierte Untergliederung in die Untergruppen der 11- bis 13-jährigen Jungen, 11- bis 13-jährigen Mädchen, 14- bis 16-jährigen Jungen und 14- bis 16-jährigen Mädchen konnten klinisch bedeutsame Unterschiede in verschiedenen Bereichen der Lebensqualität beobachtet werden. Es zeigte sich ein konträrer Alterseffekt zwischen den Geschlechtern, welcher in Tabelle 33 veranschaulicht wird. Die Mädchen berichteten mit zunehmendem Alter über eine Verschlechterung der Lebensqualität. Genau entgegengesetzt stellte sich der Alterseffekt bei den Jungen dar, hier wurde die Lebensqualität mit dem Alter besser bewertet.

Die 11- bis 13-jährigen Mädchen erreichten insgesamt die beste Lebensqualität, sie gaben in allen Funktionsskalen und Globalfragen die höchsten Werte und in nahezu allen Symptomskalen die niedrigsten Werte an. Die Bereiche *Emotionale Funktion – Freude Motivation* (MW=85,7), *Soziale Funktion – Familie* (MW=84,4), *Allgemeine Lebensqualität* (MW=83,3), *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* (MW=81,3) und *Körperliche Verfassung* (MW=80,6) zeigten Mittelwerte über 80. Den insgesamt höchsten Funktionswert zeigte die Skala *Emotionale Funktion – Freude Motivation* (MW=85,7), den niedrigsten Symptomwert die Skala *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* (MW=17,3) bei den jüngeren Mädchen.

Die schlechtesten Werte, im Sinne einer geringen Funktionalität sowie hohen Symptomausprägung, lagen verteilt auf die Gruppen der 11- bis 13-jährigen Jungen und 14- bis 16-jährigen Mädchen. Die 11- bis 13-jährigen Jungen zeigten die schlechteste Funktionalität in den Skalen *Körperliche Funktion* (MW=68,6), *Kognitive Funktion – Konzentration* (MW=50,3) und *Allgemeine Lebensqualität* (MW=66,7). In allen übrigen Funktionsskalen und den Globalfragen lagen die Werte bei den 14- bis 16-jährigen Mädchen am niedrigsten. Die stärkste Symptomausprägung zeigte sich in den Skalen *Körperliche Symptomatik* (MW=36,6) und *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* (MW=49,6) bei den 14- bis 16-jährigen Mädchen. In den Skalen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* (MW=38,0) und *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* (MW=31,3) sowie in der Skala *Soziale Symptomatik* (MW=49,7) gaben die 11- bis 13-jährigen Jungen die höchsten Werte an.

Die *Seelische Verfassung* wurde von allen Gruppen schlechter als die *Körperliche Verfassung* eingeschätzt, wobei wieder die älteren Mädchen die schlechtesten Angaben machten, sich damit geringfügig von den jüngeren Jungen, aber deutlich von den anderen beiden Gruppen unterschieden. In der Gesamteinschätzung zur *Allgemeinen Lebensqualität* machten die 11- bis 13-jährigen Jungen die schlechtesten Angaben mit geringfügigem Unterschied zu den älteren Mädchen. Am höchsten wurde die *Allgemeine Lebensqualität* von den jüngeren Mädchen und älteren Jungen eingeschätzt.

Tabelle 33: Alters- und geschlechtsspezifischer Vergleich der Skalenmittelwerte, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert			
	Jungen 11-13 Jahre N=22	Mädchen 11-13 Jahre N=15	Jungen 14-16 Jahre N=43	Mädchen 14-16 Jahre N=53
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	68,6	78,3	74,9	69,0
Emotionale Funktion Freude/Motivation	75,5	85,7	78,7	73,9
Emotionale Funktion Selbstwert	67,2	75,0	73,0	67,1
Kognitive Funktion Konzentration	50,3	56,0	54,0	52,7
Kognitive Funktion Schule	64,0	75,0	69,2	63,8
Soziale Funktion Familie	74,6	84,4	79,3	69,7
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	75,3	81,3	78,4	74,7
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	31,8	25,9	29,7	36,3
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	42,7	36,0	36,7	49,6
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	38,0	22,0	20,1	32,2
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	31,3	17,3	18,3	30,8
Soziale Symptomatik	49,7	35,6	38,1	46,7
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	70,5	80,6	79,1	68,9
Seelische Verfassung	67,4	75,0	73,6	64,5
Allgemeine Lebensqualität	66,7	83,3	79,1	71,7

4.3.1.1. Geschlechtsspezifischer Vergleich der 11-bis 13-Jährigen

Generell wurden alle Bereiche der Lebensqualität von den 11- bis 13-jährigen Mädchen besser bewertet als von den gleichaltrigen Jungen (Vgl. Tabelle 34). Klinisch bedeutsame Unterschiede fanden sich in der Gesamteinschätzung *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=16,6$) sowie in den Bereichen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=16,0$), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=14,0$), *Soziale Symptomatik* ($\Delta=14,1$). Auch in den Bereichen *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* ($\Delta=10,2$), *Kognitive Funktion – Schule* ($\Delta=11,0$), *Körperliche Verfassung* ($\Delta=10,1$) schnitten die Mädchen bedeutsam besser ab. In allen anderen Bereichen waren die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen geringfügig.

Tabelle 34: Geschlechtsspezifischer Vergleich der 11- bis 13- Jährigen, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Jungen 11-13 Jahre N=22	Mädchen 11-13 Jahre N=15		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	68,6	78,3	+9,8	0,016
Emotionale Funktion Freude/Motivation	75,5	85,7	+10,2	0,031
Emotionale Funktion Selbstwert	67,2	75,0	+7,8	0,146
Kognitive Funktion Konzentration	50,3	56,0	+5,7	0,352
Kognitive Funktion Schule	64,0	75,0	+11,0	0,053
Soziale Funktion Familie	74,6	84,4	+9,8	0,084
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	75,3	81,3	+6,0	0,231
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	31,8	25,9	-5,9	0,296
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	42,7	36,0	-6,7	0,328
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	38,0	22,0	-16,0	0,010
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	31,3	17,3	-14,0	0,041
Soziale Symptomatik	49,7	35,6	-14,1	0,014
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	70,5	80,6	+10,1	0,176
Seelische Verfassung	67,4	75,0	+7,6	0,357
Allgemeine Lebensqualität	66,7	83,3	+16,6	0,029

4.3.1.2. Geschlechtsspezifischer Vergleich der 14-bis 16-Jährigen

Bei den 14- bis 16-jährigen Jugendlichen war auffallend, dass die Jungen insgesamt über eine bessere Lebensqualität berichteten als die Mädchen. Die klinisch bedeutsamsten Unterschiede zeigten sich in den Bereichen *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* ($\Delta=12,9$), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=12,5$) und *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=12,1$), in denen die Jungen über deutlich weniger Probleme berichteten. Die Jungen machten bedeutend bessere Angaben hinsichtlich ihrer *Körperlichen Verfassung* ($\Delta=10,2$) als die Mädchen. Alle bedeutsamen Unterschiede waren auch signifikant. Die übrigen Bereiche wurden von den Jungen nur geringfügig besser eingeschätzt. Tabelle 35 zeigt klinisch bedeutsame Unterschiede in den Symptomskalen und Globalfragen. Die Werte der Funktionsskalen sind der Tabelle 67 im Anhang zu entnehmen.

Tabelle 35: Geschlechtsspezifischer Vergleich der 14- bis 16-Jährigen, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Jungen 14-16 Jahre N=43	Mädchen 14-16 Jahre N=53		
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	29,7	36,3	+6,6	0,073
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	36,7	49,6	+12,9	0,005
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	20,1	32,2	+12,1	0,003
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	18,3	30,8	+12,5	0,004
Soziale Symptomatik	38,1	46,7	+8,6	0,034
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	79,1	68,9	-10,2	0,027
Seelische Verfassung	73,6	64,5	-9,1	0,079
Allgemeine Lebensqualität	79,1	71,7	-7,4	0,123

4.3.1.3. Altersspezifischer Vergleich der Jungen

Bei den Jungen konnte ein Alterseffekt beobachtet werden. Alle Skalen wurden von den älteren besser bewertet als von jüngeren Jungen. Der größte und klinisch bedeutsame Unterschied war in der Skala *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=17,9$) zu verzeichnen. Bedeutsame Differenzen fanden sich auch in den Bereichen *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=13,0$), *Soziale Symptomatik* ($\Delta=11,6$) sowie in der Gesamteinschätzung *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=12,4$). Die Tabelle 36 zeigt klinisch bedeutsame Unterschiede in den Symptomskalen und Globalfragen. Unterschiede in den Funktionsskalen sind der Tabelle 68 im Anhang zu entnehmen.

Tabelle 36: Altersspezifischer Vergleich der Jungen, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Jungen 11-13 Jahre N=22	Jungen 14-16 Jahre N=43		
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	31,8	29,7	-2,1	0,656
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	42,7	36,7	-6,0	0,306
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	38,0	20,1	-17,9	0,002
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	31,3	18,3	-13,0	0,038
Soziale Symptomatik	49,7	38,1	-11,6	0,016
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	70,5	79,1	+8,6	0,184
Seelische Verfassung	67,4	73,6	+6,2	0,396
Allgemeine Lebensqualität	66,7	79,1	+12,4	0,035

4.3.1.4. Altersspezifischer Vergleich der Mädchen

Bei den Mädchen zeigte sich mit zunehmendem Alter eine Verschlechterung der Lebensqualität in allen Bereichen. In 11 von 15 Skalen konnten klinisch bedeutende Unterschiede festgestellt werden (Vgl. Tabelle 37). Die größten Unterschiede lagen in den Bereichen *Soziale Funktion – Familie* ($\Delta=14,7$), *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* ($\Delta=13,6$) und *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=13,5$) vor. Die geringsten Unterschiede gab es im Bereich *Kognitive Funktion – Konzentration* ($\Delta=3,3$). Alle klinisch bedeutsamen Unterschiede stellten sich auch signifikant dar.

Tabelle 37: Altersspezifischer Vergleich der Mädchen, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Mädchen 11-13 Jahre N=15	Mädchen 14-16 Jahre N=53		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	78,3	69,0	-9,3	0,015
Emotionale Funktion Freude/Motivation	85,7	73,9	-11,8	0,004
Emotionale Funktion Selbstwert	75,0	67,1	-7,9	0,095
Kognitive Funktion Konzentration	56,0	52,7	-3,3	0,537
Kognitive Funktion Schule	75,0	63,8	-11,2	0,029
Soziale Funktion Familie	84,4	69,7	-14,7	0,005
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	81,3	74,7	-6,6	0,158
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	25,9	36,3	+10,4	0,038
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	36,0	49,6	+13,6	0,024
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	22,0	32,2	+10,2	0,038
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	17,3	30,8	+13,5	0,011
Soziale Symptomatik	35,6	46,7	+11,1	0,031
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	80,6	68,9	-11,7	0,053
Seelische Verfassung	75,0	64,5	-10,5	0,107
Allgemeine Lebensqualität	83,3	71,7	-11,6	0,088

4.3.2. Schulformspezifischer Vergleich

Beim Vergleich der verschiedenen Schulformen miteinander ergaben sich nur in einigen Bereichen relevante Unterschiede. Schulformspezifische Tendenzen hinsichtlich der Lebensqualität konnten nicht festgestellt werden (Vgl. Tabelle 69 im Anhang).

Im Bereich *Kognitive Funktion – Konzentration* zeigten die Förderschüler (MW=59,2) das höchste Funktionsniveau, während die Sekundarschüler (MW=49,3) eine signifikant geringere Funktionalität aufwiesen. Im Bereich *Schule* unterschieden sich die Förderschüler und Gymnasiasten nicht im Funktionsniveau, beide Gruppen gaben geringfügig bessere Werte an als die Sekundarschüler. Im Bereich *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* gaben die Sekundarschüler (MW=79,3) eine signifikant bessere Funktionalität an als die Förderschüler (MW=70,0). In der Skala *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* zeigten die Gymnasiasten (MW=49,1) eine bedeutsam und signifikant stärkere Symptomausprägung als die Förderschüler (MW=34,2). In der Skala *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* gaben die Gymnasiasten (MW=32,4) ebenso die stärkste Symptomausprägung an und unterschieden sich bedeutsam und signifikant von den Sekundarschülern (MW=21,0).

4.3.3. Auswertung der Freitextfrage

Als „Allerschwerstes“ (siehe Tabelle 70 im Anhang) nannten 54 der Befragten (36,7%), unabhängig von Geschlecht, Alter und der Schulform den schulischen Bereich. 18 Kinder und Jugendliche (12,2%) gaben Probleme im emotionalen Bereich an, bei 15 Untersuchten (10,2%) waren familiäre Probleme vordergründig. Bei zehn Kindern und Jugendlichen (6,8%) lag das „Allerschwerste“ in Zusammenhang mit der Partnerschaft, vier (2,7%) gaben Schwierigkeiten im Bereich der Konzentration und zwei (1,4%) im Bereich Freunde/Freizeit an. Lediglich bei einem der Befragten (0,7%) stand das „Allerschwerste“ in Zusammenhang mit materiellen Dingen. Bei sechs Kindern und Jugendlichen (4,1%) konnten die Angaben keiner der oben genannten Kategorien zugeordnet werden und wurden unter „Sonstiges“ geführt. Keine Angaben machten 37 der Befragten (25,2%).

4.4. Datenvergleich Referenzgruppe und Patienten-Aufnahme

In Abschnitt 4.4. erfolgt der Vergleich der Daten der Referenzgruppe mit den Aufnahmedaten der Patienten. Verglichen wurden jeweils die Skalenmittelwerte der beiden Gruppen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schulform.

4.4.1. Gesamtgruppenvergleich

Die Gesamtgruppe der gesunden Kinder und Jugendlichen zeigte in allen Funktionsskalen eine höhere Funktionalität, in allen Symptomskalen eine geringere Symptomausprägung und auch hinsichtlich der Globalfragen bessere Werte im Sinne einer subjektiv besseren Lebensqualität als die Patienten zum Aufnahmezeitpunkt (Vgl. Tabelle 38). Die größten sowie klinisch bedeutsamen und signifikanten Unterschiede zeigten die Bereiche *Seelische Verfassung* ($\Delta=29,6$), *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=28,0$), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=23,0$) und *Körperliche Verfassung* ($\Delta=22,2$). In den Bereichen *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* ($\Delta=17,7$), *Emotionale Funktion – Selbstwert* ($\Delta=13,9$), *Körperliche Funktion* ($\Delta=13,5$), *Kognitive Funktion – Schule* ($\Delta=12,0$), *Körperliche Symptomatik* ($\Delta=14,6$), *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* ($\Delta=16,3$), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=21,7$) und *Soziale Symptomatik* ($\Delta=13$) waren die Unterschiede geringer, aber ebenso klinisch bedeutsam und signifikant. Geringfügige, klinisch nicht bedeutsame Unterschiede lagen in den Bereichen *Kognitive Funktion – Konzentration* ($\Delta=8,4$), *Soziale Funktion – Familie* ($\Delta=9,2$) und *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* ($\Delta=8,2$) vor.

Tabelle 38: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe (Gesamtgruppen)

Gesamtgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=122	Referenzgruppe N=147		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	58,3	71,8	+13,5	0,000
Emotionale Funktion Freude/Motivation	59,2	76,9	+17,7	0,000
Emotionale Funktion Selbstwert	56,5	70,3	+13,9	0,000
Kognitive Funktion Konzentration	44,5	52,8	+8,4	0,001
Kognitive Funktion Schule	55,7	67,7	+12,0	0,000
Soziale Funktion Familie	66,2	75,4	+9,2	0,000
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	69,3	77,5	+8,2	0,000
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	47,6	33,0	-14,6	0,000
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	58,9	42,6	-16,3	0,000
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	50,9	27,9	-23,0	0,000
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	46,9	25,2	-21,7	0,000
Soziale Symptomatik	56,1	43,1	-13,0	0,000
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	51,6	73,8	+22,2	0,000
Seelische Verfassung	39,6	69,2	+29,6	0,000
Allgemeine Lebensqualität	46,7	74,7	+28,0	0,000

4.4.2. Vergleich der 11-bis 13-jährigen Jungen

Die Skala *Kognitive Funktion – Konzentration* wurde von den 11- bis 13-jährigen Jungen beider Gruppen als schlechtester Funktionsbereich eingestuft, der Unterschied zwischen den Gruppen war klinisch bedeutsam ($\Delta=18,6$) und signifikant. Die beste Funktionalität lag in den sozialen Bereichen, die von den Jungen der Patientengruppe geringfügig, aber klinisch nicht bedeutsam, besser bewertet wurden. Die stärkste Symptomausprägung betraf bei beiden Gruppen den Bereich *Soziale Symptomatik*, wobei die Patientengruppe eine geringfügig stärkere Symptomatik angaben. Ein klinisch bedeutsamer Unterschied konnte im Bereich *Seelische Verfassung* ($\Delta=10,0$) nachgewiesen werden, hier machten die Jungen der Patientengruppe die schlechteren Angaben. Die Tabelle 39 zeigt die Skalenmittelwerte der 11- bis 13-jährigen Jungen im Vergleich.

Tabelle 39: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Jungen 11-13 Jahre

11-13-jährige Jungen	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=21	Referenzgruppe N=22		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	69,2	68,6	-0,6	0,897
Emotionale Funktion Freude/Motivation	72,1	75,5	+3,4	0,454
Emotionale Funktion Selbstwert	63,7	67,2	+3,5	0,478
Kognitive Funktion Konzentration	31,7	50,3	+18,6	0,002
Kognitive Funktion Schule	55,4	64,0	+8,6	0,165
Soziale Funktion Familie	82,0	74,6	-7,4	0,163
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	79,5	75,3	-4,2	0,388
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	35,4	31,8	-3,6	0,556
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	46,4	42,7	-3,7	0,660
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	34,6	37,9	+3,3	0,655
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	33,9	31,3	-2,6	0,725
Soziale Symptomatik	57,9	49,7	-8,2	0,139
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	66,5	70,5	+4,0	0,675
Seelische Verfassung	57,4	67,4	+10,0	0,290
Allgemeine Lebensqualität	62,3	66,7	+4,4	0,641

4.4.3. Vergleich der 14-bis 16-jährigen Jungen

Bei den älteren Jungen zeigte die Referenzgruppe in allen Bereichen, außer im Bereich *Kognitive Funktion – Konzentration*, klinisch bedeutsame und signifikante Unterschiede, wobei die Spanne der Mittelwertedifferenzen sehr groß war. Die größten Unterschiede wurden in den Bereichen *Seelische Verfassung* ($\Delta=34,8$), *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=33,2$), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=33,9$), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=31,3$) und *Körperliche Verfassung* ($\Delta=22,3$) deutlich. Bei den Funktionsskalen wurde der Bereich *Kognitive Funktion – Konzentration* von beiden Gruppen am schlechtesten, der Bereich *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* am besten eingestuft. Die stärkste Symptomausprägung betraf den *Sozialen Bereich*, wobei der Unterschied zwischen den Gruppen hier deutlich größer war als bei den jüngeren Jungen. Wie die Tabelle 40 zeigt, ging es den älteren Jungen der Referenzgruppe insgesamt deutlich besser als den gleichaltrigen Patienten, was einen wesentlichen Unterschied zu den jüngeren Jungen bedeutet.

