



## Bachelorarbeit

# HONOSCA und SDQ als Qualitätssicherungsinstrumente an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten St.Gallen

**Lea Sá de Araujo**

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Agnes von Wyl

Winterthur, Mai 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## ABSTRACT

Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Qualitätssicherung der Behandlung an allen Stellen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste des Kantons St. Gallen (KJPDSG). Dabei wird die Abnahme der psychosozialen Belastung sowie die der Erlebens- und Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG evaluiert. Zusätzlich wird untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der Eltern und Jugendlichen beim SDQ und den Einschätzungen der Behandelnden beim HoNOSCA besteht. Weiter wird analysiert, ob sich Unterschiede bei den verschiedenen Dimensionen des SDQ bezüglich Geschlecht oder Alter zeigen.

Diese Studie umfasst alle Kinder und Jugendlichen, die sich ab Sommer 2009 bzw. ab Mai 2010 an allen Stellen der KJPDSG bis März 2011 vorstellten. Die Daten wurden anhand zweier Messzeitpunkte erhoben und quantitativ ausgewertet. Die psychosozialen Belastungen wurden mittels HoNOSCA, die Erlebens- und Verhaltensstörungen mit dem SDQ für Eltern und für Jugendliche ab 11 Jahren erfasst.

Die Hypothese der Abnahme der Symptomatik konnte aus Sicht der Behandelnden und Eltern, nicht aber aus der der Jugendlichen bestätigt werden. Ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Behandelnden und jener der Eltern und Jugendlichen konnte bei Behandlungsbeginn mit einem sehr signifikanten  $r = 0.357$  und  $r = 0.248$  bestätigt werden. Bei den verschiedenen SDQ Dimensionen konnte kein Unterschied im Bezug auf das Alter und im Bezug auf das Geschlecht nur in der Dimension der emotionalen Probleme bei der Einschätzung der Jugendlichen evaluiert werden.

Die Untersuchungsergebnisse sprechen für die deutschsprachige Version des HoNOSCA als Veränderungssensitives Outcome-Instrument. Der gefundene Zusammenhang mit dem SDQ deckt sich mit den Befunden anderer Studien. Es besteht ein Bedarf an Studien zur Validitäts- und Rehabilitätsprüfung des HoNOSCA-D.

# INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG .....	1
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Zielsetzung .....	2
1.3 Aufbau der Arbeit .....	2
1.4 Abgrenzung .....	3
THEORETISCHER TEIL .....	3
2 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE ...	3
2.1 Einführung .....	3
2.2 Definition Qualität und Qualitätssicherung .....	5
2.2.1 Qualität .....	5
2.2.2 Qualitätssicherung .....	5
2.3 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	6
2.4 Massnahmen der Qualitätssicherung in der Kinder und Jugendpsychiatrie .....	7
2.4.1 Entwicklung von Leitlinien .....	8
2.4.2 Dokumentation der Versorgung .....	8
2.4.3 Entwicklung von Qualitätsmassen .....	9
2.4.4 Internes Qualitätsmanagement .....	11
2.4.5 Externe Qualitätssicherung .....	11
3 OUTCOME-MESSUNG .....	11
3.1 Zu berücksichtigende Aspekte der Outcome-Messung im Kinder- und Jugendbereich .....	12
3.2 Outcome-Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	13
3.3 Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS) ....	14
3.4 Das kjp Qualitätssystem .....	15
4 SITUATION AN DEN KJPDSG .....	16
EMPIRISCHER TEIL .....	17
5 HINTERGRUND UND AUFBAU DER UNTERSUCHUNG .....	17
5.1 Ausgangslage .....	17
5.2 Forschungsfragen .....	18
5.3 Hypothesen .....	18
6 METHODISCHES VORGEHEN .....	19
6.1 Forschungsdesign und Stichprobe .....	19
6.2 Durchführung der Datenerhebung .....	19
7 MESSINSTRUMENTE .....	21
7.1 HoNOSCA-Fragebogen .....	21