Tabelle 40: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Jungen 14-16 Jahre

14-16-jährige Jungen	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=30	Referenzgruppe N=43		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	55,8	74,9	+19,1	0,000
Emotionale Funktion Freude/Motivation	58,7	78,7	+20	0,000
Emotionale Funktion Selbstwert	57,5	73,0	+15,5	0,000
Kognitive Funktion Konzentration	45,6	54,0	+8,4	0,092
Kognitive Funktion Schule	55,0	69,2	+14,2	0,013
Soziale Funktion Familie	58,3	79,3	+21	0,000
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	66,8	78,4	+11,6	0,010
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	52,2	29,7	-22,5	0,000
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	51,7	36,7	-15	0,012
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	51,4	20,1	-31,3	0,000
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	52,2	18,3	-33,9	0,000
Soziale Symptomatik	55,8	38,1	-17,7	0,000
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	55,8	79,1	+22,3	0,000
Seelische Verfassung	38,8	73,6	+34,8	0,000
Allgemeine Lebensqualität	45,8	79,1	+33,2	0,000

4.4.4. Vergleich der 11-bis 13-jährigen Mädchen

Im Vergleich zu den gleichaltrigen Jungen konnten bei den 11- bis 13-jährigen Mädchen in allen Bereichen, mit Ausnahme des Bereiches *Kognitive Funktion – Konzentration*, klinisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität nachgewiesen werden. Den Mädchen aus der Normalbevölkerung ging es insgesamt deutlich besser als den Mädchen der klinischen Untersuchungsgruppe. Die größten klinisch bedeutsamen und signifikanten Unterschiede betrafen die *Seelische Verfassung* ($\Delta=32,7$), *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* ($\Delta=30,0$), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=29,5$), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=26,0$) sowie *Körperliche Verfassung* ($\Delta=22,3$). In beiden Gruppen wurde die *Seelische Verfassung* deutlich schlechter als die *Körperliche Verfassung* beurteilt. Die stärkste Symptomausprägung in beiden Gruppen wurde im emotionalen Bereich *Angst/Sorge* angegeben, wobei die Gruppen den oben genannten bedeutsamen und signifikanten Unterschied zeigten. Die Tabelle 41 stellt die Mittelwerte der jüngeren Mädchen im Vergleich dar.

Tabelle 41: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Mädchen 11-13 Jahre

11-13-jährige Mädchen	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=13	Referenzgruppe N=15		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	64,5	78,3	+13,8	0,063
Emotionale Funktion Freude/Motivation	65,4	85,7	+20,3	0,014
Emotionale Funktion Selbstwert	60,8	75,0	+14,2	0,031
Kognitive Funktion Konzentration	51,2	56,0	+4,8	0,561
Kognitive Funktion Schule	63,5	75,0	+11,5	0,175
Soziale Funktion Familie	73,5	84,4	+10,9	0,146
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	69,0	81,3	+12,3	0,065
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	39,3	25,9	-13,4	0,139
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	66,0	36,0	-30,0	0,004
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	51,5	22,0	-29,5	0,001
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	43,3	17,3	-26,0	0,002
Soziale Symptomatik	46,7	35,6	-11,1	0,214
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	58,3	80,6	+22,3	0,010
Seelische Verfassung	42,3	75,0	+32,7	0,001
Allgemeine Lebensqualität	55,7	83,3	+27,6	0,007

4.4.5. Vergleich der 14-bis 16-jährigen Mädchen

Die älteren Mädchen der Referenzgruppe bewerteten alle Bereiche, außer die Skalen der *Kognitiven* und *Sozialen Funktion*, klinisch bedeutsam und signifikant besser als die Mädchen der Patientengruppe. Die größten Differenzen wiesen die Mittelwerte der Bereiche *Seelische Verfassung* ($\Delta=31,5$), *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=30,3$), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=26,7$) und *Körperliche Verfassung* ($\Delta=25,9$) auf. Die geringste Funktionalität wurde von beiden Gruppen im kognitiven Bereich *Konzentration* empfunden. Die stärkste Symptomausprägung lag in beiden Gruppen im emotionalen Bereich *Angst/Sorge*. Die Mittelwerte der 14- bis 16-jährigen Mädchen sind in Tabelle 42 dargestellt.

Tabelle 42: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Mädchen 14-16 Jahre

14-16-jährige Mädchen	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=37	Referenzgruppe N=53		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	56,3	69,0	+12,7	0,000
Emotionale Funktion Freude/Motivation	54,0	73,9	+19,9	0,000
Emotionale Funktion Selbstwert	51,6	67,1	+15,5	0,000
Kognitive Funktion Konzentration	50,5	52,7	+2,2	0,616
Kognitive Funktion Schule	59,3	63,8	+4,5	0,359
Soziale Funktion Familie	62,1	69,7	+7,6	0,126
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	70,3	74,7	+4,4	0,271
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	49,8	36,3	-13,5	0,005
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	69,6	49,6	-20	0,001
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	58,9	32,2	-26,7	0,000
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	49,2	30,8	-18,4	0,003
Soziale Symptomatik	58,1	46,7	-11,4	0,017
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	43,0	68,9	+25,9	0,000
Seelische Verfassung	33	64,5	+31,5	0,000
Allgemeine Lebensqualität	41,4	71,7	+30,3	0,000

4.4.6. Vergleich in Abhängigkeit von der Schulform

4.4.6.1. Gymnasium

Bei den Kindern und Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchten, zeigten sich zwischen Patienten- und Referenzgruppe in allen Skalen klinisch bedeutsame Unterschiede, wobei die Spanne der Unterschiede sehr groß war (Vgl. Tabelle 43). Die größten Unterschiede betrafen die Bereiche *Seelische Verfassung* ($\Delta=35,4$), die *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=34,1$), *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* ($\Delta=29,7$), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=28,6$), *Körperliches Befinden* ($\Delta=27,5$) und *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=27$). Die geringsten Unterschiede zeigten die Bereiche *Kognitive Funktion – Konzentration* ($\Delta=10$) und *Soziale Funktion – Familie* ($\Delta=10,2$). In beiden Gruppen lag die geringste Funktionalität in den Bereichen *Kognitive Funktion – Konzentration* und *Schule*, die beste Funktionalität im Bereich *Soziale Funktion – Kontakte/Freizeit*. Die größte emotionale Problematik stellte in beiden Gruppen die Skala *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* dar. Während in der Patientengruppe die *Seelische Verfassung* bedeutend besser als die *Körperliche Verfassung* beurteilt wurde, war der Unterschied in der Referenzgruppe geringer.

Tabelle 43: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Gymnasium

Gymnasium	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=17	Referenzgruppe N=39		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	48,5	71,2	+22,7	0,000
Emotionale Funktion Freude/Motivation	47	76,7	+29,7	0,000
Emotionale Funktion Selbstwert	53,7	70,7	+17	0,003
Kognitive Funktion Konzentration	46,4	56,4	+10	0,047
Kognitive Funktion Schule	54,7	72	+17,3	0,003
Soziale Funktion Familie	62,9	73,1	+10,2	0,085
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	60,3	78	+17,7	0,003
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	61,6	37,9	-23,7	0,000
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	67,8	49,1	-18,7	0,006
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	59,4	30,8	-28,6	0,000
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	59,4	32,4	-27	0,001
Soziale Symptomatik	58,2	39,1	-19,1	0,001
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	47,9	75,4	+27,5	0,000
Seelische Verfassung	31,9	67,3	+35,4	0,000
Allgemeine Lebensqualität	38,8	72,9	+34,1	0,000

4.4.6.2. Sekundarschule

Die gesunden Kinder und Jugendlichen, die eine Sekundarschule besuchten, berichteten in allen Bereichen, außer in der Skala *Kognitive Funktion – Konzentration*, über eine klinisch bedeutsame und signifikant bessere Lebensqualität als die Sekundarschüler der Patientengruppe. Die deutlichsten Unterschiede, wie die Tabelle 44 zeigt, betrafen die Bereiche *Seelische Verfassung* ($\Delta=33,6$), *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=33,3$), *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=29,6$), *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=26,0$) und *Körperliche Verfassung* ($\Delta=25,9$). Im Bereich *Kognitive Funktion – Konzentration* lag bei beiden Gruppen, jedoch nur mit geringem Gruppenunterschied ($\Delta=4,9$), die schlechteste Funktionalität. Die *Seelische Verfassung* wurde von den Patienten deutlich schlechter, von der Referenzgruppe nur geringfügig schlechter eingeschätzt als die *Körperliche Verfassung*.

Tabelle 44: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Sekundarschule

Sekundarschule	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=46	Referenzgruppe N=84		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	57,5	72,8	+15,3	0,000
Emotionale Funktion Freude/Motivation	56,4	78,4	+22,0	0,000
Emotionale Funktion Selbstwert	54,1	72,2	+18,1	0,000
Kognitive Funktion Konzentration	44,4	49,3	+4,9	0,201
Kognitive Funktion Schule	53	64,7	+11,7	0,003
Soziale Funktion Familie	63	77,3	+14,3	0,000
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	69	79,3	+10,3	0,003
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	47,3	31,7	-15,6	0,000
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	60,8	42	-18,8	0,001
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	55,5	25,9	-29,6	0,000
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	47	21	-26,0	0,000
Soziale Symptomatik	56,3	46	-10,3	0,006
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	47,7	73,6	+25,9	0,000
Seelische Verfassung	35,2	68,8	+33,6	0,000
Allgemeine Lebensqualität	41,7	75	+33,3	0,000

4.4.6.3. Förderschule

Klinisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich einer besseren Lebensqualität für die Referenzgruppe konnten in den Bereichen *Seelische Verfassung* ($\Delta=24,3$), *Allgemeine Lebensqualität* ($\Delta=15,8$), *Emotionale Symptomatik – Angst/Sorge* ($\Delta=18,9$), *Soziale Symptomatik* ($\Delta=16,1$) und *Körperliche Verfassung* ($\Delta=14,2$) nachgewiesen werden. Im Bereich *Soziale Funktion – Kontakt/Freizeit* zeigten die gesunden Kinder und Jugendlichen (MW=70,0), die eine Förderschule besuchten, eine bedeutend schlechtere Funktionalität als die Förderschüler der Patientengruppe (MW=81,9). In allen anderen Bereichen gab es keine klinisch relevanten Unterschiede. Der größte Unterschied zwischen den Gruppen betraf die *Seelische Verfassung*, die von den Patienten bedeutend schlechter als die *Körperliche Verfassung* eingestuft wurde. In der Referenzgruppe wurden *Seelische* und *Körperliche Verfassung* gleichermaßen eingeschätzt. Im Vergleich zu den anderen Schülergruppen konnte bei den Förderschülern in der Bewertung der *Konzentration* eine größere Differenz zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern festgestellt werden. Es zeigte sich, dass die Förderschüler der Referenzgruppe im kognitiven Bereich insgesamt die beste Funktionalität angaben. Ihre Funktionalität war damit geringfügig besser als die der gesunden Gymnasialschüler, bedeutend besser als die der gesunden Sekundarschüler und bedeutend besser als die aller psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen der drei Schulformen. Dargestellt werden die Mittelwertvergleiche der Förderschüler in Tabelle 45.

Tabelle 45: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe, Förderschule

Förderschule	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=23	Referenzgruppe N=24		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	73,2	69	-4,2	0,370
Emotionale Funktion Freude/Motivation	73,6	72,1	-1,5	0,743
Emotionale Funktion Selbstwert	62,3	63,1	+0,8	0,874
Kognitive Funktion Konzentration	45,7	59,2	+13,5	0,024
Kognitive Funktion Schule	69,4	71,2	+1,8	0,792
Soziale Funktion Familie	77,2	72,6	-4,6	0,521
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	81,9	70	-11,9	0,007
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	30,2	29,6	-0,6	0,930
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	53,1	34,2	-18,9	0,008
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	39,1	30,3	-8,8	0,263
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	36,1	27,8	-8,3	0,288
Soziale Symptomatik	55,8	39,7	-16,1	0,009
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	57,3	71,5	+14,2	0,148
Seelische Verfassung	49,3	73,6	+24,3	0,020
Allgemeine Lebensqualität	60,6	76,4	+15,8	0,117

4.5. Datenvergleich Referenzgruppe und Patienten-Entlassung

Im Abschnitt 4.5. erfolgt der Vergleich der Daten der Referenzgruppe mit den Entlassungsdaten der Patienten. Verglichen wurden jeweils die Skalenmittelwerte der beiden Gesamtgruppen. Zusätzlich erfolgte eine Gegenüberstellung der Mittelwertdifferenzen zwischen Patientenaufnahme und Referenzgruppe sowie Patientenentlassung und Referenzgruppe. Die Lebensqualitätsangaben der Patienten waren auch zum Entlassungszeitpunkt noch schlechter als die der Referenzgruppe, näherten sich jedoch in allen Bereichen der Lebensqualität gesunder Kinder und Jugendlicher an. Die Veränderungen in den einzelnen Bereichen stellten sich sehr unterschiedlich dar. Wie Tabelle 46 verdeutlicht, konnten zum Entlassungszeitpunkt bedeutsame und signifikante Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in den Bereichen der *Emotionalen Symptomatik – Einsamkeit/Ablehnung* ($\Delta=17,1$), *Emotionalen Symptomatik – Angst/Sorge* ($\Delta=12,1$), *Emotionalen Symptomatik – Unglück/Schuld* ($\Delta=10,2$) sowie *Allgemeine*

Lebensqualität ($\Delta=10,1$) nachgewiesen werden. In allen anderen Bereichen zeigten sich noch geringfügige Unterschiede. In folgenden Skalen waren die Unterschiede signifikant, jedoch nicht klinisch bedeutsam: *Körperliche Funktion*, *Emotionale Funktion – Freude/Motivation*, *Kognitive Funktion – Schule*, *Soziale Funktion – Familie*, *Körperliche Symptomatik*, *Körperliche Verfassung* und *Seelische Verfassung*.

Tabelle 46: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Entlassung und Referenzgruppe (Gesamtgruppen)

Gesamtgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Patienten N=69	Referenzgruppe N=147		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	62,7	71,8	+9,1	0,000
Emotionale Funktion Freude/Motivation	68,2	76,9	+8,7	0,004
Emotionale Funktion Selbstwert	58,8	70,3	+11,5	0,000
Kognitive Funktion Konzentration	48,7	52,8	+4,1	0,207
Kognitive Funktion Schule	60,3	67,7	+7,4	0,042
Soziale Funktion Familie	69,6	75,4	+5,8	0,077
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	71,7	77,5	+5,8	0,029
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	42,1	33,0	-9,1	0,009
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	54,7	42,6	-12,1	0,002
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	38,1	27,9	-10,2	0,008
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	42,3	25,2	-17,1	0,000
Soziale Symptomatik	49,0	43,1	-5,9	0,074
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	65,9	73,8	+7,9	0,036
Seelische Verfassung	61,0	69,2	+8,2	0,050
Allgemeine Lebensqualität	64,6	74,7	+10,1	0,012

Tabelle 47 demonstriert die Skalenmittelwerte der Patienten-Aufnahmedaten, Patienten-Entlassungsdaten, Daten der Referenzgruppe sowie die Mittelwertunterschiede zwischen Patienten-Aufnahme und Referenzgruppe sowie Patienten-Entlassung und Referenzgruppe. Die größten Veränderungen der Mittelwertdifferenzen betrafen die Bereiche *Seelische Verfassung*, *Körperliche Verfassung* und *Allgemeine Lebensqualität*. Dies zeigte sich in einer besseren Bewertung dieser Skalen durch die Patienten bei Entlassung als bei Aufnahme, wobei sich hinsichtlich der *Allgemeinen Lebensqualität* der Unterschied zwischen Patienten- und Referenzgruppe auch zur Entlassung der Patienten noch klinisch bedeutsam darstellte. Im Bereich *Emotionale Funktion – Selbstwert* änderte sich die Mittelwertdifferenz durch den stationären Aufenthalt kaum, zu beiden Zeitpunkten

konnte ein klinisch bedeutsamer Unterschied zwischen Referenzgruppe und Patienten nachgewiesen werden. In den sozialen Funktionsskalen gaben die Patienten sowohl zum Aufnahme- als auch zum Entlassungszeitpunkt und ebenso die Referenzgruppe die beste Funktionalität an, die Unterschiede zwischen Patienten- und Referenzgruppe waren zu beiden Zeitpunkten jedoch klinisch nicht bedeutsam. Die Skala *Kognitive Funktion – Konzentration* wurde von Patienten sowie gesunden Kindern und Jugendlichen mit der schlechtesten Funktion bewertet, die Unterschiede zwischen Patienten und Referenzgruppe waren zu beiden Zeitpunkten jedoch nicht relevant.

Tabelle 47: Vergleich der Skalenmittelwerte zwischen Patienten-Aufnahme, Patienten-Entlassung und Referenzgruppe (Gesamtgruppen)

Gesamtgruppe	Mittelwert			Δ A	Δ E
	Patienten Aufnahme	Patienten Entlassung	Referenzgruppe		
Funktionsskalen					
Körperliche Funktion	58,3	62,7	71,8	+13,5	+9,1
Emotionale Funktion Freude/Motivation	59,2	68,2	76,9	+17,7	+8,7
Emotionale Funktion Selbstwert	56,5	58,8	70,3	+13,9	+11,5
Kognitive Funktion Konzentration	44,5	48,7	52,8	+8,4	+4,1
Kognitive Funktion Schule	55,7	60,3	67,7	+12,0	+7,4
Soziale Funktion Familie	66,2	69,6	75,4	+9,2	+5,8
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	69,3	71,7	77,5	+8,2	+5,8
Symptomskalen					
Körperliche Symptomatik	47,6	42,1	33,0	-14,6	-9,1
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	58,9	54,7	42,6	-16,3	-12,1
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	50,9	38,1	27,9	-23,0	-10,2
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	46,9	42,3	25,2	-21,7	-17,1
Soziale Symptomatik	56,1	49,0	43,1	-13,0	-5,9
Globalfragen					
Körperliche Verfassung	51,6	65,9	73,8	+22,2	+7,9
Seelische Verfassung	39,6	61,0	69,2	+29,6	+8,2
Allgemeine Lebensqualität	46,7	64,6	74,7	+28,0	+10,1

5. Diskussion

5.1. Gütekriterien

Die Daten zeigten insgesamt eine ausreichende psychometrische Güte. Zur Prüfung der Reliabilität wurde der interne Konsistenzkoeffizient Cronbachs Alpha angegeben. Dieser sollte in Gruppenvergleichen bei 0,7 oder darüber liegen. Im Patientenkollektiv erreichte das Verfahren zufriedenstellende bis gute Kennwerte. Die interne Konsistenz nahm Werte von 0,632 bis 0,929 an. Dies bedeutet, dass die Items einer Skala auch den gleichen Inhalt erfassen. Die Werte der internen Konsistenz für die Referenzgruppe fielen in allen 13 Skalen geringer aus als in der Patientengruppe. Elf von 13 Skalen erreichten eine ausreichende bis gute interne Konsistenz mit Werten von 0,561 bis 0,877, von denen drei Skalen mit Werten größer als 0,8 eine gute interne Konsistenz, zwei weitere Skalen mit Werten größer als 0,7 eine befriedigende interne Konsistenz erreichten. Drei Skalen wiesen mit Werten größer als 0,6 noch eine ausreichende interne Konsistenz auf. In den Skalen der *Sozialen Funktion* nahm Cronbachs Alpha Werte größer als 0,5 an. Die Skalen *Körperliche Funktion* (0,34) und *Körperliche Symptomatik* (0,38) zeigten eine unbefriedigende interne Konsistenz. Bezüglich der niedrigen internen Konsistenz muss eine mögliche inhaltliche Heterogenität der Items oder eine geringe Varianz der Einzelitems in der Normalpopulation diskutiert werden. Im Vergleich zum Patientenkollektiv zeigte sich in der Beantwortung der den Skalen *Körperliche Funktion* und *Körperliche Symptomatik* zugeordneten Einzelfragen eine geringe, teilweise negative Inter-Item-Korrelation (F10 vs. F09, F10 vs. F11) sowie eine geringe Varianz mit leichtem Boden- bzw. Deckeneffekt in den Fragen F01, F10, F27. Alle Ergebnisse wiesen desweiteren auf eine brauchbare Validität als weiteres Gütekriterium hin. Alle einer Skala zugeordneten Items korrelierten am höchsten mit ihrer Skala (Korrelationskoeffizient nach Pearson). Auch die Korrelation unter den Skalen war zufriedenstellend, eine hohe Korrelation zwischen inhaltlich ähnlichen Skalen und eine negative Korrelation zwischen der Gegenüberstellung von Funktion und Symptomatik wurde in nahezu allen Bereichen erwartungsgemäß erfüllt.