7.2	Verbreitung des HoNOSCA.....	23
7.3	Der HoNOSCA als Outcome Instrument.....	23
7.4	Psychometrische Kennwerte des HoNOSCA.....	24
7.4.1	Inhaltsvalidität.....	24
7.4.2	Konstruktvalidität.....	24
7.4.3	Kriteriumsvalidität.....	24
7.4.4	Test-Retest-Reliabilität.....	25
7.4.5	Veränderungssensitivität.....	26
7.4.6	Interrater-Reliabilität.....	27
7.4.7	Praktikabilität und Nützlichkeit.....	27
7.5	SDQ-Fragebogen.....	27
8	DATENAUSWERTUNG.....	29
8.1	Testung auf Normalverteilung.....	29
8.2	Wilcoxon-Test.....	29
8.3	Varianzanalyse.....	30
8.4	U-Test nach Mann und Whitney.....	30
8.5	Rangkorrelation nach Spearman.....	30
9	ERGEBNISSE.....	31
9.1	Beschreibung der Stichprobe.....	31
9.2	Deskriptive Statistik.....	32
9.3	Veränderung der psychosozialen Belastung und der Erlebens- und Verhaltensstörungen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG.....	34
9.3.1	Ergebnisse der Erhebung mittels HoNOSCA.....	35
9.3.2	Ergebnisse der Erhebung mittels SDQ für Eltern und SDQ für Jugendliche.....	36
9.4	Zusammenhang der HoNOSCA Werte mit den Werten des SDQ.....	38
9.5	Unterschiede bei den verschiedenen SDQ Dimensionen.....	39
9.6	Explorative Ergebnisse.....	42
10	DISKUSSION.....	45
10.1	Zusammenfassung.....	45
10.2	Beantwortung der Fragestellung.....	47
10.3	Interpretation der Ergebnisse.....	48
10.4	Methodenkritik.....	53
10.5	Ausblick.....	55
11	LITERATURVERZEICHNIS.....	57
12	ANHANG.....	64

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Aspekte von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Schmidt und Nübling, 1994. ....	7
Tabelle 2 Übersicht über störungsunabhängige Verfahren (Ahle et al., 2006) .....	9
Tabelle 3 Übersicht über störungsspezifische Verfahren (Ahle et al., 2006) .....	10
Tabelle 4 Demographische Stichprobencharakteristika im Überblick.....	32
Tabelle 5 Rücklauf der Fragebögen zu den zwei Messzeitpunkten.....	32
Tabelle 6 t1 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Jugendliche (n=421) .....	33
Tabelle 7 t1 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Elternversion (n=719).....	33
Tabelle 8 t2 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Jugendliche (n=10) .....	34
Tabelle 9 t2 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Elternversion (n=16).....	34
Tabelle 10 Wilcoxon-Test bei abhängigen Stichproben HoNOSCA Gesamtscore .....	35
Tabelle 11 Wilcoxon-Test bei abhängigen Stichproben SDQ Gesamtscore Eltern und SDQ Gesamtscore Jugendliche .....	37
Tabelle 12 t1 Rangkorrelation nach Spearman, HoNOSCA Gesamtscore mit dem SDQ Gesamtscore der Eltern und dem SDQ Gesamtscore der Jugendlichen.....	38
Tabelle 13 t2 Rangkorrelation nach Spearman, HoNOSCA Gesamtscore mit dem SDQ Gesamtscore der Eltern und dem SDQ Gesamtscore der Jugendlichen.....	38
Tabelle 14 Überprüfung der Daten der Mädchen und Knaben auf Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests .....	39
Tabelle 15 Ergebnisse der einfaktoriellen Anova der Mädchen und Knaben .....	40
Tabelle 16 Ergebnisse des U-Test nach Mann und Whitney der Mädchen und Knaben.....	41
Tabelle 17 Überprüfung der Daten der Altersgruppen auf Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests .....	42
Tabelle 18 Ergebnisse der einfaktoriellen Anova der Altersgruppen .....	43
Tabelle 19 Ergebnisse des U-Test nach Mann und Whitney der Altersgruppen.....	44

# 1. EINLEITUNG

## 1.1 *Ausgangslage*

Die Forderung nach Qualitätssicherung wird in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten in der Schweiz immer stärker. Dies hat zum einen mit dem steigenden Kostenbewusstsein, den knapper werdenden Ressourcen und zum anderen mit dem Interesse der Kunden an einem optimalen Ergebnis der Behandlungsinterventionen zu tun. Das Krankenversicherungsgesetz verlangt von dem jeweiligen Leistungserbringer zudem Nachweise zu Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit. Die Qualitätssicherung hat zum Ziel, Strategien zu entwickeln, welche die Voraussetzungen, die Abläufe und Ergebnisse der erbrachten Behandlungsleistungen optimieren. Dabei ist die Outcome-Messung (Behandlungsergebnismessung) ein wichtiger Aspekt.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen (KJPDSG) bestehen aus dem zentralen Ambulatorium, der Zweigstelle für Jugendliche, einer Tagesklinik und den Regionalstellen in Heerbrugg, Sargans, Uzwil, Wattwil und Wil. Die KJPDSG ist in der ambulanten und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig und für das Einzugsgebiet der Kantone St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden zuständig. An allen Stellen werden psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen für Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre angeboten.

Als Qualitätssicherungsmassnahme sollen nun diese Behandlungsangebote anhand einer Outcome-Messung evaluiert werden. Als Messinstrumente werden drei Fragebogen eingesetzt:

- Deutschsprachige Version der Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Version für Eltern und Jugendliche ab 11 Jahren

Die deutsche Version des HoNOSCA wird in der Schweiz bereits an der Universitären Psychiatrischen Klinik in Basel (UPK) routinemässig zur Outcome-Messung eingesetzt. Neu haben die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) und das Zentrum für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universität Zürich Interesse gezeigt, den HONOSCA als Messinstrument zur Outcome-Messung einzusetzen.

In Zusammenarbeit mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie, möchten die KJPDSG als Qualitätssichernde Massnahme eine Auswertung der Outcome-Messung der durchgeführten Behandlungen mittels des HoNOSCA und des SDQ durchführen.

## ***1.2 Zielsetzung***

Es handelt sich bei dieser Arbeit um eine Qualitätssicherungsstudie, bei welcher der HoNOSCA und der SDQ als Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt werden. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Veränderung der psychosozialen Belastung, internalisierende und externalisierende Störungen, Hyperaktivität, den Umgang mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten nach der durchgeführten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen an allen Stellen der KJPDSG zu evaluieren und dadurch zu deren Qualitätssicherung beizutragen. Schwerpunkt der Arbeit ist die Überprüfung einer signifikant Abnahme zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG in den oben genannten Bereichen. Zudem wird ermittelt, ob eine Korrelation zwischen den Daten des HoNOSCA und den Daten des SDQ ausgemacht werden können. Weiter wird analysiert, ob sich bei Mädchen und Knaben und bei Kindern bis 13 Jahren und Jugendliche bis 19 Jahren die einzelnen Dimensionen des SDQ (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten) unterscheiden.

## ***1.3 Aufbau der Arbeit***

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in folgende vier Teile: Einleitung, theoretischer Teil, empirischer Teil und Diskussion. Gestützt auf Literaturrecherchen wird im theoretischen Teil auf die Thematik der Qualitätssicherung und im Speziellen auf die Outcome-Messung eingegangen. Wichtig ist, den Kontext genau zu analysieren, weshalb auch die Situation an den KJPDSG erläutert wird. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wird zuerst auf die Fragestellungen und Hypothesen eingegangen, wonach die beiden Fragebögen HoNOSCA und SDQ vorgestellt werden. Die Datenerhebung und die Datenauswertung mit-



tels PASW 18 werden erläutert, anschliessend werden die Ergebnisse präsentiert. Die Diskussion bildet den abschliessenden Teil dieser Arbeit. Hier werden die theoretischen Inhalte zusammengefasst, die Fragestellungen und Hypothesen beantwortet sowie die Ergebnisse interpretiert. Ebenfalls wird die Methodik kritisch diskutiert, und zum Schluss folgen weiterführende Überlegungen.