Kritisch angemerkt werden muss, dass aufgrund der Stichprobengröße keine repräsentativen Ergebnisse vorliegen. Es wurden jedoch hinsichtlich der Lebensqualität sowohl relevante alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in beiden Gruppen, als auch klinisch bedeutsame Unterschiede beim Vergleich zwischen Patienten- und Referenzgruppe deutlich, die den Ergebnissen aktueller vergleichbarer Studien entsprechen.

5.2. Datenerhebung der Kollektive

Das gewählte Patientenkollektiv bildet eine unausgelesene heterogene Gruppe ab (Vgl. Kapitel 3.2.1.). Zur Aufnahme führten 17 verschiedene Diagnosen. Befragt wurden sowohl Patienten, die das erste Mal stationär behandelt wurden als auch Patienten mit einer bekannten psychiatrischen Anamnese. Alle Formen der schulischen Bildung waren vertreten. Die Mehrheit der Patienten stammte aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, zudem waren viele Familien durch eine abweichende Elternsituation oder Unvollständigkeit der Familie gekennzeichnet. Dies geht in Einklang mit Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, die verdeutlichen, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigem sozioökonomischen Status häufiger Defizite in ihren personalen, sozialen und familiären Ressourcen aufweisen (Erhart et al., 2007) und häufiger unter psychischen Störungen leiden (Vgl. Kapitel 1.2.).

Die Eingliederung der Fragebögen in den Stationsalltag stellte insbesondere zur Entlassung eine große Herausforderung dar. Feste formale Vorgänge, wie beispielsweise die Anamneseerhebung zur Aufnahme, lagen zur Entlassung oder unmittelbar vor dem Verlassen der Station nicht vor. Die Beantwortung der Fragen war stets freiwillig. Es ist zu diskutieren, ob positive oder negative Gefühle über die Entlassung mit einer mangelnden Motivation bei Beantwortung der Fragen einhergingen oder zu einer Verzerrung der Ergebnisse führten.

Als Referenzgruppe konnte ein Kollektiv abgebildet werden, welches mit der Patientengruppe hinsichtlich verschiedener Merkmale, wie Anzahl der Befragten, Geschlechtsverteilung und Altersstruktur vergleichbar ist. Die Referenzgruppe ist ebenfalls eine unausgelesene Stichprobe und setzt sich aus drei verschiedenen Schülergruppen zweier unterschiedlicher Standorte zusammen. In Vorbereitung auf die Datenerhebung wurden alle Schulen in Magdeburg kontaktiert. Ein Gymnasium und eine Sekundarschule erklärten sich bereit unser Projekt zu unterstützen. Um auch Schüler einer Förderschule in der Datenerhebung abzubilden, wurde die Befragung in der rund 70 km von Magdeburg entfernten Pestalozzischule in Wienrode/Blankenburg durchgeführt. Diese Schule zeichnet sich durch einen großen Einzugsbereich sowie eine eher ländlichere Lage aus. Ob durch ein „behüteteres Wohnen und Aufwachsen“ ein möglich positiver Einfluss auf die Lebensqualität besteht, sollte erwogen werden. Eine Einschätzung der Lebensqualität hinsichtlich objektiver Faktoren, zum Beispiel Familiensituation, konnte in der Referenzgruppe nicht getroffen werden, da nach Vorgaben des Landesverwaltungsamtes keine Fragen diesbezüglich in den Fragebogen aufgenommen werden durften.

Für die Referenzgruppe muss kritisch angemerkt werden, dass die Durchführung an den einzelnen Schulen individuell verschieden erfolgte. Am Gymnasium wurde die Befragung auf Wunsch des Schuldirektors außerhalb der Schulstunde in einer großen Pause nach Ankündigung mittels Aushang und nach Lautsprecherdurchsage in der Aula durchgeführt. Von den 125 Kindern und Jugendlichen bei denen eine Einverständniserklärung der Eltern vorlag, beteiligten sich 43 an der Befragung, 39 Schüler gaben einen vollständig ausgefüllten Fragebogen zurück. Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte in der Sekundarschule sowie in der Förderschule in einer Schulstunde unter Anwesenheit des Lehrers und der beiden Doktorandinnen. Sowohl in der Sekundarschule als auch in der Förderschule beteiligten sich alle Schüler, bei denen das Einverständnis der Eltern vorlag, auch an der Befragung. Dabei war in der Sekundarschule eine deutliche Abhängigkeit vom Engagement des Klassenlehrers zu erkennen. So nahmen in einer Klasse beispielsweise 21 von 22 Schülern an der Befragung teil, in einer anderen nur 6 von 19 Schülern. Zum besseren Verständnis wurden für die Kinder der Förderschule auf Wunsch der Schulleitung Fragen umformuliert, eine Frage aus dem Fragebogen genommen und die Fragen einzeln vorgelesen. Zumeist wurde der Fragebogen sehr gewissenhaft ausgefüllt, Antworten wurden noch mal verändert oder durch einen Kommentar ergänzt.

Die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Schulformen Gymnasium, Sekundarschule und Förderschule unterschied sich in Patienten- und Referenzgruppe dahingehend, dass der Anteil der Gymnasiasten (Patienten 19,8%, Referenzgruppe 26,5%) in der Patientengruppe geringer, dafür der Anteil an Förderschülern (Patienten 26,7%, Referenzgruppe 16,3%) bedeutend höher war als in der Referenzgruppe. Der prozentuale Anteil der Sekundarschüler unterschied sich in den Gruppen nicht wesentlich (Patienten 53,5%, Referenzgruppe 57,1%). Diese Verteilung entsprach nicht ganz der Gesamtverteilung der Kinder und Jugendlichen auf die genannten Schultypen in Sachsen- Anhalt. Die Datenlage für das Schuljahr 2008/09 zeigte eine prozentuale Verteilung der Schüler auf Gymnasien von 37,6% und Sekundarschulen von 48,4%. Bedeutend weniger Kinder wurden an Förderschulen unterrichtet (10,5%), wobei der „Anteil der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf jedoch steigt“ (Bildungsbericht Sachsen- Anhalt 2010).

Ob das Merkmal „Wohnlage in Ostdeutschland“ beziehungsweise das Aufwachsen in den neuen Bundesländern Einfluss auf die subjektive Lebensqualität hat, wurde mit dem verwendeten Fragebogenmaterial nicht erörtert. Hinsichtlich der Altersstruktur waren die ältesten Kinder beider Kollektive zum Zeitpunkt der Befragung 19 Jahre und die jüngsten 9 Jahre alt. Alle Kinder und Jugendlichen wurden somit nach der Wiedervereinigung geboren. Nach aktuellster Studienlage gibt es außer in der Gruppe

der 3- bis 6-jährigen Kinder keine Unterschiede in der Lebensqualität hinsichtlich der Wohnlage in Ost- oder Westdeutschland (Ravens-Sieberer, 2007).

5.3. Ergebnisse

5.3.1. Ergebnisse der Referenzgruppe

Insgesamt bestand die Gruppe der Kinder und Jugendlichen ohne bekannte psychiatrische Diagnose aus einer ausgeglichenen Anzahl Mädchen (N=73) und Jungen (N=74), wobei in der Altersklasse 11 bis 13 Jahre der Anteil an Jungen, in der Altersklasse 14 bis 16 Jahre der Anteil an Mädchen etwas überwog. Hinsichtlich des Alters waren in der Altersklasse 14 bis 16 Jahre deutlich mehr Kinder vertreten als in der Altersklasse 11 bis 13 Jahre, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen könnte.

Die im Selbsturteil durch die Kinder und Jugendlichen gewonnenen Daten variierten in den Funktionsskalen und Globalfragen von 52,8 bis 77,5 Punkten sowie in den Symptomskalen von 25,2 bis 43,1 Punkten auf den von 0 bis 100 Punkte reichenden Skalen. Insgesamt sprechen die Werte mit Abstrichen in einigen Bereichen für eine gute Lebensqualität des untersuchten Kollektives und entsprechen damit den deutschlandweiten Ergebnissen der KIGGS-Studie.

Unabhängig von Alter und Geschlecht wurden die kognitiven Bereiche *Schule* und *Konzentration* im Vergleich zu anderen Funktionsbereichen am schlechtesten bewertet, was zeigt, dass der schulische Bereich nicht nur bei psychisch erkrankten Kindern ein Hauptproblem darstellt, vielmehr haben Stressfaktoren wie Leistungsdruck, Konzentrationsschwierigkeiten oder schulische Versagensangst neben Entwicklungsprozessen auf persönlicher und sozialer Ebene bei Kindern und Jugendlichen generell großen Einfluss auf die Lebensqualität.

Die untersuchten Kinder und Jugendlichen zeigten in verschiedenen Bereichen physiologische alters- und geschlechtstypische Unterschiede in ihrer Lebensqualität. Es bestätigte sich die im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey erwiesene Umkehr der Problemlage bei den Geschlechtern, die sich mit Eintritt der Pubertät herauskristallisiert (Lange, 2007). Bei den Mädchen verschlechterte sich die Lebensqualität mit dem Alter, bei den Jungen hingegen wurde sie mit steigendem Alter besser eingeschätzt. Die zunehmende Verschlechterung der Lebensqualität mit zunehmendem Alter bei den Mädchen zeichnete sich in nahezu allen Lebensbereichen ab. Vor allem familiäre Belastungen und emotionale Probleme wie Angst, Sorgen,

Einsamkeit, Ablehnung oder ein vermindertes Selbstwertgefühl standen neben Defiziten in der körperlichen Verfassung und Schulproblemen bei älteren Mädchen im Vordergrund. Somit zeigt sich, dass die Phase der Pubertät, in der komplexe Entwicklungsprozesse auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene stattfinden, besonders beim weiblichen Geschlecht Verunsicherungen hervorruft, welche die Lebensqualität beeinflussen. Bei den Jungen war hingegen insgesamt eine Verbesserung der Lebensqualität mit steigendem Alter zu verzeichnen. Ältere Jungen hatten deutlich weniger Probleme hinsichtlich aggressiven Verhaltens, verspürten weniger Einsamkeit oder Schuldgefühle und machten auch zur Globaleinschätzung ihrer Lebensqualität bessere Angaben als die Jüngeren. Alle befragten Jungen, unabhängig ihres Alters, sahen den sozialen Bereich als größtes Problemfeld, hinsichtlich aggressiven Verhaltens oder Streit mit anderen, während alle Mädchen vorwiegend über emotionale Einschränkungen wie Ängste, Sorgen oder ein vermindertes Selbstwertgefühl klagten. Ein deutlich höheres Auftreten externaler Störungen bei Jungen unabhängig vom Alter im Vergleich zu den Mädchen, bei denen hingegen häufiger internalisierende Störungen beobachtet werden können, ist aus verschiedenen Studien bekannt (Lange et al., 2007). Generell sollten die oben beschriebenen alters- und geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten nicht zwangsläufig als psychische Störungen verstanden werden, vielmehr bestätigen sich hier Tendenzen des Verhaltens, die in Einklang mit typischen Entwicklungsprozessen im Kindes- und Jugendalter zu sehen sind. Ebenso interessant war, dass auch Jungen mit Schwierigkeiten im Sozialverhalten verstärkt über Ängste und Sorgen berichteten. Es lässt sich diskutieren, dass diese Ängste in Zusammenhang mit einer leistungsorientierten Gesellschaft zu suchen sind. Zukunftsängste, Sorge um einen guten Schulabschluss oder eine gute Berufsausbildung könnten neben Sorge, einen Partner zu finden, eine Rolle spielen. Alle untersuchten Kinder und Jugendlichen schätzten ihr körperliches Befinden deutlich besser ein als ihr seelisches Befinden. Es zeigte sich auch hier ein umgekehrter Altersgradient bei den Geschlechtern. Während sich die körperliche Verfassung bei den Jungen über die Altersklassen hinweg verbesserte, wurde sie bei den Mädchen mit zunehmendem Alter schlechter. Begründen lässt sich das verminderte physische Wohlbefinden der Mädchen mit steigendem Alter neben hormonell bedingten körperlichen Veränderungen möglicherweise durch einen Rückgang körperlich-sportlicher Aktivitäten mit dem Alter. Dies wurde in einer im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys durchgeführten Studie untersucht. Es zeigte sich bei den Mädchen ein deutlicher und bei den Jungen ein geringer Rückgang sportlicher Aktivitäten mit dem Alter sowie ein dadurch bedingter Einfluss auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen (Lampert et al., 2007).

Zusammenfassend sprechen die Werte des Gesamtkollektives aus der Normalbevölkerung für ein gutes subjektives Wohlbefinden. Die Tendenzen, dass Mädchen mit dem Alter einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, was sich in einer Verringerung der Lebensqualität widerspiegelt und die umgekehrte Tendenz bei den Jungen, entsprechen den deutschlandweiten Ergebnissen der KIGGS-Studie. Es zeigten sich entwicklungstypische Verhaltensauffälligkeiten, das heißt Defizite im sozialen Umgang bei den Jungen sowie Defizite im emotionalen Bereich bei den Mädchen, die nicht zwangsläufig als krankhaft eingestuft werden können. Ob diese Defizite als Normvariante gelten oder diese Einschränkungen in der Lebensqualität mit psychischen Störungen gleichzusetzen sind, lies sich anhand des Fragebogens nicht erörtern. Die generell gute Lebensqualität des Kollektives im Vergleich zu psychisch kranken Kindern begründet sich vor allem auch durch die gute Bewertung der sozialen Bereiche. Die Familie als haltgebende Struktur sowie Kontakt zu Gleichaltrigen und soziale Unterstützung gelten als Ressourcen, die sich protektiv auf psychische Störungen und positiv auf die Lebensqualität auswirken (Erhart et al., 2007). Die schlechte Bewertung im kognitiven Bereich zeigt, dass sich schulische Probleme negativ auf die Lebensqualität auswirken und somit der Schule, in der Kinder und Jugendliche einen überwiegenden Teil ihrer Tageszeit verbringen, eine große Bedeutung zugemessen werden muss.

5.3.2. Ergebnisse der Patientengruppe

Die Gesamtgruppe der Patienten schätzte ihre Lebensqualität zum Zeitpunkt der Entlassung in allen Bereichen besser ein als zur Aufnahme. Die Wertedifferenzen variierten zwischen 2,0 und 11,3 in den Funktionsskalen und zwischen 6,3 und 11,9 in den Symptomskalen, wobei Differenzen größer zehn nur in den Skalen *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* und *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* gemessen wurden. Obwohl nur in zwei der zwölf Skalen klinisch bedeutsame Unterschiede erfasst wurden, zeigte sich in allen drei Globalfragen ein deutlicher Gewinn an Lebensqualität durch den Aufenthalt. So ergab sich eine Verbesserung der *Allgemeinen Lebensqualität* von 22,7 Punkten. Die *Seelische Verfassung*, die zu beiden Erhebungszeitpunkten rund fünf Punkte schlechter eingestuft wurde als die *Allgemeine Lebensqualität (Globaleinschätzung)*, verbesserte sich um 24,4 Punkte und die *Körperliche Verfassung* um 16,4 Punkte.

5.3.2.1. Betrachtung der Variablen Alter und Geschlecht

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung der Patientengruppe ergab sich in den Funktionsskalen kein wesentlicher Unterschied zwischen Jungen und Mädchen. Bei

den Symptomskalen zeigte sich neben der oben genannten *Emotionalen Symptomatik* bei beiden Geschlechtern eine weitere Skala, in der die Verbesserung klinisch bedeutsam war. Die Mädchen verbesserten sich deutlich in der *Emotionalen Symptomatik – Angst/Sorge*, es zeigte sich eine Abnahme des Wertes von 77,2 auf 66,1. Die Jungen verbesserten sich in der *Sozialen Symptomatik* von 54,9 auf 42,3. Die Ergebnisse entsprechen dem Wissen aus anderen Studien, um das gehäufte Vorliegen von internalisierenden Störungen mit Beeinträchtigung der Emotionen bei den Mädchen und den externalen Störungen bei den Jungen (Hölling et al., 2007). Die Behandlung in einer Klinik ist zudem mit Eingliederung in eine Patientengemeinschaft verbunden. Auf die Bedeutung von sozialen Kontakten zu Gleichaltrigen wurde bereits hingewiesen und ist ein weiterer Ansatz um die deutliche Verbesserung der *Sozialen Symptomatik* zu erklären. Die Einschätzungen der Globalfragen hinsichtlich einer besseren körperlichen und seelischen Verfassung bei den Jungen im Vergleich zu gleichaltrigen Mädchen entsprechen ebenfalls nationalen Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey für psychisch auffällige Kinder (Ravens-Sieberer et al., 2007). Beide Geschlechter zeigten dennoch eine gleichwertige Verbesserung in den drei Globalfragen.

Eine altersspezifische Betrachtung erfolgte nach den Altersklassen 11- bis 13 Jahre, 14- bis 16 Jahre und älter als 16 Jahre. Die jüngsten Patienten zeigten insbesondere in den Funktionsbereichen *Soziale Funktion* und *Körperliche Funktion* sowie in den Symptomskalen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* und *Einsamkeit* geringere Einschränkungen als die Älteren. Die jüngsten Patienten zeigten insgesamt die geringste Symptomausprägung und konnten dennoch in vier der fünf Skalen eine deutliche zusätzliche Verbesserung erzielen. Die *Emotionale Funktion* wurde zum Aufnahmezeitpunkt mit zunehmendem Alter schlechter bewertet, jedoch verbesserte sich die Lebensqualität in diesem Bereich aller Kinder und Jugendlichen unabhängig vom Alter durch den Aufenthalt. Der Entlassungswert in der Altersklasse über 16 Jahre lag jedoch noch unter dem Aufnahmewert der 11- bis 13-Jährigen. Dies deckt sich mit den Studien von Ravens-Sieberer (2007), die in einer deutschlandweiten Studie eine schlechtere Bewertung der Gesamtzufriedenheit und der Emotionen mit zunehmendem Alter beobachtet haben. In einer internationalen Analyse von Michel et al. (2009) mit Erfassung von 21.590 Kindern und Jugendlichen aus 12 unterschiedlichen Ländern zeigte sich für alle Bereiche der Lebensqualität eine Abnahme der Werte mit zunehmendem Alter. Der Alterseffekt in den Skalen ließ sich jedoch nur indirekt bei den Globalfragen wiederfinden. Zur Aufnahme variierten die Werte der *Körperlichen Verfassung*, *Seelischen Verfassung* und *Allgemeinen Lebensqualität* zwischen den Altersgruppen um höchstens sieben Punkte und sind damit wenig klinisch bedeutsam. Durch den stationären Aufenthalt verbesserten sich alle Altersgruppen in den

Globalfragen um mindestens 15 Punkte. Die Verbesserung in den Bereichen *Körperliche Verfassung* und *Allgemeine Lebensqualität* war bei den jüngeren Kindern deutlich größer als bei den Älteren. Die Verbesserung der *Seelischen Verfassung* bei Jüngeren unterschied sich sogar mit 20 Punkten Differenz zu den älteren Kindern.