### ***1.4 Abgrenzung***

Diese Arbeit befasst sich mit Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, im Speziellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Thema der Outcome-Messung steht im Bezug zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und nicht im Zusammenhang mit Evaluations- oder Wirksamkeitsforschung.

## **THEORETISCHER TEIL**

## **2 QUALITÄTSSICHERUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**

Im folgenden Kapitel wird kurz auf den historischen Hintergrund und die Entstehungsgeschichte der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eingegangen und die Begriffe Qualität und Qualitätssicherung werden definiert. Die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian (2005), welche in der medizinischen Qualitätssicherung breite Anerkennung gefunden hat und heute noch aktuell ist, wird vorgestellt. Danach wird auf bedeutende qualitätssichernde Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen. Anschliessend findet eine Abgrenzung zu den Bereichen Evaluations- und Psychotherapieforschung statt.

### ***2.1 Einführung***

Nach Herzog, Stein und Wirsching (2000) sind Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement Konzepte, die ihren Ursprung in der industriellen Fertigung haben. Den Unternehmen, welche diese Konzepte frühzeitig und intensiv einsetzten, brachten sie teilweise grossen Wettbewerbsvorteil. Die Adaption von Qualitätssicherung für den klinisch medizinischen Bereich geschah im Zusammenhang mit knapper werdenden Ressourcen und dem

Versuch, Kosten zu senken. Für viele Kliniker ist deshalb die Herkunft der Qualitätssicherung aus der gewinn orientierten Privatwirtschaft und ihrem Aufkommen in Zeiten zunehmendem Spardrucks problematisch. Sie wird oft als externe Kontrolle und Einmischung in die ärztliche und therapeutische Arbeit erlebt. Das eigentliche Ziel, die kontrollierte und systematische Überprüfung der Ziele, der Voraussetzungen und der prozessualen Abläufe klinischen Handelns droht dadurch verloren zu gehen. Ein Teil der Diskrepanz zwischen Therapiepraxis und –forschung lässt sich erklären durch den notwendig hohen Formalisierungsgrad und die Beschränkung auf Teilaspekte der Forschung und der Praxis, in der immer alles berücksichtigt werden muss.

Laut Simnacher (1999) darf Qualitätssicherung nicht nur als Kontrollinstrument oder Instrument zur Kostensenkung verstanden werden. Sie kann jedoch als Rechtfertigung der hohen Ausgaben dienen, und durch die Optimierung des Mitteleinsatzes kann durchaus eine Kostensenkung als Nebenprodukt möglich sein. Im Mittelpunkt der Qualitätssicherung in der Psychiatrie steht das Ziel, dem Kunden eine optimale Hilfequalität zu bieten.

Die Einführung von qualitätssichernden Massnahmen wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestärkt. In ihrem Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ wurde die Einführung von qualitätssichernden Massnahmen in der Gesundheitsversorgung aller Mitgliedsländer gefordert. Die WHO erarbeitete verschiedene Empfehlungen, wie diese umgesetzt werden können und betonte die Wichtigkeit der Integration von qualitätssichernden Massnahmen in die nationale Gesundheitspolitik (WHO, 1985; zit. nach Bührlen-Amstrong & Bengel, 1998).

In der Schweiz wurde die Qualitätssicherung für medizinische Dienste im Krankenversicherungsgesetz (KVG) Art. 58 gesetzlich festgelegt (Bundesversammlung, 1994). Heute koordiniert der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) die Durchführung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung in Schweizer Spitälern und Kliniken. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf einer national einheitlichen Umsetzung der Ergebnisqualitäts-Messungen. Der ANQ wurde im März 2009 aus einem Zusammenschluss der nationalen Gesellschaft für Qualitätssicherung (KIQ) und des Interkantonalen Vereins für Qualitätssicherung und –förderung gegründet und führt deren Projekte weiter (ANQ, 2011).

## ***2.2 Definition Qualität und Qualitätssicherung***

### **2.2.1 Qualität**

Das deutsche Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (2003, S. 108) definiert Qualität wie folgt:

Qualität im Gesundheitswesen bedeutet, eine ausreichende und zweckmässige, d.h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebendqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.