5.3.2.2. Betrachtung der Patienten nach Beurteilung durch das Multiaxiale Klassifikationsschema

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich neben der Symptomzuordnung entsprechend der ICD-10-Klassifikation das Multiaxiale Klassifikationsschema etabliert, in dem auf sechs Achsen nicht nur Symptome sondern auch die Entwicklung beeinflussende Erkrankungen und Lebensumstände abgebildet werden. Die an unserem Patientenkollektiv erhobenen Daten wurden entsprechend der sechs Achsen (Vgl. Abbildung 5) zu beiden Erhebungszeiträumen verglichen.

Psychiatrische Diagnosen (Achse 1)

Für die Achse 1 erfolgte die Auswertung der drei häufigsten Aufnahmediagnosen: *Hyperkinetische Störungen*, *Störungen des Sozialverhaltens und Emotionen* sowie *Depressive Episode*.

Hyperkinetische Störung

In seiner Übersichtsarbeit konnte Danckaerts (2010) aufzeigen, dass es eine große Differenz in der Einschätzung der Lebensqualität bei Kindern mit einer hyperkinetischen Störung und deren Eltern gibt. Dabei weisen die Kinder in der Selbstbefragung nur wenige Einschränkungen auf und entsprechen mit ihren Werten für die gesundheitsbezogene Lebensqualität gesunden Kindern. Für dieses Phänomen werden verschiedene Ursachen diskutiert. Neben dem bewussten Überschätzen der eigenen Fähigkeiten als Schutzmechanismus (Ohan et al. 2002) sind eine gewisse Adaptation mit veränderter Wahrnehmung oder fehlerhaftes Beantworten der Fragebögen durch Konzentrationsmangel Erklärungsansätze. Auch die Ergebnisse unserer Patienten mit einer hyperkinetischen Störung entsprechen in etwa den Ergebnissen des Gesamtkollektives. In sechs der sieben Funktionsskalen gaben die Patienten mit einer hyperkinetischen Störung Werte an, die über dem Patientendurchschnitt lagen. Die in der ICD-10-Beschreibung angegeben häufigen Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich und des Selbstwertgefühls bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen konnten in unserem Kollektiv nicht nachgewiesen werden. Die Skalen *Kognitive Funktion – Schule* und *Konzentration* sowie *Emotionale Funktion – Selbstwert* zeigten keine großen Abweichungen vom Mittelwert aller Patienten. In der Skala *Kognitive Funktion – Schule* entsprach der Aufnahmewert der Patienten, die an einer hyperkinetischen Störung litten, dem Wert der gesunden Referenzgruppe. Die

Datenlage für Patienten mit externalen Störungen wurde in der Einleitung ausführlich erörtert. Die beschriebenen Einschränkungen in den Bereichen *Familie* und *Soziale Kontakte* (Sawyer et al., 2002; Patrick et al., 2002) ließen sich in unserem Kollektiv nicht direkt abbilden. Die Skalen *Soziale Funktion – Familie* und *Freizeit* nahmen zwar geringe Werte an als in der gesunden Referenzgruppe, sind aber nicht deutlich niedriger als im restlichen Patientenkollektiv. Eine größere Beeinträchtigung zeigten die Kinder mit hyperkinetischen Störungen hinsichtlich ihrer *Sozialen Symptomatik*. Ob die guten Werte der *Sozialen Funktionen* Hinweis auf eine gute Integration der betroffenen Kinder sind oder dafür sprechen, dass Kinder mit hyperkinetischer Störung Schwierigkeiten im Alltag nicht als solche erleben, ließ sich nicht differenzieren. Im Bereich *Schule* wiesen die Patienten mit einer hyperkinetischen Störung zur Aufnahme keine wesentlichen Einschränkungen gegenüber dem Gesamtkollektiv der Patienten auf. Sie bewerteten den schulischen Bereich bei Entlassung deutlich besser als bei Aufnahme, was sich möglicherweise durch die besondere Beschulungssituation während des stationären Aufenthaltes in der Klinik erklären lässt. Durch Bildung kleinerer Gruppen und geringere Stundenzahl wird der Unterricht den Bedürfnissen der Kinder mit hyperkinetischen Störungen gerechter. Die Kinder mit hyperkinetischer Störung lagen zum Aufnahmezeitpunkt mit ihren Werten zur *Seelischen* und *Körperlichen Verfassung* rund zehn Punkte über den durchschnittlichen Aufnahmewerten, was für eine geringe Beeinträchtigung der Lebensqualität im Vergleich zum Gesamtkollektiv spricht. Durch den Aufenthalt zeigte sich bei den Globalfragen eine klinisch bedeutsame Lebensqualitätsverbesserung, diese fiel im Vergleich zum Gesamtkollektiv jedoch geringer aus.

Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Patienten, die von einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen betroffen sind, leiden entsprechend der ICD-10-Beschreibung unter aggressivem, dissozialem oder aufsässigem Verhalten und zeigen Symptome wie Angst, Depression und andere emotionale Störungen.

Im Vergleich zum gesamten Patientenkollektiv zeigte diese Diagnosegruppe bei Aufnahme keine wesentlichen Unterschiede. Die Werte schwankten je nach Skala um maximal plus neun Punkte in der *Emotionalen Funktion – Freude /Motivation* und bis minus vier Punkte in der *Emotionalen Symptomatik – Angst/Sorge*. In keiner der Funktions- oder Symptomskalen konnte durch den stationären Aufenthalt eine wesentliche Verbesserung erzielt werden. Insbesondere die Werte im Bereich *Emotionale Funktion – Freude/Motivation*, die sich bei allen anderen betrachteten Patientensubgruppen verbesserten, blieben zur Entlassung unverändert. Auch die Beantwortung der Globalfragen sowie die Verbesserungen der *Körperlichen* und *Seelischen Verfassung* unterschieden sich wenig von den Antworten des

Gesamtkollektives. Hinsichtlich ihrer *Allgemeinen Lebensqualität* zeigten Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit nur plus 13,7 Punkten im Vergleich zu 22,7 Punkte aller Patienten eine deutliche, wenn auch weniger ausgeprägte Verbesserung.

Depressive Episode

Als dritthäufigster Aufnahmegrund wurde eine depressive Episode diagnostiziert, der Schweregrad wurde nicht differenziert.

Die laut ICD-10 beschriebenen Einschränkungen „gedrückte Stimmung“, „geminderte Fähigkeit zur Freude“ und „somatische Begleiterscheinungen“ bestätigten sich in unserer Datenerhebung. Insbesondere hinsichtlich ihrer *Körperlichen Funktion*, *Körperlichen Symptomatik* und *Emotionalen Funktion – Freude Motivation* zeigten diese Patienten massive Beeinträchtigungen mit bis zu 27 Punkten geringer ausfallenden Aufnahmewerten im Vergleich zur Gesamtgruppe. Zudem zeigten sie Defizite im sozialen Bereich. Eine gemäß ICD-10 zugehörige Konzentrationsminderung konnten wir mit guten Aufnahmewerten der *Kognitiven Funktionen* nicht nachweisen. Die Patienten mit Diagnose einer depressiven Episode verbesserten ihre Lebensqualität in neun der 12 Skalen durch den Aufenthalt. Die erwartungsgemäß größte Verbesserung lag in den körperlichen und emotionalen Skalen, wobei mit einer maximalen Verbesserung von 30 Punkten besonders der Bereich *Emotionale Funktion – Freude/Motivation* hervorzuheben ist. Die in den Funktions- und Symptomskalen empfundene somatische Beeinträchtigung spiegelte sich in der globalen Frage zur *Körperlichen Verfassung* nicht wider, hier entspricht der Aufnahmewert dem Wert der gesamten Patientengruppe. Besonders geringe Lebensqualitätseinschätzungen gaben Patienten mit depressiven Störungen bezüglich ihrer *Seelischen Verfassung* und der *Allgemeinen Lebensqualität* an, welche sich durch den Aufenthalt mit einer Wertedifferenz von 44 Punkten sehr deutlich verbesserten. Somit entsprach die Beantwortung der Globalfragen bei Entlassung den durchschnittlichen Entlassungswerten. Die Ergebnisse der Diagnosegruppe *Depressive Episode* bestätigten, dass Kinder mit internalen Störungen einen schlechteren emotionalen Gesundheitszustand aufweisen (Bastiaansen, 2004b; Sawyer, 2002) als gesunde Gleichaltrige sowie Kinder und Jugendliche mit anderen psychischen Störungen. Hinsichtlich ihrer sozialen Funktion berichteten Kinder mit depressiven Störungen vor allem im Bereich *Freizeit* über Defizite, dies stimmt mit den Ergebnissen von Bastiaansen et al., 2004b überein. Diese funktionellen Einschränkungen spiegeln sich jedoch nicht in der erlebten *Sozialen Symptomatik* wider.

Entwicklungsstörungen und Intelligenzniveau (Achse 2 und 3)

Entwicklungsstörungen lassen sich nach Beeinträchtigungen in sprachliche, motorische und schulische Fertigkeiten unterteilen. Bei zehn von 62 Patienten wurde bei Aufnahme eine entsprechende Diagnose verschlüsselt. Im Vergleich zu Kindern ohne bekannte Entwicklungsstörung hatten diese Patienten insbesondere in den emotionalen Bereichen bessere Werte zum Aufnahmezeitpunkt. Durch den Fragebogen erfasste Einschränkungen ergaben sich für die Skalen *Kognitive Funktion – Schule* und *Soziale Symptomatik*. Im Gegensatz zum Restkollektiv verbesserten sich die Patienten mit bekannter Entwicklungsstörung in 5 der 12 Funktions- und Symptomskalen. Hervorzuheben ist dabei die Kategorie *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld*, in der, trotz eines geringen Aufnahmewertes, eine weitere Verbesserung von 20 Punkten durch den stationären Aufenthalt erreicht werden konnte. Die guten Bewertungen innerhalb der Skalen spiegelten sich auch in der Beantwortung der Globalfragen wider. Die Aufnahmewerte lagen mindestens 20 Punkte über den Werten des Restkollektives, wobei die selbstempfundene Verbesserung mit maximal 11,6 Punkten eher gering ausfiel. Die 52 Patienten ohne diagnostizierte Entwicklungsstörung profitierten deutlicher vom stationären Aufenthalt, lagen mit ihren Entlassungswerten dennoch niedriger als die zehn auffälligen Patienten.

Bezüglich des *Intelligenzniveaus* beantworteten Patienten mit einer Lernbehinderung die Fragen zu den Funktions- und Symptomskalen besser als die durchschnittlich intelligenten Kinder, konnten aber zur Entlassung keine deutlichen Verbesserungen erreichen. Auch bei Betrachtung der Globalfragen schätzten sich die leistungsgeminderten Kinder besser ein und erlebten durch den Aufenthalt eine noch deutlichere Verbesserung ihrer *Seelischen* Verfassung. Die durchschnittliche bessere Bewertung durch die leistungsgeminderten Kinder im Vergleich zu Normalintelligenten ist durch eine weniger differenzierte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Reflektion und damit dem Erkennen von Probleme zu erklären. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine gute schulische Integration der lernbehinderten Patienten. Die Werte zeigen, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen von der besuchten Schulform profitieren konnten, da ihre persönlichen Stärken gefördert und Defizite in den Hintergrund gestellt wurden.

Somatische Erkrankungen (Achse 4)

Für die Achse 4 wurde das Augenmerk gezielt auf die Adipositas, entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung im Kindesalter, sowie auf das Selbstverletzende Verhalten als Hinweis auf eine schwere seelische Beeinträchtigung gelegt.

Eine französische Arbeitsgruppe konnte in einer Literaturübersicht aufzeigen, dass in 31 von 34 Arbeiten Kinder mit Adipositas in verschiedenen Bereichen Einschränkungen der Lebensqualität aufweisen (Buttitta et al. 2013). Hervorzuheben sind dabei Beeinträchtigungen im körperlichen, sozialen und schulischen Bereich (Pinhas-Hamiel et al. 2006). Für die Patienten, bei denen gemäß BMI eine Adipositas vorlag, ergaben sich zum Aufnahmezeitpunkt bezüglich der Funktions- und Symptomskalen keine wesentlichen Unterschiede zur Gesamtgruppe. Übermäßige körperliche Einschränkungen oder ein reduziertes Selbstwertgefühl wurden nicht erfasst. Bei ähnlicher Lebensqualität bewerteten die Kinder ihre *Seelische* und auch *Körperliche Verfassung* bei Aufnahme deutlich schlechter und erlebten durch den Aufenthalt insbesondere eine Stärkung der *Körperlichen Verfassung*.

Selbstverletzendes Verhalten wird als Form der Affektregulation verstanden und ist unter anderem Symptom unterschiedlicher psychischer Störungen. Jedoch wird es nicht mehr nur als Auswirkung eines traumatischen Ereignisses gesehen, sondern bei Jugendlichen neben vermehrtem Alkohol- und Nikotinkonsum vielmehr auch als Form der Stressbewältigung bewertet. Nach einer repräsentativen Umfrage an mehr als 5000 Heidelberger Jugendlichen liegt die Prävalenz für mehrmaliges selbstverletzendes Verhalten in der Normalbevölkerung bei etwa 4%. Die Jugendlichen zeigten Probleme im familiären und sozialen Umfeld, das Selbstwertgefühl war reduziert und es bestand eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Die Einschätzung im Bereich Schule zeigte keinen statistischen Zusammenhang mit selbstverletzenden Handlungsweisen (Vonderlin et al., 2011).

Patienten aus unserem Kollektiv, denen Diagnosen der ICD-10-Gruppen X60-X84 zugeordnet werden konnten, zeigten bei Aufnahme in allen Funktions- und Symptomskalen deutlich schlechtere Ergebnisse als das gesamte Patientenkollektiv. Differenzen von 6,1 und 8,9 Punkten im Vergleich mit den Aufnahmewerten der gesamten Patientengruppe in der *Sozialen Funktion-Freizeit* und *Sozialen Symptomatik* standen Differenzen von 30 Punkten in den Skalen *Emotionale Symptomatik – Unglück/Schuld* und *Einsamkeit* gegenüber. Nur in den beiden letztgenannten Bereichen konnten die Patienten durch den Aufenthalt eine Verbesserung erreichen. Mit Ausnahme der *Körperlichen Funktion* waren bei Entlassung alle Werte der Funktions- und Symptomskalen schlechter als die Aufnahmewerte des gesamten Kollektives. Insbesondere in der *Emotionale Symptomatik – Einsamkeit* lag der Entlassungswert 20 Punkte über dem Aufnahmewert aller Patienten. Die Globalfragen spiegeln diese erhebliche Beeinträchtigung wider. Profitieren konnten diese Patienten vom Aufenthalt bezüglich *Seelischer Verfassung* und *Allgemeiner Lebensqualität*, jedoch lagen die Entlassungswerte deutlich unter denen des gesamten Kollektivs. Die *Körperliche*

Verfassung verbesserte sich durch den Aufenthalt nicht. Vergleicht man die Werte mit denen des Gesamtkollektives, ließe sich vermuten, dass die Entlassung dieser Patienten möglicherweise verfrüht war und ein weiterer Behandlungsbedarf bestand. Aufgrund der großen Beeinträchtigungen ist davon auszugehen, dass die Funktionseinschränkungen und Symptome bereits über einen längeren Zeitraum bestanden. Es muss kritisch hinterfragt werden, warum die Patienten nicht frühzeitiger einer Behandlung zugeführt wurden.

Abnorme psychosoziale Umstände (Achse 5)

In der Einleitung wurde bereits ausführlich erörtert, dass Risikofaktoren wie Erkrankungen der Eltern oder schwierige Familiensituation als Einfluss auf die Gesundheit und die Entwicklung von psychischen Störungen nehmen können. Die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2007) konnte aufzeigen, dass die Kombination mehrerer Risikofaktoren mit einem steigenden Risiko für psychische Auffälligkeiten einhergeht. Die auf Achse 5 des Multiaxialen Klassifikationsschema erfassten „abnormen psychosozialen Umstände“ entsprechen den diskutierten Risikofaktoren. Die Einteilung entnehmen Sie bitte Abbildung 18 im Anhang. Als häufigster Risikofaktor wurde in unserem Kollektiv die „abweichende Elternsituation“ verschlüsselt.

Kinder mit maximal zwei „abnormen Umständen“ unterschieden sich bei Aufnahme in den Funktions- und Symptomskalen sowie Globalfragen nicht wesentlich von den Patienten, die mehr als zwei Risikofaktoren aufwiesen. Jedoch erzielten nur Kinder, die weniger oder maximal zwei Risikofaktoren hatten, zur Entlassung klinisch bedeutsame und auch statistisch signifikante Verbesserungen auf den Skalen. Ebenso fiel die Verbesserung innerhalb der Globalfragen deutlicher aus als bei den Kindern, bei denen mehr als zwei Risikofaktoren bekannt waren.

Psychosoziales Funktionsniveau (Achse 6)

Nach Betrachtung des psychosozialen Funktionsniveaus bei Aufnahme zeigte sich, dass die Einschätzungen der Therapeuten mit der Selbsteinschätzung der Patienten übereinstimmten. Patienten denen eine leichte Beeinträchtigung zugewiesen wurde, zeigten die besten Funktionswerte und die geringste Symptomausprägung. Die größte Beeinträchtigung sowohl in den Funktions- als auch den Symptomskalen wiesen jedoch nicht die Patienten mit einer durchgängigen, sondern Patienten mit einer ernsthaften Beeinträchtigung auf. Lediglich im kognitiven Bereich wurde eine Verringerung der Beeinträchtigung deutlich. In den Globalfragen gaben die Patienten mit einer durchgängigen Beeinträchtigung sogar bessere Werte an als die weniger beeinträchtigten Gruppen. Das Ausmaß der bei Aufnahme eingeschätzten Beeinträchtigung wirkte sich auf den Therapieerfolg dahingehend aus, dass mit

zunehmender Beeinträchtigung über eine geringere Verbesserung der Lebensqualität berichtet wurde. Patienten mit nur leichter subjektiver Beeinträchtigung zeigten eine Verbesserung der Lebensqualität um 40,9 Punkte, während Patienten mit einer durchgängigen Symptomatik nur eine Lebensqualitätssteigerung von 15,9 Punkten angaben. Insgesamt profitierten die Patienten mit leichten Beeinträchtigungen am meisten vom stationären Aufenthalt und den Therapien.

5.3.2.3. Zusatzfragen

Hinsichtlich der Zusatzfragen wurden die Patienten in zwei Gruppen geteilt. Unterschieden wurden zwischen einer zustimmenden Beantwortung der Zusatzfragen mit „Etwas/Sehr“ oder ablehnenden Beantwortung durch „Kaum/Nie“.