Unter Berücksichtigung der Häufigkeit der Zitate in der Fachliteratur scheint die Definition der Normenreihe DIN EN ISO 900 bis 9004 des Deutschen Instituts für Normierung am ehesten akzeptiert zu sein (Eichhorn, 1997). Qualität wird unter DIN ISO 8402 definiert als „Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesagte Erfordernisse zu erfüllen“ (Gebhardt, 2009, o.S.).

Hell (1998) umschreibt den semantische Ursprung von Qualität, welcher vom lateinischen Wort *qualitas* kommt mit So-Sein, eine Art und Weise, die Beschaffenheit eines Gegenstandes oder eines Handelns. Qualität sollte demnach in einem grösseren Sinnzusammenhang verstanden werden, in dem bestimmt wird, ob eine bestimmte Art und Weise gut oder schlecht ist. Hell betont die Wichtigkeit eines Referenzsystems für die Beurteilung der Qualität. In der Psychiatrie wird die Qualität eines Angebotes oder eines Handelns an unseren Erwartungen gemessen, welche das Referenzsystem bilden. Hell setzt sich weiter kritisch mit der Frage auseinander, wer diese Erwartungen definiert und dass die Psychiatrie zu entscheiden weiss, was messbar ist und was nicht.

Im Bezug auf Psychotherapie definieren Farin und Bengel (2003, S.48) Qualität als „die Übereinstimmung des Prozesses und Ergebnisses einer Beratung oder der Psychotherapie mit entsprechenden Zielfestlegungen“. Dies kann vor allem durch fachliche Standards, Leitlinien oder Prä- Post- Vergleiche wiedergegeben werden.

### **2.2.2 Qualitätssicherung**

Aufgrund der oben beschriebenen Definition von Qualität im Bezug auf Psychotherapie kann Qualitätssicherung umschrieben werden als Bemühungen des Dienstleistungserbrin-

gers, welche auf dokumentierten Konzepten und Methoden gründen und das Ziel verfolgen, die festgelegten Anforderungen zu erreichen. Qualitätssicherung beinhaltet Massnahmen zur Qualitätsmessung, wie zum Beispiel Dokumentationssysteme oder Fragebogen zur Patientenzufriedenheit wie auch Massnahmen zur Qualitätsverbesserung wie zum Beispiel Supervision oder Qualitätszirkel (Farin & Bengel, 2003).

Weiter werden unter Qualitätssicherung alle Massnahmen zusammengefasst, welche die Qualität in der Gesundheitsversorgung sicherstellen, überprüfen und verbessern. Inhaltlich kann sie auf die Bereiche Diagnostik, Therapie, pflegerische und pädagogische Aufgaben in der Krankenversorgung, die mit der Krankenversorgung verbundenen organisatorischen Aspekte sowie auf die Bereiche Aus- und Weiterbildung des Personals bezogen werden. Es wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Zur internen Qualitätssicherung gehören Massnahmen, die innerhalb eines Krankenhauses oder einer Praxis durchgeführt werden mit dem Ziel, die Qualität zu sichern oder zu verbessern. Bei der externen Qualitätssicherung werden vorwiegend Vergleiche zwischen verschiedenen Leistungserbringern angestellt (Mattejat, 2008).

Nübling & Schmidt (1999) heben hervor, wie wichtig es ist, dass Qualitätssicherung nicht nur Daten erhebt, sondern Probleme aufspürt, analysiert und die möglichen Ursachenbereiche identifiziert. Die daraus abgeleiteten Problemlösungsstrategien müssen umgesetzt und wiederum überprüft und evaluiert werden.

### ***2.3 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität***

Um mögliche Probleme und deren Ursachen festzustellen und passende Lösungsstrategien zu finden, kann die auf Donabedian (2005) zurückgehende Einteilung in Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität sehr hilfreich sein. Sie ist heute in der medizinischen Qualitätssicherungstheorie allgemein anerkannt.