Es wurde deutlich, dass ein positives Empfinden des Aufenthaltes und der Therapien mit einer deutlicheren Verbesserung der Lebensqualität zur Entlassung einhergehen. Dies galt insbesondere, wenn die Fragen *Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?* und *Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser geht?* zustimmend mit „Etwas“ oder „Sehr“ beantwortet wurden. Beide Gruppen erreichten durch den Aufenthalt eine klinisch relevante Lebensqualitätsverbesserung. Die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt waren in der ablehnenden Gruppe moderat und in der zustimmenden Gruppe deutlich. Patienten, die zur Entlassung selbst einschätzten, „dass der Aufenthalt wichtig war damit es ihnen wieder besser geht“ und denen der Aufenthalt geholfen hat „in Zukunft besser mit ihren Problemen und Sorgen umgehen zu können“, erreichten zudem auch in den Symptomskalen deutlichere Verbesserungen. Keinen Einfluss auf die Veränderungen jedoch zeigte sich bei den Fragen *Entsprach die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?* und *Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?*. Es ist zu vermuten, dass Kinder und Jugendliche keine konkreten Vorstellungen von einem Aufenthalt und dem Ablauf in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie haben und daher auch keine eigenen Vorstellungen, Wünsche oder Erwartungen ableiten können. Ob man mit einem „Therapeuten auskommt“ hat im Einzelfall großen Einfluss auf den Erfolg der Therapie, kann aber bei Betrachtung des gesamten Kollektives nicht als relevantes Einflusskriterium gewertet werden, da Therapeuten unterschiedlichen Alters und Geschlechts präsent sind, ein „Einheitstherapeut“ aber nicht existiert. Zusammenfassend konnten Patienten, die sich auf Station wohlfühlten und die die Behandlung als hilfreich erlebt haben, mehr vom stationären Aufenthalt profitieren.

5.3.2.4. Hypothesen (1)

Es bestätigte sich die Annahme, dass sich die subjektiv erlebte Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch den stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung verbessert und sich somit zur Entlassung der Lebensqualität der Referenzgruppe in vielen Bereichen annähert.

- 1.) *Die subjektive Lebensqualität wird durch eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung positiv beeinflusst, eine Annäherung an Werte gesunder Kinder erzielt.*

Wir konnten nachweisen, dass in allen Dimensionen der Lebensqualität eine Verbesserung durch den stationären Aufenthalt erreicht wurde. Abhängig von Patientencharakteristika, Diagnose und Schwere der Beeinträchtigung wurden zur Entlassung Werte erreicht, die denen der gesunden Referenzgruppe entsprechen. Jedoch gab es auch Patientengruppen, die bereits bei Aufnahme beträchtliche Einschränkungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität aufwiesen und auch nach der stationären Behandlung zur Entlassung noch Einschränkungen angaben, die unter den Werten des Patientendurchschnitts bei Aufnahme lagen.

- a) *Es finden sich in Bezug zur Aufnahmediagnose Unterschiede in der Lebensqualität und dem Behandlungserfolg.*

Bei Betrachtung der drei Hauptdiagnosegruppen *Hyperkinetische Störung*, *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens* und *der Emotionen* sowie *Depressive Episode* wurde ersichtlich, dass sich die Diagnosekriterien nach ICD-10 für beide erstgenannten Diagnosen in der Beantwortung der Fragen für die Funktions- und Symptomskalen wiederfinden. Patienten mit einer depressiven Episode hoben sich von den durchschnittlichen Patientenwerten durch stärkere Beeinträchtigungen in allen Bereich ab.

Die Beantwortung der Globalfragen fiel zwischen den Diagnosegruppen unterschiedlich aus. Patienten mit hyperkinetischer Symptomatik schätzten ihren Zustand wesentlich besser ein als depressive Patienten. Es profitierte die Diagnosegruppe *Depressive Episode* am meisten von der Behandlung, die sich auch subjektiv am meisten beeinträchtigt fühlte, sodass sich zur Entlassung die Werte der unterschiedlichen Diagnosegruppen angleichen.

- b) *Die Schwere der Symptome und mögliche Risikofaktoren haben Einfluss auf den Behandlungserfolg.*

Es konnte deutlich gezeigt werden, dass Kinder mit einer geringen Symptomatik und wenig Risikofaktoren mehr von einer Behandlung profitierten.

Insbesondere die Wertigkeit der Risikofaktoren weist daraufhin hin, dass Kinder sichere Ressourcen, wie beispielsweise eine stabile Familiensituation brauchen, um sich auf eine Behandlung einzulassen.

- c) *Ein positives Erleben der stationären Behandlung und die eigene Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit wirken sich positiv auf den Behandlungserfolg aus.*

Unabhängig davon, wie der Aufenthalt und die stationäre Behandlung erlebt wurden, ergab sich zur Entlassung eine Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität. Es konnte jedoch deutlich aufgezeigt werden, dass die Differenzen zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten größer ausfallen, wenn die Patienten sich wohlgeföhlt haben. Es konnte belegt werden, dass es einer Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit bedarf, um den Behandlungserfolg zu optimieren.

Insgesamt wurde durch die offene Selbsteinschätzung in den Globalfragen ersichtlich, dass alle betrachteten Patienten, wenn auch in unterschiedlichem Umfang, vom stationären Aufenthalt profitiert haben. Die dort erfassten Verbesserungen korrelieren nicht immer mit den Ergebnissen der Funktions- und Symptomskalen. Auch wenn bei konkreten Fragen nach Symptomen und Funktionen Defizite und Einschränkungen angegeben werden können, wirken sich diese nur bedingt auf die *Allgemeine Lebensqualität* aus. Während viele Erwachsene die Frage nach ihrer Lebensqualität zumeist in Abwägung mit ihrem Gesundheitszustand, persönlichen und sozialen Umständen bewerten, ist aufgrund der abweichenden Ergebnisse zwischen den Skalen und den Globalfragen bei unseren Patienten eine spontanere und weniger auf Probleme fokussierte Beantwortung zu diskutieren. Kritisch muss für unser Patientenkollektiv angemerkt werden, dass der überwiegende Teil der Patienten aus „sozial schwachen“ Lebensumständen kommt. Inwieweit bereits das Herauslösen aus teils schwierigen familiären und häuslichen Bedingungen, die Aufnahme in eine Gruppe mit festen Abläufen und Regeln einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hatte, muss hinterfragt werden. Kinder mit geringeren Einschränkungen ohne wesentliche Risikofaktoren konnten am stärksten vom stationären Aufenthalt profitieren. Patienten, die bei Aufnahme schwere Beeinträchtigungen, insbesondere in Form von depressiven Phasen und selbstverletzendes Verhalten aufwiesen, konnten

durch die stationäre Behandlung stabilisiert werden, es bestand jedoch weiterhin erheblicher Behandlungsbedarf. Es muss daher auf ein frühzeitiges Erkennen von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen werden, um einer Chronifizierung rechtzeitig entgegenzuwirken. In dem Wissen darum, dass auch bei bereits auffälligen und erkrankten Kindern nur ein sehr kleiner Anteil Hilfe in Anspruch nimmt, sollte diskutiert werden, wie man das Umfeld besser für diese Problematik sensibilisiert und den Zugang zu Hilfsangeboten vereinfacht. Zusammenfassend konnten wir aufzeigen, dass die Erfassung der Lebensqualität ein gutes Kriterium ist, um die subjektive Beeinträchtigung einzuschätzen und den klinischen Verlauf zu bewerten.

5.3.3. Unterschiede der subjektiven Lebensqualität zwischen Patienten- und Referenzgruppe

Hinsichtlich der Gesamtkollektive zeigte sich, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche subjektiv mehr Einschränkungen in ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen als gesunde Gleichaltrige. In allen Skalen konnten bedeutsame Lebensqualitätsunterschiede nachgewiesen werden, was weitestgehend anderen aktuellen Veröffentlichungen (Schönfeld, 2008; Kramer, 2007; KiGGS 2003-2008) entspricht. Bei detaillierter Betrachtung in Abhängigkeit von der Schulform zeigten sich aber auch abweichende, teils unvermutete Resultate.

Die Lebensqualität der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patienten näherte sich durch den stationären Aufenthalt in allen Bereichen sehr unterschiedlich der Lebensqualität gesunder Kinder und Jugendlicher an. Wesentliche Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen konnten zum Entlassungszeitpunkt der Patienten in den emotionalen Bereichen sowie in der Gesamteinschätzung (Allgemeine Lebensqualität) nachgewiesen werden, in allen anderen Bereichen zeigten sich geringfügige Unterschiede.

Insgesamt ließen sich bei den 14- bis 16-jährigen Jungen größere Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen feststellen als bei den 11- bis 13-jährigen Jungen. Die Unterschiede bei den Jungen beruhten sowohl auf einer Verschlechterung der Lebensqualitätsangaben der Patienten als auch auf einer Verbesserung der Lebensqualitätsangaben der Kontrollgruppe mit zunehmendem Alter.

Bei den Mädchen hingegen zeigte sich sowohl in der Patienten- als auch in der Referenzgruppe eine Verschlechterung der Lebensqualität in den meisten Bereichen

mit zunehmendem Alter, wobei es jedoch den gesunden Mädchen deutlich besser ging.

Diese Ergebnisse verdeutlichen umso mehr das bekannte Phänomen, dass Jungen eher als Mädchen bis zur Pubertät gesundheitliche Probleme aufweisen, sich dieses jedoch im Jugendalter umkehrt.

5.3.3.1. Lebensqualitätsunterschiede hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche

Um eine Vergleichbarkeit mit anderen aktuellen Studien zu gewährleisten, wurden Mädchen und Jungen sowie jüngere und ältere Kinder und Jugendliche in einzelnen Lebensbereichen der Lebensqualität sowie hinsichtlich ihrer globalen Einschätzung der körperlichen, seelischen und allgemeinen Lebensqualität betrachtet. Schon Kramer (2007) merkte kritisch an, dass die untersuchten Lebensbereiche verschiedener Arbeiten nicht immer deckungsgleich seien und damit der Vergleich erschwert sei. Der folgende Abschnitt betrachtet die wesentlichen Unterschiede zwischen psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der verschiedenen Lebensbereiche *Schule, Sozialer Kontakt/Freizeit, Familie, Emotionalität, Körperliche Verfassung, Seelische Verfassung* und *Allgemeine Lebensqualität*.

Schule: Sowohl die Patienten- als auch die Referenzgruppe sahen ihre größten Probleme im schulischen Funktionsbereich sowie in der Konzentration. Auch in anderen Studien (Kramer, 2007; Schönfeld, 2008; Bastiaansen et al. 2004) stellte der schulische Bereich eines der Hauptprobleme psychisch erkrankter Kinder dar. Die Unterschiede auf kognitiver Ebene zwischen gesunden und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen stellten sich in unseren Untersuchungen insgesamt geringer als in anderen Lebensbereichen dar. Die Jungen der klinischen Untersuchungsgruppe gaben mehr Schwierigkeiten in der *Schule* und vor allem hinsichtlich der *Konzentration* an als die Mädchen. Auch die Kinder und Jugendlichen aus der Normalbevölkerung bewerteten die Bereiche *Konzentration* und *Schule* wesentlich schlechter als andere Lebensbereiche, aber empfanden ihre Lebensqualität in diesen Bereichen noch deutlich besser als die Patientengruppe. Die Unterschiede waren bei den Jungen in beiden Bereichen deutlich, bei den Mädchen gab es im Bereich *Konzentration* keine sowie im Bereich *Schule* lediglich bei den jüngeren Mädchen deutliche Unterschiede. Zum Entlassungszeitpunkt ließen sich nur noch geringfügige Unterschiede zwischen Patienten- und Referenzgruppe feststellen. Bei den Förderschülern hingegen fiel auf, dass es keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Hinblick auf die schulische Leistungsfähigkeit gab. Eine genauere Betrachtung zeigte, dass die Werte im Bereich *Schule* bei psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, die eine Förderschule besuchten, den Werten der gesunden Kinder und Jugendlichen, die ein Gymnasium,

eine Sekundarschule oder eine Förderschule besuchten, entsprachen. Die Patienten hingegen, die ein Gymnasium oder eine Sekundarschule besuchten, waren bezüglich der schulischen Leistungsfähigkeit deutlich mehr beeinträchtigt als die gesunden Kinder und Jugendlichen unabhängig von der besuchten Schulform. Es ließe sich vermuten, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche an der Förderschule entsprechend ihren Schwächen auf schulischer Ebene unterstützt werden und in ihren Stärken gefördert werden und sie sich somit der Lebensqualität gesunder Kinder und Jugendlicher in diesem Bereich angleichen. Insgesamt konnte die Hypothese bestätigt werden, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen in den Bereichen *Kognitive Funktion – Konzentration* und *Schule* Defizite hinsichtlich ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen, sich die Unterschiede aber geringfügiger als in anderen Bereichen darstellen. Generell zeigte sich jedoch auch, dass der schulische Bereich im Vergleich zu anderen Lebensbereichen nicht nur bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ein Problemfeld darstellt.

Familie: In der Untersuchung von Kramer (2007) konnten zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern und Jugendlichen signifikante Unterschiede im familiären Bereich nachgewiesen werden, dabei seien die schlechteren Werte bei den psychisch erkrankten Kinder möglicherweise durch psychische Erkrankungen der Eltern zu erklären. Einer abweichenden Familiensituation, wie zum Beispiel Unvollständigkeit der Familie oder Gewalterfahrungen im Elternhaus, liegen weitere Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (Vgl. Erhart et al. 2007) und nicht zuletzt für eine Beeinträchtigung der Lebensqualität zugrunde. Unsere Ergebnisse zeigten sowohl bei der Patienten- als auch der Referenzgruppe im Bereich *Familie* eine höhere Funktionalität im Vergleich zu anderen Bereichen. Dies weist darauf hin, welche fundamentale Rolle die Familie für Heranwachsende spielt und dass bei den Untersuchten vermutlich ein gutes familiäres Gefüge besteht. Die vorangestellte Hypothese, dass die Beziehung zur Familie von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung schlechter bewertet wird, konnten unsere Ergebnisse bestätigen, wenn auch mit geringfügigeren Unterschieden hinsichtlich der Gesamtstichproben als in anderen Bereichen. Diese Unterschiede konnten bei den älteren Jungen und mit geringerer Ausprägung bei den jüngeren Mädchen nachgewiesen werden. Auch getrennt betrachtet nach Schultypen ließen sich bei Gymnasiasten und Sekundarschülern die genannten relevanten Unterschiede zwischen Patienten- und Referenzgruppe darstellen. Hervorzuheben sind die tendenziell schlechteren Lebensqualitätsangaben im familiären Bereich durch die gesunden Förderschüler im Vergleich zu den Förderschülern der Patientengruppe. Es sollte in Erwägung gezogen werden, dass bei diesen Kindern nicht nur ein erhöhter Förderbedarf auf sozialer oder schulischer Ebene besteht, sondern gegebenenfalls

Risikofaktoren auf familiärer Ebene vorliegen, die psychische Erkrankungen begünstigen oder es behandlungsbedürftige, psychische Probleme gibt. Petermann (2005) schlussfolgerte in seiner Übersichtsarbeit zu internationalen empirischen Befunden, dass nur einem geringen Teil der Kinder und Jugendlichen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf auch professionelle Hilfe zuteil wird.

Sozialer Kontakt/Freizeit: Die Hypothese, dass der soziale Bereich von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen schlechter bewertet wird, konnte anhand der Ergebnisse bestätigt werden. Der Bereich *Soziale Kontakte/Freizeit* spielte in beiden Gruppen verglichen mit anderen Bereichen eine bedeutende Rolle und wurde neben dem Bereich *Familie* mit guter Funktionalität beschrieben. In der Gruppe der 11- bis 13-jährigen Jungen gab es keine Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe. Mit Zunahme des Alters zeigten sich bei den Jungen jedoch bedeutsame Unterschiede, durch eine deutliche Verschlechterung der Patienten hinsichtlich ihrer Aktivitäten in der Freizeit und ihrem Zusammensein mit Gleichaltrigen. Unsere Untersuchungen zeigten bedeutende Unterschiede hinsichtlich der Funktionalität zwischen gesunden und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bei den jüngeren, nicht aber bei den älteren Mädchen. Auch andere Studien berichten über deutliche Einschränkungen der Lebensqualität psychisch erkrankter Kinder in diesem Bereich (Bastiaansen et al., 2004; Ravens-Sieberer et al. (2003); Schönfeld (2008). Die gesunden Kinder und Jugendlichen, die ein Gymnasium oder eine Sekundarschule besuchten, pflegten deutlich mehr soziale Kontakte zu anderen Kindern als die psychisch erkrankten Kinder. Ein überraschenderweise anderes Bild zeigte sich bei den Förderschülern, hier erreichten die Kinder und Jugendlichen mit psychischen Defiziten bezüglich sozialer Kontakte deutlich bessere Werte als die gesunde Vergleichsgruppe. Da die gesunden Förderschüler im Vergleich zu gesunden Gymnasiasten und Sekundarschülern in diesem Bereich eine geringere Funktionalität aufwiesen, könnte auch hier vermutet werden, dass bei Förderschülern der Referenzgruppe eine psychische Erkrankung vorliegt oder psychiatrischer Behandlungsbedarf besteht, was durch den Fragebogen nicht erhoben wurde. Verhaltensauffälligkeiten im Sinne von „aggressivem Verhalten“ oder „Streit mit anderen“ zeigten sich bei allen untersuchten Jungen deutlich mehr als bei den Mädchen, bei denen emotionale Probleme vorrangig waren. Bedeutsame Unterschiede zwischen gesunden und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen konnten bei Mädchen und Jungen beider Altersklassen und in Abhängigkeit der Schulform nachgewiesen werden. Aggressives Verhalten gilt auch in Fachkreisen als wichtiges soziales Problemfeld, welches beim männlichen Geschlecht deutlich häufiger betroffen vorliegt. Diese Geschlechtsunterschiede seien sehr gut belegt, jedoch die Ursachen noch nicht ausreichend begründet (Vgl. Remschmidt, 2008).

Emotionalität: Die Hypothese, dass der Bereich Emotionalität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen deutlich schlechter eingeschätzt wird, als von einer gesunden Kontrollgruppe, konnte bestätigt werden. Das Ergebnis entspricht auch den Feststellungen anderer Untersuchungen (Kramer, 2007; Schönfeld, 2008). Bei den Mädchen war ein deutlicher Unterschied zwischen Patienten und Kontrollgruppe über beide Altersklassen zu finden, wobei die jüngeren Mädchen größere Unterschiede aufwiesen. Die 11- bis 13-jährigen Jungen der Kontrollgruppe unterschieden sich nicht von den Gleichaltrigen der Patientengruppe. Bei den älteren Jungen erklären sich die relevanten Unterschiede durch die wesentlich bessere Lebensqualitätseinschätzung der Jungen der Referenzgruppe in diesem Bereich. Generell konnten wir feststellen, dass Mädchen über deutlich mehr emotionale Probleme als Jungen berichteten, ältere gaben wesentlich mehr Probleme an als jüngere Kinder. Bei allen Kindern und Jugendlichen spielten *Ängste/Sorgen* eine größere Rolle als *Einsamkeit/Ablehnung*. Dass das Selbstwertgefühl einen besonders wichtigen Einflussfaktor auf das Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen darstellt, zeigte sich an den bedeutenden Unterschieden zwischen Patienten- und Referenzgruppe hinsichtlich ihrer Angaben zur Einschätzung des Bereiches *Selbstwert*. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren bei den Mädchen beider Altersklassen und den älteren Jungen deutlich, bei den jüngeren Jungen nicht bedeutsam. Beobachtet werden konnte eine wesentliche Verringerung des Selbstwertgefühls bei den Patienten, deutlicher bei den Mädchen mit zunehmendem Alter. Auch die Mädchen der Referenzgruppe bewerteten ihr Selbstwertgefühl mit zunehmendem Alter deutlich schlechter. Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Institutes von 2003 bis 2008 konnten Hölling et al. (2007) systematische Unterschiede hinsichtlich emotionaler Probleme zwischen den Geschlechtern feststellen. Mädchen waren deutlich häufiger von emotionalen Problemen betroffen als Jungen, wobei der starke Unterschied auf die ausgeprägten Differenzen bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen zurückzuführen ist. Insgesamt konnten auf emotionaler Ebene verglichen mit anderen Lebensbereichen wesentlich größere Unterschiede zwischen gesunden und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden. Auch die Tatsache, dass Kinder mit psychischen Erkrankungen auch nach ihrer stationären Behandlung den emotionalen Bereich noch deutlich schlechter einschätzten als die Referenzgruppe zeigt, dass das emotionale Wohlbefinden einen wesentlichen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität hat und emotionale Störungen die subjektive Lebensqualität deutlich verschlechtern.

Körperliche Verfassung: Unsere Ergebnisse lieferten signifikante und bedeutsame Unterschiede zwischen psychisch kranken und gesunden Kindern hinsichtlich der *Körperlichen Verfassung*, die im Vergleich zur *Seelischen Verfassung* und *Allgemeinen Lebensqualität* aber geringer ausfielen. Lediglich zwischen den 11- bis 13-jährigen

Jungen beider Gruppen gab es keine Unterschiede. Je älter die Kinder waren, umso schlechter wurde die *Körperliche Verfassung* bewertet. Nicht zutreffend war dies bei den Jungen der Kontrollgruppe, hier machten die Älteren deutlich bessere Angaben zum körperlichen Wohlbefinden. Mit Untersuchungen des Robert-Koch-Institutes, die bei Jungen einen geringen Rückgang, bei den Mädchen jedoch einen deutlicheren Rückgang sportlicher Aktivitäten mit dem Alter feststellten (Lampert et al., 2007), stimmen unsere Ergebnisse damit nur teilweise überein. Generell zeigen unsere Ergebnisse eine stärkere Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens bei Mädchen und älteren Kindern, was durch eine geringere körperlich-sportliche Betätigung dieser Gruppen begründet sein könnte. Durch die stationäre Behandlung verbesserte sich ebenso die *Körperliche Verfassung* und zeigte bei den erkrankten Kindern und Jugendlichen zur Entlassung nur noch einen geringfügigen Unterschied zu den gesunden Gleichaltrigen.

Seelische Verfassung: In diesem Bereich zeigten sich die größten Unterschiede in der Lebensqualität zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Die Unterschiede waren bei den älteren Jungen deutlich größer als bei den jüngeren Jungen. Bei den Mädchen gab es in beiden Altersklassen deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Insgesamt konnte bei Jungen und Mädchen der Patientengruppe sowie bei den Mädchen der Referenzgruppe eine Verschlechterung der *Seelischen Verfassung* mit Zunahme des Alters festgestellt werden. Für die Referenzgruppe zeigte sich somit eine gegenläufige Entwicklung der psychischen Gesundheit bei Mädchen und Jungen mit dem Eintreten der Pubertät. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychopathologie, dass bis zur Pubertät die meisten psychopathologischen Auffälligkeiten bei Jungen häufiger auftreten als bei Mädchen. Auch Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) stellten fest, dass bei Jungen psychische Probleme eher im Grundschulalter, bei Mädchen vorwiegend in der Pubertät auftreten. Die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit dem Alter und die Verstärkung seelischer Probleme mit der Pubertät wurden ebenso in einer Arbeit von Kramer (2007) belegt. Für unsere Patientengruppe trifft diese gegenläufige Entwicklung der psychischen Gesundheit bei den Geschlechtern nicht zu. Dies scheint bei Kindern mit psychischen Erkrankungen auch eher nicht zu erwarten zu sein. Vielmehr spiegelt die Notwendigkeit einer stationären Behandlung den eingeschränkten seelischen Gesundheitszustand der Betroffenen unabhängig vom Alter wider. Die Hypothese, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche eine schlechtere Lebensqualität als gesunde Kinder und Jugendliche hinsichtlich ihrer seelischen Verfassung erleben, konnte bestätigt werden und deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien (Bastiaansen et al., 2004; Sawyer et al., 2001 und 2002, Kramer, 2007; Schönfeld, 2008).

Allgemeine Lebensqualität (=Gesamteinschätzung): Auch in der Gesamteinschätzung bestätigte sich, dass die *Allgemeine Lebensqualität* von gesunden Kindern und Jugendlichen deutlich besser eingeschätzt wurde, als von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Auffällig war, dass sich zwischen den 11- bis 13-jährigen Jungen keine bedeutsamen Unterschiede zeigten. Bei den älteren Jungen hingegen waren die Unterschiede klinisch relevant, wobei sich die Jungen der klinischen Untersuchungsgruppe in der Gesamteinschätzung mit dem Alter verschlechterten, die Jungen der Kontrollgruppe mit dem Alter verbesserten. Die Mädchen zeigten generell mit dem Alter eine Verschlechterung der Lebensqualität. Sowohl bei den jüngeren als auch bei den älteren Mädchen bestanden bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen. Die deutlich bessere Gesamteinschätzung der Lebensqualität in der Normalbevölkerung im Vergleich zu psychisch kranken Kindern und Jugendlichen konnten auch Kramer (2007) und Schönfeld (2008) in ihren Untersuchungen belegen. Durch den stationären Aufenthalt zeigte sich die vermutete Annäherung der Lebensqualitätsangaben der Patienten an die der Kontrollgruppe. Die Unterschiede waren auch zum Entlassungszeitpunkt der Patienten noch klinisch relevant. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die subjektive Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendliche in erheblichem Maße unter jener von gesunden Kindern und Jugendlichen liegt. In Abhängigkeit von der Schulform zeigten sich hinsichtlich der *Allgemeinen Lebensqualität* zwischen gesunden und psychisch kranken Kindern, die ein Gymnasium oder eine Sekundarschule besuchen deutlich mehr Unterschiede als bei den Förderschülern. Wohingegen sich die Gesamteinschätzung bei Förder-, Sekundar- und Gymnasialschülern der Referenzgruppe nicht unterschied, bewerteten in der Patientengruppe die Förderschüler ihre *Allgemeine Lebensqualität* deutlich und signifikant besser als die Sekundarschüler und Gymnasiasten. Vermutlich wirkte sich hier eine fokussierte problemorientierte Unterstützung positiv auf die Lebensqualität der Förderschüler aus.

Überträgt man die Auffassung von Kramer (2007), dass ein Lebensbereich umso wichtiger für die Lebensqualität sei, je größer der Unterschied zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in diesem Bereich ist, auf unsere Ergebnisse, kommt man zu dem Schluss, dass sich Probleme besonders im emotionalen Bereich am stärksten negativ auf die Lebensqualität auswirken. Die größten Differenzen zwischen den Gruppen lagen in den emotionalen Funktions- und Symptomskalen sowie in der globalen Beurteilung der *Seelischen Verfassung*. Selbst nach einer psychiatrischen Behandlung wiesen die Untersuchten noch deutliche Defizite in diesen Bereichen im Vergleich zur Normalbevölkerung auf. Das bedeutet, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen sehr starke Einschränkungen hinsichtlich ihrer Motivation, ihres

Selbstwertes hinnehmen müssen, außerdem spielen Ängste, Schuldgefühle und Einsamkeit bzw. Ablehnung eine große Rolle, was sich in der Gesamtlebensqualität widerspiegelt. Geringere, aber im Vergleich zu gesunden Kindern noch bedeutend stärkere, Einschränkungen in der Lebensqualität erfahren psychisch kranke Kinder durch schulische, körperliche und soziale Defizite.

Zusammenfassend konnte dargestellt werden, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Gesunden Defizite vor allem im emotionalen, aber auch in den physischen und sozialen Bereichen aufweisen und dadurch eine deutliche Einschränkung ihrer Lebensqualität empfinden.

5.3.3.2. Hypothesen (2)

Zusammenfassend konnten die in Kapitel 1.6. aufgestellten Hypothesen, dass sich psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche hinsichtlich ihrer Lebensqualität von gesunden Gleichaltrigen unterscheiden und sich dies in verschiedenen Lebensbereichen nachweisen lässt, in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden.

- 2) Geht man davon aus, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche unter Einschränkungen ihrer Lebensqualität leiden, sind Unterschiede zwischen den Betroffenen und einer gesunden Vergleichsgruppe nachweisbar.*

Es konnte die Annahme bestätigt werden, dass zwischen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen klinisch bedeutsame Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität bestehen. Die psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen wiesen mehr Einschränkungen in der Lebensqualität auf als gesunde Gleichaltrige. Die Lebensqualität der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patienten näherte sich durch den stationären Aufenthalt in allen Bereichen sehr unterschiedlich der Lebensqualität gesunder Kinder und Jugendlicher an. Wesentliche Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen konnten zum Entlassungszeitpunkt der Patienten in den emotionalen Bereichen sowie in der Gesamteinschätzung (Allgemeine Lebensqualität) nachgewiesen werden, in allen anderen Bereichen zeigten sich geringfügige Unterschiede.

- a) Die erfassten Unterschiede spiegeln sich auch in den verschiedenen Lebensbereichen (Dimensionen) der Lebensqualität wider.*

Die erfassten Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität konnten in allen Lebensbereichen nachgewiesen werden. Hierbei zeigten sich bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Gesunden vor allem Defizite im emotionalen, aber auch in den physischen und sozialen Bereichen (Vgl. Kapitel 5.3.3.1.).

6. Zusammenfassung

Die Lebensqualität bildet ein mehrdimensionales Konzept ab, das durch Erfassung verschiedener Dimensionen der körperlichen und seelischen Verfassung Einblicke in das subjektive Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit eines Individuums bietet. Sie hat sich als Variable etabliert, um den Gesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit verschiedenen körperlichen oder seelischen Einschränkungen zu erfassen und zu vergleichen. Bei Betrachtung von gesunden und psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen konnten verschiedene Studien aufzeigen, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche eine deutliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen.

Die vorliegende Arbeit untersuchte im Zeitraum von Januar 2008 bis Juli 2010 an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am Klinikum Magdeburg gGmbH 128 stationär behandelte Patienten im Alter von 9 bis 19 Jahren verschiedener Diagnosen bei Aufnahme und Entlassung mittels Fragebögen zur subjektiven Lebensqualität sowie zum therapeutischen Ergebnis. Darüber hinaus wurde im Jahr 2011 zur Erfassung von Normwerten eine Referenzgruppe bestehend aus 147 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren unterschiedlicher Schulformen in Magdeburg und Wienrode/Blankenburg anhand des gleichen Fragebogens zu ihrer Lebensqualität befragt.

Die Untersuchung konnte aufzeigen, dass der stationäre Aufenthalt für die in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung behandelten Kinder und Jugendlichen eine deutliche Verbesserung ihrer subjektiv erlebten Lebensqualität erbrachte. Am deutlichsten profitieren konnten hierbei weniger beeinträchtigte Patienten. Die Kinder und Jugendlichen der Referenzgruppe schätzten ihre Lebensqualität in weitestgehend allen Lebensbereichen subjektiv deutlich besser ein als die Patienten zum Aufnahmezeitpunkt. Durch den stationären Aufenthalt näherte sich die Lebensqualität der Patienten in den meisten Bereichen der Lebensqualität der Referenzgruppe an. Weiterhin zeigten sich hinsichtlich der Lebensqualität relevante alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in beiden Gruppen.

7. Literaturverzeichnis

American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics*. 92. 731-733 (1993)

Bastiaansen et al.: Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQL™4.0 generic core scales. *Qual Life Res*. 13.489-495 (2004)

Bastiaansen et al.: Quality of Life in Children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.43. 221-230 (2004)

Borg-Laufs M, Spancken A: Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: M. Borg-Laufs, K. Dittrich (Hrsg.): *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie*, pp. 23-38, DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie 2010

Bullinger M, Ravens-Sieberer U: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern, *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*.44. 391-9 (1995)

Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J: Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – Eine Einführung. In: M.Bullinger, U. Ravens-Sieberer, J. Siegrist (Hrsg.): *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. 18. pp. 11-21. Hogrefe 2000

Buka S, Monuteaux M, Earls F: The epidemiology of child and adolescent mental disorders. In: M.T. Tsuang, M.Tohen (Hrsg.): *Textbook in psychiatric epidemiology*. 2nd ed.. pp. 629-655. Wiley 2002

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Pressemitteilung 05/2014

Buttitta et al.:Quality of life in overweight and obese children and adolescents: aliterature review. *Qual Life Res*..23. 1117-39 (2014)

Cantwell DP et al.: Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36. 610-619 (1997)

Danckaerts et al.:The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review.*Eur Child Adolesc Psychiatry*. 19(2). 83-105 (2010)

Erhart et al.: Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: *Bundesgesundheitsbl*. 50. pp. 800–809 (2007)

Escobar et al.: Worse Quality of life for children with newly diagnosed Attention-Deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*. 116(3). 364-369 (2005)

Europäische Kommission: Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union. Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz Referat F3 – Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Verhütung von Verletzungen. Manuskript (2000).

Flechner H: Lebensqualität in der Onkologie- Ein Modell für andere Disziplinen? In: K. Schmeck, F. Poustka & H. Katschnig (Hrsg): Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. pp. 175-183. Springer 1998

Flechner H: Zur Erfassung von Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie- Der Elternfragebogen „LKJ-E“ aus dem Fragebogensystem „LKJ“ In: M. Bullinger, J. Siegrist, U. Ravens-Sieberer (Hrsg.): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive. pp. 247-272. Hogrefe Verlag für Psychologie 2000

Flechner et al: Subjective quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders: development and validation of a new assessment scale. Prax Kinderpsychol und Kinderpsychiatr. 51. 77-91 (2002)

Gloger-Tippelt G; König L: Die Einelternfamilien aus der Perspektive von Kindern. Entwicklungspsychologisch relevante Befunde unter besonderer Berücksichtigung der Bindungsforschung. In: J. M. Fegert und U. Ziegenhain (Hrsg.): Hilfen für Alleinerziehende: Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Beltz Verlag 2003

Guyatt et al: Methods to explain the clinical significance of health status measures. Mayo Clin Proc.. 77(4). 371-83 (2002)

Hebebrand J, Ravens-Sieberer U: Lebensqualität. Populationsbezogene Daten zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jug-Psych. 37 (4). 317-320 (2009)

Hölling et al: Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl. 50 (5-6). 784-793 (2007)

Lange et al: Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Bundesgesundheitsbl. 50 (5-6). 578-589 (2007)

Klassen AF, Miller A, Fine S: Health-related Quality of Life in Children and Adolescents who have a diagnosis in attention-deficit/hyperactivity-disorder. Pediatrics. 14. 541-547 (2004)

Kramer WH: Lebensqualität bei psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus einer kontrollierten Vergleichsuntersuchung. Manuskript, eingereicht als Inauguraldissertation. Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg.(2007)

- Lampert et al: Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl. 50 (5-6). 634–642 (2007)
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW): Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Fokus 8. Düsseldorf 2010
- Lauth GW, Mackowiak K: Unterrichtsverhalten von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen. Kindh Entwickl. 13. 157 – 166 (2004)
- Mattejat et al.: Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.31(4). 296-303 (2013)
- Mattejat et al., Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihrer Eltern. Kindh Entwickl. 14(1). 39-47 (2005)
- Mattejat et al: Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Z Kinder Jug-Psych. 26(3). 174-182 (1998)
- McGee R, Feehan M, Williams SM: Models of adolescent psychopathology: childhood risk and the transition to adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 34(5). 670-9 (1995)
- Michel G et al.: Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. Qual Life Res. 18(9). 1147-57 (2009)
- Möller K: Zur Erfassung von Lebensqualität in der Kinder-und Jugendpsychiatrie. Die Fragebögen für Kinder (LKJ-K) und Jugendliche (LKJ-J) aus dem Fragenbogensystem LKJ (Lebensqualität Kinder-und Jugendpsychiatrie). Dissertation. Universität Köln. (2002)
- Ohan et al.: Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective?. J.Clin Child Adolesc Psychol.. 31(2). 230-41 (2002)
- PatrickDL, EdwardsTC, Topolski TD: Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument. J Adolesc..5. 287-300 (2002)
- Petermann F: Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. Kindh Entwickl. 1. 48–57 (2005)
- Pinhas-Hamiel et al.: Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. Int J Obes..30(2). 267-72 (2006)
- Pongwilairat et al.: Quality of Life of Children with Attention-Defizit/Hyper Activity Disorder. J Med Assoc Thai. 88(8). 1062-1066 (2005)
- Radoschewski M: Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. Bundesgesundheitsbl..43(3). 165-189 (2000)
- Ravens-Sieberer U: Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ein Überblick. Bundesgesundheitsbl.. 43(3). 198-209 (2000)
- Ravens-Sieberer U: Der KINDL-R-Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. In: J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. pp184-188. Hogrefe 2003

Ravens-Sieberer U, Bullinger M: Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytic results. *Qual Life Res.* 7. 399-407 (1998)

Ravens-Sieberer U, Bullinger M: KINDL-Revidierte Form: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, Unveröffentlichtes Manual. 2000.

Ravens-Sieberer U, Ellert U, Erhart M: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl.* 50 (5-6). 810-818 (2007)

Ravens-Sieberer et al.: Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *Euro Child Adolesc Psychiatry.* 17. 148–156 (2008)

Ravens-Sieberer U, Bettge S, Erhart M: Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen- Ergebnisse aus Pilotphase des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys. *Bundesgesundheitsbl.* 46 (4). 340-345 (2003).

Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD- 10 der WHO. 5.Aufl.. Huber 2006.

Remschmidt H: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. 5. Aufl. 1 Band.. Georg Thieme Verlag 2008.

Rinner N: Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Studien-Instrumente-Projekte. ZAEG-Wien. S. 5 (2004)

Sawyer et al: Health-related Quality of Life of Children and Adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 41. 530-537 (2002)

Sawyer et al., The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aus N Z J Psychiatry.* 35(6). 806-814 (2001)

Schlack HG: Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. *Kinderärztliche Praxis.* 75. 292-299 (2004)

Schönfeld M: Die Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Manuskript, eingereicht als Inauguraldissertation. Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg (2008)

Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E: Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden- Eine Einführung. In: J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler(Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Hogrefe 2003

Statistisches Bundesamt (2010). Bildungsbericht Sachsen-Anhalt 2010. Kultusministerium Sachsen-Anhalt, Magdeburg.

Verhulst FC, Koot HM: *The epidemiology of child and adolescent psychopathology.* Oxford University Press 1995

Vonderlin al.: Welche Probleme berichten Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten?. *Kindh Entwickl.* 20. 111–118 (2011)

The WHOQOL-Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper form the World Health Organization. Soc Sci Med. 41(10). 1403-1409 (1995)

Wittchen HU: „Warum sollte die Psyche gesünder sein als der Rest des Körpers?“- Psychische Störungen. Psychologie Heute. (1). 68-74 (2013)

Wu P et al.: Depressive and disruptive disorders and mental health service utilization in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 38.1081-1090 (1999)

Wurst et al.: Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK). Z Kinder Jug-Psych. 30(1). 21-28 (2002)

Danksagung

An erster Stelle möchten wir uns bei Herrn Professor Flechtner für das entgegengebrachte Vertrauen bei der Erarbeitung der interessanten Thematik, für die kontinuierliche Betreuung während der Bearbeitung und die konstruktive Kritik am Manuskript der Dissertation bedanken.

Unser besonderer Dank gilt allen Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am Klinikum Magdeburg gGmbH, die uns bei der Ausgabe der Fragebögen unterstützt haben.

Stellvertretend für die Mitarbeiter der teilnehmenden Schulen gilt unser Dank den Schulleitern Herrn Witte, Albert-Einstein-Gymnasium, Frau Dr. Diestel, Ernst-Wille-Sekundarschule sowie Frau Hartmann und Frau Fischer, Förderschule J. H. Pestalozzi, die uns bei der Umsetzung der Schulbefragung unterstützt haben.

Weiterhin danken wir herzlich unseren Familien für die mentale Unterstützung während der gesamten Zeit und das Interesse an unserer Arbeit.

Ehrenerklärung

Wir erklären, dass wir die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte gemeinschaftliche Dissertation mit dem Titel *Subjektive Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Aufnahme und Entlassung sowie im Vergleich mit einer gesunden Referenzgruppe* an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg am Klinikum Magdeburg gGmbH

mit Unterstützung durch Herrn Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt haben.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Wir haben diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Wir übertragen der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien unserer Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Hiermit erklären wir, dass die in der folgenden Inhaltsübersicht mit entsprechendem Namen gekennzeichneten Kapitel von der genannten Person selbständig verfasst worden sind:

1.	Einleitung	Maria Anders/Katharina Schubert
2.	Material und Methoden	Maria Anders/Katharina Schubert
3.	Ergebnisse Teil 1	Katharina Schubert
4.	Ergebnisse Teil 2	Maria Anders
5.1.	Diskussion der Gütekriterien	Maria Anders/Katharina Schubert
5.2.	Diskussion Datenerhebung	Maria Anders/Katharina Schubert
5.3.1.	Diskussion Referenzgruppe	Maria Anders
5.3.2.	Diskussion Patientengruppe	Katharina Schubert
5.3.3.	Diskussion Gruppenunterschiede	Maria Anders
6.	Zusammenfassung	Maria Anders/Katharina Schubert
7.	Literaturverzeichnis	Maria Anders/Katharina Schubert

Magdeburg, den 02.04.2015

Maria Anders

Katharina Schubert

Darstellung der Bildungswege

Persönliche Angaben

Name: **Maria Anders**
 Geburtsdatum: 22.02.1984
 Geburtsort: Magdeburg

Schulbildung

1990–1994 Grundschole Hans-Sager, Chemnitz
 1994–2002 Gymnasium Hohe Straße, Chemnitz
Abschluss: Abitur

Europäischer Freiwilligendienst

09/2002–05/2003 Betreuung und Pflege einer querschnittsgelähmten Dame über die Organisation VIA e.V., Luton/GB

Berufsausbildung

10/2004–09/2006 Studium der Humanmedizin, Vorklinischer Abschnitt, Medizinische Hochschule Hannover
Abschluss: Physikum

10/2006–11/2010 Studium der Humanmedizin, Klinischer Abschnitt, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Abschluss: Staatsexamen
Approbation als Ärztin

11/2010

Praktisches Jahr:

1.Tertial: Spital Schwyz (Schweiz), Innere Klinik

2.Tertial: Universitätsaugenklinik Magdeburg

3.Tertial: Harzklinikum Wernigerode, Klinik für

Chirurgie

Beruflicher Werdegang

04/2011–11/2012 **Assistenzärztin** an der Klinik für Augenheilkunde, Sana Ohre-Klinikum Haldensleben

Seit 10/2013 **Assistenzärztin** an der Augenklinik am Klinikum Chemnitz gGmbH

Auslandsaufenthalt

01/2013–07/2013 Travel & Work Projekt in Neuseeland

Magdeburg, den 02.04.2015

Maria Anders

Persönliche Angaben

Name: **Katharina Schubert**
Geburtsdatum: 01.04.1985
Geburtsort: Blankenburg

Schulbildung

1991–1995 Grundschule Adolph-Diesterweg, Blankenburg
1995–2004 Gymnasium Am Thie, Blankenburg
Abschluss: Abitur

Berufsausbildung

10/2004–11/2010 Studium der Humanmedizin,
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Abschluss: Staatsexamen
11/2010 **Approbation als Ärztin**

Praktisches Jahr:
1.Tertial: Spital Rheinfelden (Schweiz),
Innere Klinik
2.Tertial: Universitätskinderklinik, Magdeburg
3.Tertial: General Hospital St. George's
(Grenada), Chirurgie

Beruflicher Werdegang

Seit 05/2011 **Assistenzärztin** an der Universitätskinderklinik
Magdeburg

Magdeburg, den 02.04.2015

Katharina Schubert

Anhang


<i>ID Nr.:</i> <input type="text"/>					
  <small>(Aufnahme)</small>					
 <h2><u>Fragebogen zur Lebensqualität</u></h2> 					
<p>Dieser Fragebogen soll uns helfen, besser zu verstehen, wie es Dir insgesamt geht und wie Deine "Lebensqualität" jetzt und während der letzten Zeit einzuschätzen ist.</p> <p>Dazu ist es wichtig und notwendig, dass Du alle Fragen beantwortest.</p> <p>Bitte lies die Fragen aufmerksam durch und kreuze die auf Dich am besten zutreffende Antwort an. Es gibt hierbei keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte antworte also spontan und ohne langes Zögern, so wie Du es für richtig empfindest.</p>					
<table><tr><td>Name: _____</td><td>Geschlecht: W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Vorname: _____</td><td>Geburtsdatum: ____ / ____ / ____</td></tr></table>		Name: _____	Geschlecht: W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Vorname: _____	Geburtsdatum: ____ / ____ / ____
Name: _____	Geschlecht: W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
Vorname: _____	Geburtsdatum: ____ / ____ / ____				
<i>Heutiges Datum:</i> ____ / ____ / ____					

Abbildung 10: Seite 1 des Aufnahmefragebogens

- 2 -

	nie/ gar nicht	selten / wenig	manchmal / etwas	oft / sehr
1) Fühlst Du Dich körperlich wohl und leistungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Bereiten Dir körperliche Aktivitäten Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Hast Du Schwierigkeiten, Dir Dinge zu merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Hast Du Schwierigkeiten, Dich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Fällt es Dir schwer, bestimmte Dinge zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kannst Du Probleme <u>selbst</u> lösen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Lässt Du Dich leicht ablenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Bist Du mit den alltäglichen Anforderungen überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Fühlst Du Dich lustlos oder schlapp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Bist Du unternehmungslustig und aktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Wirst Du schnell müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Hast Du oft Angst, etwas falsch zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Hast Du Angst davor, dass etwas Schlimmes passieren könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Hast Du Angst vor der Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Machst Du Dir Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Hast Du das Gefühl, mit Dir selbst und Deinem Leben nicht zurechtzukommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Fühlst Du Dich von "Gott und der Welt" verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Bist Du unglücklich, traurig oder niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Fühlst Du Dich einsam oder allein gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Bist Du leicht reizbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Bist Du glücklich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Neigst Du zu aggressivem Verhalten? (im Umgang mit anderen oder gegen Sachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Wünschst Du Dir, nicht mehr zu leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Denkst Du, dass Du nichts wert bist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Hast Du das Gefühl, dass Dein Leben sinnlos ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 11: Seite 2 des Aufnahmefragebogens

- 3 -

	nie/ gar nicht	selten / wenig	manchmal / etwas	oft / sehr
26) Fühlst Du Dich leer und gefühllos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Fühlst Du Dich antriebslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Kannst Du Dich gut freuen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Kannst Du Dich für etwas begeistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Verlierst Du schnell die Lust an Dingen, die Du angefangen hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Probiert Du gerne neue Sachen aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32) Kannst Du Dich selbst leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Fühlst Du Dich ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Fühlst Du Dich benachteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Fühlst Du Dich von anderen ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Hast Du das Gefühl, anderen lästig zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37) Kannst Du Dich gut durchsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38) Bist Du mit Deinem Aussehen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39) Bist Du schnell beleidigt oder eingeschnappt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40) Fühlst Du Dich in Deinem Körper wohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41) Magst Du Deine Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42) Fühlst Du Dich als Außenseiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43) Gibt es Probleme in der Familie, unter denen Du leidest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44) Fühlst Du Dich abgelehnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45) Fühlst Du Dich da, wo Du lebst, wohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46) Hast Du häufig Streit mit anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47) Bist Du gerne mit anderen zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48) Fällt es Dir leicht, auf andere zuzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49) Gehst Du gerne in die Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50) Kommst Du mit den Hausaufgaben klar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51) Kommst Du in der Schule gut zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 12: Seite 3 des Aufnahmefragebogens

- 4 -

	nie / gar nicht	selten / wenig	manchmal / etwas	oft / sehr
52) Fühlst Du Dich in der Schule überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53) Unternimmst Du gerne etwas in Deiner Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54) Hast Du Schuldgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55) Hast Du ein schlechtes Gewissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56) Machst Du Dir viele Vorwürfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57) Hast Du das Gefühl, "alles falsch zu machen"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58) Ist Dir oft langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59) Erwartest Du eine Besserung Deiner jetzigen Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60) Wenn Du drei Wünsche frei hättest, welche wären das?	1. _____ 2. _____ 3. _____			
61) Was ist zurzeit für Dich das Allerschwerste?	_____ _____ _____			
62) Wie ist insgesamt Deine körperliche Verfassung?	<i>(Setze bitte ein Kreuz dort auf die Linie, wo Du es als richtig empfindest)</i> ----- sehr schlecht sehr gut			
63) Wie ist insgesamt Deine gefühlsmäßige Verfassung?	----- sehr schlecht sehr gut			
64) Wie zufrieden und wie gut fühlst Du Dich insgesamt? (Wie ist ganz allgemein Deine "Lebensqualität"?)	----- sehr schlecht sehr gut			

Bitte schau jetzt noch einmal kurz nach, ob Du auch keine Frage ausgelassen hast.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

Abbildung 13: Seite 4 des Aufnahmefragebogens

- 5 -				
	gar nicht	wenig	etwas	sehr
65) Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
66) Hast Du Dich vom Pflegepersonal gut betreut gefühlt?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
67) Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser geht?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
68) Wird Dir der Aufenthalt helfen, in Zukunft besser mit Deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
69) Hast/Hattest Du Bedenken, Deinen Freunden/Verwandten vom Aufenthalt in der Klinik zu berichten?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
70) Haben Dir die Therapien (Ergo-, Physiotherapie) geholfen?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
	gar nicht	wenig	etwas	sehr
71) Haben Dir die Gespräche mit Deinem Arzt/Psychologen geholfen?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
72) Entsprech die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
a) Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
b) Konntest Du mit Deinem Therapeuten bei der Lösung Deiner Probleme weiterkommen?	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>	: <input type="checkbox"/>
c) Wie empfandest Du die Länge Deines Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu kurz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zu lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) War die Anzahl der Gespräche ausreichend?	Ja : <input type="checkbox"/>			
Wenn nein, gibt es Gründe dafür?	Nein : <input type="checkbox"/>			
.....				
.....				
.....				
.....				
73) Haben wir etwas Wichtiges vergessen?				
.....				
.....				
.....				
.....				

Abbildung 14: Seite 5 des Entlassungsfragebogens

Untersuchung zur Lebensqualität

Zunächst hallo und danke, dass Du bereit bist diesen Fragebogen im Rahmen unserer wissenschaftlichen Untersuchung auszufüllen. Bei diesem Fragebogen handelt es sich nicht um einen Test, das heißt es gibt auch keine falschen oder richtigen Antworten. Es ist ein Fragebogen, mit dem wir unterschiedliche Bereiche, wie z.B. „Lebensqualität“, erfassen wollen. Das einzige, um das wir Dich bitten ist, dass Du den Fragebogen alleine – also nicht mit Deinem Nachbarn zusammen – und möglichst ehrlich und spontan ausfüllst, also ohne großes Nachdenken.

Alle Angaben werden selbstverständlich nur in anonymisierter Form erfasst, d.h. sie können nicht auf eine Person zurückverfolgt werden. Sie werden nur im Rahmen dieser wissenschaftlichen Untersuchung verwendet und nicht an andere Stellen weitergegeben.

Wir wünschen Dir viel Spaß!!!

Abbildung 15: Einführung Schülerfragebogen

- 2 -

Vorab einige allgemeine Angaben zu DirGeschlecht: Weiblich Männlich Geburtsdatum: ___/___ (Monat/Jahr)Schulform: Gymnasium Sekundarschule **Beurteile bitte in den folgenden Fragen Dein Funktionsniveau, Dein „Funktionieren“ und bewerte es für Dich mit Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend)!**

	Benotung in Schulnoten					
	1	2	3	4	5	6
Wie beurteilst du insgesamt Dein Funktionsniveau als <i>Schüler</i> bzw. Deine schulische Leistungsfähigkeit? Beurteile dabei, inwieweit Du in der Lage bist, harmonische Beziehungen mit Deinen Lehrern und Mitschülern zu führen, Dich in alters- und sozial angemessener Weise im Schulalltag zu verhalten, Deine Schulsachen in Ordnung zu halten, mit den schulischen Anforderungen zurecht zu kommen, Dich bei Schulprojekten und Arbeitsgemeinschaften einzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilst du insgesamt Dein Funktionsniveau als <i>Familienmitglied</i>? Beurteile dabei, inwieweit Du in der Lage bist, harmonische Beziehungen mit Deinen Eltern und Geschwistern zu führen, an Familienaktivitäten wie Ausflügen und Spielen teilzunehmen, zumutbare Arbeiten im Haushalt zu verrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilst du insgesamt dein Funktionsniveau als <i>Freund(in)</i>? Beurteile dabei, inwieweit Du in der Lage bist Freundschaften zu Gleichaltrigen herzustellen, Dich um Deine Freunde zu kümmern, sie bei Sorgen zu unterstützen, gemeinsamen Aktivitäten nachzugehen oder Dich bei verschiedenen Freizeitaktivitäten zu engagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilst du insgesamt Dein Funktionsniveau als <i>eigenständiger Mensch</i>? Beurteile dabei, inwieweit Du in der Lage bist Dein Äußeres zu pflegen und Deine persönlichen Sachen in Ordnung zu halten, selbstständig das Haus zu verlassen, am öffentlichen Leben (Kino, Schwimmbad) teilzunehmen, Dich um Deine Bedürfnisse zu kümmern, Dich anderen anzuvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 16: Allgemeine Angaben Schülerfragebogen

Originalfrage	Umformulierung für die Förderschule
Bist Du unglücklich, traurig oder niedergeschlagen?	Bist Du unglücklich oder traurig?
Fühlst Du Dich einsam oder allein gelassen?	Fühlst Du Dich einsam?
Wünschst du dir, nicht mehr zu leben?	Hast Du auf das Leben keine Lust?
Hast du das Gefühl, dass dein Leben sinnlos ist?	Fühlst Du Dich überflüssig in der Welt?
Fühlst Du Dich innerlich leer und gefühllos?	Fühlst Du Dich innerlich leer?
Fühlst du dich antriebslos?	Fehlt Dir die Lust, Dinge zu beginnen?

Abbildung 17: Umformulierung einzelner Fragen für die Förderschule

1)	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen z.B.: Mangel an Wärme in der Eltern-Kind- Beziehung, Körperliche Misshandlung
2)	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie z.B.: Psychische Störung einer Elternteils, Behinderung der Geschwister
3)	Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4)	Abnorme Erziehungsbedingungen z.B.: Elterliche Überfürsorge, Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
5)	Abnorme unmittelbare Umgebung z.B.: Erziehung in einer Institution, Abweichende Elternsituation
6)	Akute, belastende Lebensereignisse z.B.: Verlust einer liebevollen Erziehung, Sexueller Missbrauch
7)	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren z.B.: Verfolgung, Migration
8)	Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit z.B.: Streitbeziehung mit Schülern, Sündenbockzuweisung durch Lehrer
9)	Belastende Lebensereignisse/ Behinderung des Kindes z.B.: bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung; Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

Abbildung 18: Achse 5 des MAS

0	Herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen. Gute zwischenmenschliche Beziehung mit Familie, gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.
1	Mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringen Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen
2	Leichte soziale Beeinträchtigung: Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivität)
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen.
4	Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen(z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen)
5	Ernsthaft und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
6	Funktionsunfähig in den meisten Bereichen: Benötigt ständig Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen.
7	Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituation für sich oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.
8	Schwerwiegende und durchgängige soziale Beeinträchtigung: Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation.

Abbildung 19: Achse 6 des MAS

Tabelle 48: Alkoholkonsum der Patienten

Altersklasse	Alkoholkonsum Häufigkeit (N)			
	Gelegentlich	täglich/ am WE exzessiv/ gelegentlich mit Kontrollverlust	Nein	Keine Angabe
<11 Jahre	0	0	1	1
11-13 Jahre	8	1	15	12
14-16 Jahre	21	5	22	21
>16 Jahre	12	4	1	4
Gesamt (N=128)	N=41 (32%)	N=10 (7,8%)	N=39 (30,5%)	N=38 (29,7%)

Tabelle 49: Nikotinkonsum der Patienten

Altersklasse	Nikotinkonsum Häufigkeit (N)		
	Ja	Nein	Keine Angabe
<11 Jahre	0	1	1
11-13 Jahre	7	17	12
14-16 Jahre	29	19	21
>16 Jahre	12	5	4
Gesamt (N=128)	N=48 (37,5%)	N=42 (32,8%)	N=38 (29,7%)

Tabelle 50: Drogenkonsum der Patienten

Altersklasse	Drogenkonsum Häufigkeit (N)		
	Ja	Nein	Keine Angabe
<11 Jahre	0	1	1
11-13 Jahre	2	21	13
14-16 Jahre	10	38	21
>16 Jahre	6	10	5
Gesamt (N=128)	N=18 (14%)	N=70 (54,7%)	N=40 (31,3%)

Tabelle 51: Geschwister

Geschwister	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Ja	96	75,0
Nein	17	13,3
Keine Angabe	15	11,7
Gesamt	N=128	100%

Tabelle 52: Kontakt zum Jugendamt

Jugendamt	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Ja	41	32,0
Nein	7	5,5
Keine Angabe	80	62,5
Gesamt	N=128	100%

Tabelle 53: Nutzung von Hilfsangeboten

Hilfsangebote	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Ja	58	45,3
Nein	9	7,0
Keine Angabe	61	47,7
Gesamt	N=128	100%

Tabelle 54: Arbeitsverhältnis der Eltern

Arbeitsverhältnis der Eltern	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Ja (beide)	46	35,9
Nein	42	32,8
Sonstiges (ABM, Frührente)	9	7,0
Keine Angabe	31	24,2
Gesamt	N=128	100%

Tabelle 55: Vergleich in Abhängigkeit vorhandener Entwicklungsstörungen, Funktions- und Symptomskalen, Patientengruppe

Entwicklungsstörung	A/E	Ja (N =10)			Nein (N=52)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	61,0	+6,8	0,459	55,0	+6,4	0,020
	E	67,8			61,4		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	66,8	+13,2	0,044	54,6	+10,9	0,003
	E	80,0			65,5		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	61,0	+2,9	0,697	54,6	+3,8	0,119
	E	63,8			58,3		
Kognitive Funktion Konzentration	A	45,3	+12,7	0,166	47,9	-0,1	0,981
	E	58,0			47,9		
Kognitive Funktion Schule	A	48,6	+9,2	0,312	58,6	+3,8	0,182
	E	57,8			62,3		
Soziale Funktion Familie	A	78,3	+5,8	0,271	62,5	+3,8	0,207
	E	84,2			66,3		
Soziale Funktion Freizeit	A	67,5	+7,2	0,199	65,2	+6,6	0,010
	E	74,7			71,8		
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	33,3	-8,9	0,141	35,0	-6,6	0,011
	E	24,4			28,4		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	61,7	-14,2	0,098	64,8	-5,7	0,136
	E	47,5			59,1		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	39,4	-20,1	0,046	53,9	-10,3	0,001
	E	19,3			43,6		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	34,0	-2,5	0,852	51,5	-7,1	0,037
	E	31,5			44,4		
Soziale Symptomatik	A	64,3	-28,3	0,001	55,9	-5,9	0,038
	E	36,0			50,0		

Tabelle 56: Vergleich in Abhängigkeit vom IQ, Funktionsskalen, Patientengruppe

IQ	IQ<84 (N=16)				IQ 85-114 (N=37)		
	A/E	MW	Δ		A/E	MW	Δ
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	64,2	-2,2	0,679	50,4	+11,1	0,002
	E	62,0			61,6		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	63,6	+12,8	0,012	52,7	+12,7	0,009
	E	76,4			65,3		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	57,7	-2,2	0,640	54,3	+5,8	0,051
	E	55,5			60,1		
Kognitive Funktion Konzentration	A	46,2	-3,6	0,628	46,5	+4,4	0,154
	E	42,7			50,9		
Kognitive Funktion Schule	A	57,4	+4,8	0,446	54,1	+6,7	0,061
	E	62,2			60,8		
Soziale Funktion Familie	A	75,6	-1,1	0,851	60,4	+7,6	0,041
	E	74,4			67,9		
Soziale Funktion Freizeit	A	73,4	+2,1	0,438	61,3	+9,3	0,005
	E	75,6			70,6		

Tabelle 57: Vergleich in Abhängigkeit somatischer Erkrankungen, Funktionsskalen, Patientengruppe

Somatische Erkrankungen	Somat. Diagnose (N=27)				Adipositas (N=9)			Vorsätzliche Selbstbeschädigung (N =13)		
	A/E	MW	Δ	p	MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen										
Körperliche Funktion	A	52,3	+8,2	0,010	51,8	+10,3	0,097	41,5	+9,4	0,136
	E	60,5			62,1			50,9		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	55,7	+9,2	0,029	50,0	+18,5	0,053	38,7	+8,7	0,325
	E	64,8			68,5			47,4		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	51,5	+0,9	0,763	54,5	+6,2	0,313	39,3	-1,4	0,795
	E	52,4			60,7			37,9		
Kognitive Funktion Konzentration	A	42,0	+3,1	0,347	50,2	+7,6	0,383	31,8	+2,6	0,506
	E	45,1			57,8			34,4		
Kognitive Funktion Schule	A	50,8	+4,1	0,219	59,6	+8,9	0,186	39,6	+2,1	0,727
	E	54,9			68,5			41,7		
Soziale Funktion Familie	A	63,6	+2,1	0,602	64,8	+16,4	0,076	50,0	-3,2	0,675
	E	65,7			81,2			46,8		
Soziale Funktion Freizeit	A	62,3	+7,7	0,010	59,3	+8,8	0,169	59,5	+4,6	0,439
	E	70,0			68,1			64,1		

Tabelle 58: Vergleich in Abhängigkeit von Achse 5 des MAS, Funktionsskalen, Patientengruppe

Abnorme Umstände	A/E	<= 2 (N=32)			> 2 (N=25)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	54,4	+10,0	0,010	58,3	-0,1	0,980
	E	64,3			58,2		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	54,3	+17,0	0,000	59,8	+3,6	0,490
	E	71,4			63,4		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	57,3	+9,5	0,005	53,9	-4,2	0,227
	E	66,8			49,7		
Kognitive Funktion Konzentration	A	48,8	+3,2	0,409	43,9	-2,8	0,489
	E	52,0			41,1		
Kognitive Funktion Schule	A	60,4	+5,7	0,186	50,0	+5,0	0,199
	E	66,1			55,0		
Soziale Funktion Familie	A	64,2	+8,3	0,030	63,3	+0,6	0,902
	E	72,6			63,9		
Soziale Funktion Freizeit	A	66,2	+8,7	0,013	67,8	+3,9	0,210
	E	74,8			71,7		

Tabelle 59: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 65 „Hast Du Dich insgesamt auf Station wohl gefühlt?“

Frage 65	A/E	Etwas/Sehr (N=45)			Kaum/Nie (N=18)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	55,8	+6,8	0,030	55,4	+7,3	0,180
	E	62,6			62,7		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	57,4	+13,2	0,000	52,5	+9,8	0,171
	E	70,7			62,3		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	56,2	+5,0	0,109	52,6	+3,7	0,372
	E	61,2			56,3		
Kognitive Funktion Konzentration	A	48,3	+2,7	0,417	45,9	+2,7	0,560
	E	50,9			48,6		
Kognitive Funktion Schule	A	57,1	+4,0	0,225	55,6	+6,9	0,160
	E	61,1			62,5		
Soziale Funktion Familie	A	67,2	+3,1	0,277	59,7	+6,5	0,271
	E	70,3			66,2		
Soziale Funktion Freizeit	A	66,6	+6,8	0,020	60,3	+9,0	0,036
	E	73,3			69,3		
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	51,7	-8,5	0,021	48,8	-5,0	0,485
	E	43,2			43,8		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	66,5	-7,8	0,059	58,8	-7,4	0,265
	E	58,7			51,4		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	50,9	-14,9	0,000	55,2	-7,8	0,140
	E	36,1			47,4		
Emotionale Symptomatik. Einsamkeit	A	45,9	-7,7	0,092	58,1	-6,9	0,238
	E	38,1			51,2		
Soziale Symptomatik	A	58,3	-12,7	0,000	53,7	-1,9	0,763
	E	45,6			51,9		

Tabelle 60: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 67 „Findest Du, dass Dein Aufenthalt wichtig war, damit es Dir wieder besser geht?“

Frage 67	A/E	Etwas/Sehr (N=47)			Kaum/Nie (N =15)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	57,4	+6,9	0,024	50,6	+6,1	0,325
	E	64,3			56,7		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	56,9	+15,4	0,000	54,5	+1,8	0,825
	E	72,3			56,3		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	56,5	+5,3	0,071	51,0	+3,1	0,555
	E	61,8			54,1		
Kognitive Funktion Konzentration	A	49,9	+3,1	0,324	41,0	-0,5	0,930
	E	53,0			40,5		
Kognitive Funktion Schule	A	59,9	+6,2	0,037	47,2	+1,1	0,869
	E	66,2			48,3		
Soziale Funktion Familie	A	66,7	+5,6	0,058	58,9	-1,1	0,851
	E	72,3			57,8		
Soziale Funktion Freizeit	A	64,5	+8,8	0,003	67,2	+3,0	0,471
	E	73,3			70,2		
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	48,4	-7,9	0,021	58,5	-5,2	0,513
	E	40,5			53,3		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	66,5	-9,4	0,023	57,2	-0,6	0,933
	E	57,1			56,7		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	51,0	-15,4	0,000	54,9	-3,3	0,547
	E	35,6			51,6		
Emotionale Symptomatik. Einsamkeit	A	47,2	-9,3	0,038	53,8	+0,1	0,985
	E	37,9			53,9		
Soziale Symptomatik	A	58,1	-12,3	0,000	53,8	-0,9	0,884
	E	45,8			52,9		

Tabelle 61: Funktionsskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 68 „Wird Dir der Aufenthalt helfen in Zukunft besser mit Deinen Problemen und Sorgen umgehen zu können?“

Frage 68	A/E	Etwas/Sehr (N=46)			Kaum/Nie (N=13)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	57,5	+8,8	0,006	52,4	-0,6	0,918
	E	66,3			51,7		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	57,0	+17,6	0,000	54,4	-5,6	0,499
	E	74,7			48,7		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	56,5	+7,0	0,024	49,7	+2,0	0,637
	E	63,5			51,6		
Kognitive Funktion Konzentration	A	51,3	+3,8	0,262	38,3	-2,8	0,581
	E	55,1			35,6		
Kognitive Funktion Schule	A	58,0	+10,5	0,001	56,6	-8,3	0,188
	E	68,6			48,3		
Soziale Funktion Familie	A	68,3	+6,6	0,026	53,2	-1,3	0,824
	E	74,9			51,9		
Soziale Funktion Freizeit	A	63,6	+10,0	0,001	65,8	+0,9	0,798
	E	73,6			66,7		

Tabelle 62: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72 „Entsprach die Therapie insgesamt Deinen Vorstellungen und Wünschen?“

Frage 72	A/E	Etwas/Sehr (N=40)			Kaum/Nie (N=22)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	57,9	+7,0	0,038	50,9	+7,2	0,151
	E	64,9			58,1		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	58,0	+14,9	0,000	51,3	+7,9	0,254
	E	72,9			59,2		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	55,4	+7,1	0,030	53,2	+2,6	0,502
	E	62,5			55,8		
Kognitive Funktion Konzentration	A	48,0	+4,7	0,184	47,3	-0,5	0,919
	E	52,7			46,8		
Kognitive Funktion Schule	A	56,5	+6,9	0,042	58,3	+2,4	0,631
	E	63,5			60,7		
Soziale Funktion Familie	A	66,5	+3,4	0,299	61,7	+5,6	0,231
	E	69,9			67,3		
Soziale Funktion Freizeit	A	67,6	+8,4	0,007	58,3	+6,0	0,147
	E	76,1			64,2		
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	49,7	-8,9	0,020	52,5	-4,5	0,494
	E	40,8			48,0		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	65,0	-8,3	0,083	62,5	-6,4	0,214
	E	56,7			56,1		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	52,1	-17,7	0,000	54,4	-5,0	0,242
	E	34,4			49,4		
Emotionale Symptomatik Einsamkeit	A	50,7	-12,4	0,007	50,3	-3,0	0,591
	E	38,4			47,3		
Soziale Symptomatik	A	59,7	-12,2	0,000	51,4	-5,0	0,365
	E	47,5			46,4		

Tabelle 63: Funktions- und Symptomskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72a „Bist Du mit Deinem Therapeuten gut ausgekommen?“

Frage 72a	A/E	Etwas/Sehr (N=51)			Kaum/Nie (N=10)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	55,7	+7,8	0,005	54,2	+3,1	0,750
	E	63,5			57,2		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	54,7	+15,5	0,000	60,3	-3,7	0,756
	E	70,2			56,7		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	55,3	+5,4	0,053	51,3	+5,9	0,321
	E	60,7			57,1		
Kognitive Funktion Konzentration	A	47,4	+3,1	0,301	49,6	+1,9	0,827
	E	50,5			51,5		
Kognitive Funktion Schule	A	56,3	+6,6	0,038	62,0	-1,9	0,681
	E	62,9			60,2		
Soziale Funktion Familie	A	64,5	+4,9	0,081	65,8	+0,6	0,945
	E	69,4			66,4		
Soziale Funktion Freizeit	A	66,4	+7,2	0,006	53,5	+9,2	0,208
	E	73,6			62,7		
Symptomskalen							
Körperliche Symptomatik	A	51,3	-9,8	0,002	47,8	+5,5	0,676
	E	41,5			53,3		
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	A	64,4	-7,5	0,065	62,5	-8,3	0,229
	E	56,9			54,2		
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	A	53,0	-15,7	0,000	52,3	0,0	1,000
	E	37,3			52,3		
Emotionale Symptomatik. Einsamkeit	A	51,9	-11,5	0,003	44,0	+4,2	0,599
	E	40,3			48,2		
Soziale Symptomatik	A	58,9	-11,6	0,000	45,3	+0,7	0,946
	E	47,3			46,0		

Tabelle 64: Funktionsskalen in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage 72b „Konntest Du mit Deinem Therapeuten bei der Lösung Deiner Probleme weiterkommen?“

Frage 72b	A/E	Etwas/Sehr (N=42)			Kaum/Nie (N=20)		
		MW	Δ	p	MW	Δ	p
Funktionsskalen							
Körperliche Funktion	A	57,3	+9,1	0,007	51,9	+2,3	0,667
	E	66,3			54,2		
Emotionale Funktion Freude/Motivation	A	55,7	+17,5	0,000	56,2	+0,9	0,898
	E	73,2			57,1		
Emotionale Funktion Selbstwert	A	55,1	+8,5	0,009	53,6	-0,4	0,917
	E	63,6			53,1		
Kognitive Funktion Konzentration	A	45,7	+5,4	0,122	53,1	-3,8	0,416
	E	51,1			49,3		
Kognitive Funktion Schule	A	56,6	+7,8	0,033	58,8	+0,0	1,000
	E	64,4			58,8		
Soziale Funktion Familie	A	67,1	+4,3	0,190	58,8	+3,8	0,448
	E	71,3			62,6		
Soziale Funktion Freizeit	A	68,5	+8,7	0,005	56,4	+5,0	0,261
	E	77,2			61,4		

Tabelle 65: Altersabhängiger Vergleich der Skalenmittelwerte, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	11-13 Jahre N=37	14-16 Jahre N=96		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	72,5	71,6	-0,9	0,703
Emotionale Funktion Freude/Motivation	79,6	76,1	-3,5	0,212
Emotionale Funktion Selbstwert	70,4	69,8	-0,6	0,853
Kognitive Funktion Konzentration	52,6	53,3	+0,7	0,853
Kognitive Funktion Schule	68,5	66,2	-2,3	0,536
Soziale Funktion Familie	78,6	74,0	-4,7	0,204
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	77,7	76,4	-1,4	0,65
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	29,4	33,3	+3,9	0,239
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	40	43,8	+3,8	0,363
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	31,5	26,8	-4,7	0,236
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	25,6	25,2	-0,4	0,921
Soziale Symptomatik	43,9	42,8	-1,1	0,752
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	75,5	72,0	-3,5	0,807
Seelische Verfassung	71,2	67,2	-4,0	0,707
Allgemeine Lebensqualität	74,8	74,5	-0,3	0,731

Tabelle 66: Geschlechtsspezifischer Vergleich der Skalenmittelwerte, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Jungen N=74	Mädchen N=73		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	73,1	70,5	-2,6	0,209
Emotionale Funktion Freude/Motivation	77,6	76,2	-1,4	0,561
Emotionale Funktion Selbstwert	72,3	68,4	-3,8	0,194
Kognitive Funktion Konzentration	52,9	52,8	-0,1	0,975
Kognitive Funktion Schule	68,9	66,4	-2,5	0,452
Soziale Funktion Familie	78,4	72,4	-6,0	0,066
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	78,6	76,3	-2,2	0,403
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	31,1	35,0	+3,9	0,173
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	38,3	47,0	+8,7	0,017
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	25,5	30,3	+4,8	0,147
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	21,8	28,5	+6,7	0,058
Soziale Symptomatik	42,1	44,2	+2,2	0,491
Globalfragen				
Körperliche Verfassung	75,5	72,0	-3,4	0,368
Seelische Verfassung	71,2	67,2	-3,9	0,36
Allgemeine Lebensqualität	74,8	74,5	-0,2	0,953

Tabelle 67: Geschlechtsspezifischer Vergleich, 14-16 Jahre, Funktionsskalen, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Jungen 14-16 Jahre N=43	Mädchen 14-16 Jahre N=53		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	74,9	69,0	-5,9	0,024
Emotionale Funktion Freude/Motivation	78,7	73,9	-4,8	0,102
Emotionale Funktion Selbstwert	73,0	67,1	-5,9	0,126
Kognitive Funktion Konzentration	54,0	52,7	-1,3	0,732
Kognitive Funktion Schule	69,2	63,8	-5,4	0,234
Soziale Funktion Familie	79,3	69,7	-9,6	0,020
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	78,4	74,7	-3,7	0,286

Tabelle 68: Altersspezifischer Vergleich der Jungen, Funktionsskalen, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert		Δ	p
	Jungen 11-13 Jahre N=22	Jungen 14-16 Jahre N=43		
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	68,6	74,9	+6,3	0,035
Emotionale Funktion Freude/Motivation	75,5	78,7	+3,2	0,418
Emotionale Funktion Selbstwert	67,2	73,0	+5,8	0,213
Kognitive Funktion Konzentration	50,3	54,0	+3,7	0,442
Kognitive Funktion Schule	64,0	69,2	+5,2	0,318
Soziale Funktion Familie	74,6	79,3	+4,7	0,331
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	75,3	78,4	+3,1	0,433

Tabelle 69: Vergleich der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit von der Schulform, Referenzgruppe

Referenzgruppe	Mittelwert			p
	Gymnasium N=39	Sekundarschule N= 84	Förderschule N=24	
Funktionsskalen				
Körperliche Funktion	71,2	72,8	69,0	0,422
Emotionale Funktion Freude/Motivation	76,7	78,4	72,1	0,168
Emotionale Funktion Selbstwert	70,7	72,2	63,1	0,085
Kognitive Funktion Konzentration	56,4	49,3	59,2	0,016*
Kognitive Funktion Schule	72,0	64,7	71,2	0,106
Soziale Funktion Familie	73,1	77,3	72,6	0,413
Soziale Funktion Kontakt/Freizeit	78,0	79,3	70,0	0,041**
Symptomskalen				
Körperliche Symptomatik	37,9	31,7	29,6	0,111
Emotionale Symptomatik Angst/Sorge	49,1	42,0	34,2	0,032***
Emotionale Symptomatik Unglück/Schuld	30,8	25,9	30,3	0,360
Emotionale Symptomatik Einsamkeit/Ablehnung	32,4	21,0	27,8	0,018****
Soziale Symptomatik	39,1	46,0	39,7	0,107
Globalfragen				
Körperliches Befinden	75,4	73,6	71,5	0,806
Seelisches Befinden	67,3	68,8	73,6	0,635
Allgemeine Zufriedenheit	72,9	75,0	76,4	0,835

*CFa Sekundarschule versus Förderschule: Signifikanz auf dem Niveau $p \leq 0,05$; Mittelwerte-Differenz $\Delta = 9,9$

**SF2 Sekundarschule versus Förderschule: Signifikanz auf dem Niveau $p \leq 0,05$; Mittelwerte-Differenz $\Delta = 9,3$

***ES1 Gymnasium versus Förderschule: Signifikanz auf dem Niveau $p \leq 0,05$; Mittelwerte-Differenz $\Delta = 14,9$

****ES3 Gymnasium versus Sekundarschule: Signifikanz auf dem Niveau $p \leq 0,05$; Mittelwerte-Differenz $\Delta = 11,4$

Tabelle 70: Übersicht über „das Allerschwerste“, Referenzgruppe

Was ist zurzeit für dich das Allerschwerste?		
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Schule	54	36,7
Konzentration	4	2,7
Emotionalität	18	12,2
Materielle Wünsche	1	0,7
Familie	15	10,2
Kontakt/Freunde/Freizeit	2	1,4
Partner	10	6,8
Sonstiges	6	4,1
Keine Angaben	37	25,2
Gesamt	N=147	100%

Skalenmittelwerte bei Aufnahme	MW (A)
Skalenmittelwerte bei Entlassung	MW (E)
Mittelwertedifferenz	Δ
Mittelwertedifferenz Referenzgruppe – Patientenaufnahme	ΔA
Mittelwertedifferenz Referenzgruppe – Patientenentlassung	ΔE
Minimum clinically important difference (MID) ≈ klinisch bedeutsamer Unterschied	$\Delta MW > 10$
Signifikanz (2-seitig)	p
Signifikante Unterschiede	$p \leq 0,05$

Abbildung 6: Spezielle Abkürzungen und Farbuordnungen

höchste Werte der Funktionsskalen und Globalfragen/ niedrigste Werte der Symptomskalen	→ im Sinne einer hohen subjektiven Lebensqualität
niedrigste Werte der Funktionsskalen und Globalfragen/ höchste Werte der Symptomskalen	→ im Sinne einer geringen subjektiven Lebensqualität

Abbildung 7: Farbuordnungen hinsichtlich der Lebensqualität

KF	Körperliche Funktion
EF1	Emotionale Funktion - Freude/Motivation
EF2	Emotionale Funktion - Selbstwert
CFa	Kognitive Funktion - Konzentration
CFb	Kognitive Funktion - Schule
SF1	Soziale Funktion - Familie
SF2	Soziale Funktion - Kontakt/Freizeit
KS	Körperliche Symptomatik
ES1	Emotionale Symptomatik - Angst/Sorge
ES2	Emotionale Symptomatik - Unglück/Schuld
ES3	Emotionale Symptomatik - Einsamkeit/Ablehnung
SoS	Soziale Symptomatik
AS	Allgemeine Skala

Abbildung 20: Abkürzungen der Skalen