Unter *Strukturqualität* werden alle strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung von Leistung subsumiert. Darunter werden die räumliche, technische und personelle Ausstattung einer Einrichtung, die finanziellen Ressourcen und die gesetzlichen, verwaltungstechnischen und konzeptuellen Rahmenbedingungen verstanden.

Die *Prozessqualität* beinhaltet das leistungserbringende Handeln, worunter unter anderem die Angemessenheit der Diagnose und der gewählten Interventionen sowie die Durchführung und der Ablauf der Versorgung verstanden werden.

Die *Ergebnisqualität* macht Aussagen über den Behandlungserfolg. Donabedian (2005) betrachtet die Strukturqualität als Grundvoraussetzung der Behandlungsqualität.

Als wichtigen Aspekt der Qualitätsbeurteilung nennt Donabedian (2005) die Ergebnisqualität. Diese ist aber auch problematisch, weil viele komplexe Faktoren die gesundheitliche Entwicklung eines Patienten beeinflussen können und es schwierig einzuschätzen ist, welche Ergebnisse auf die Therapie zurückzuführen sind. Die Einschätzung des Patienten unterscheidet sich oft vom Urteil der Fachleute, weshalb beide Sichtweisen erhoben werden sollten. Aus diesen Überlegungen heraus ist angezeigt, die Ergebnisqualität vielschichtig zu erheben, damit die Prozessqualität mitberücksichtigt werden kann.

Die Aufteilung von Donabedian (2005) wurde als hilfreicher Ansatz für die Qualitätsbeurteilung aufgenommen, aber auch kritisch diskutiert, da die Grenzen der drei Qualitätsmerkmale häufig fließend sind (Simnacher, 1999). Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über eine mögliche Einteilung der drei Qualitätsdimensionen.

**Tabelle 1 Aspekte von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Schmidt und Nübling, 1994.**

Elemente der Strukturqualität („Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen“)	Elemente der Prozessqualität („Leistungserbringendes Handeln“)	Elemente der Ergebnisqualität („Outcome“)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualifikation und Motivation</li> <li>- Konzepte</li> <li>- Stellenpläne</li> <li>- Finanzielle Ausstattung</li> <li>- Bauliche und technisch-apparative Gegebenheiten</li> <li>- Ausbildungssysteme Planungs- und Zuweisungssysteme</li> <li>- Kennzeichen der zu behandelnden Patientenklientel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sachgerechte Durchführung von Diagnostik und Therapie</li> <li>- Inanspruchnahme von Massnahmen, Frequenzen/Dauer/Dosis der Behandlungsmaßnahmen qualitative Masse der Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinischen Parameter,</li> <li>- Soziale und psychologische Funktionen</li> <li>- Bewusstseins-, Wissens- und Verhaltensänderungen</li> <li>- Patientenzufriedenheit</li> </ul>

## ***2.4 Massnahmen der Qualitätssicherung in der Kinder und Jugendpsychiatrie***

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Qualitätssicherungsstudie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, weshalb im folgenden Kapitel das Thema der Qualitätssiche-

rung in diesem Fachbereich ausführlich dargestellt wird. Der Frage, welches die bedeutendsten Massnahmen zur Qualitätssicherung sind, wird nachgegangen.

#### **2.4.1 Entwicklung von Leitlinien**

Als erstes wird die Entwicklung von Leitlinien genannt, da Zielvorgaben oder Massstäbe für die Diagnostik und Behandlung essentiell sind, damit die Qualität in der Gesundheitsversorgung beurteilt werden kann. Leitlinien werden aufbauend auf den Resultaten der Therapieforschung formuliert, welche zeigen konnten, bei welchen Störungsbildern welche Therapieansätze erfolgreich sind. Sie sollen Hinweise für die diagnostisch-therapeutische Arbeit geben, den Wissenstransfer aus der Forschung in die Praxis vereinfachen, Minimalstandards formulieren, Kunstfehler vermeiden, einen wichtigen Massstab darstellen sowie den Betroffenen eine Orientierungshilfe sein und damit die Transparenz fördern. In ihren konkreten Empfehlungen bleiben Leitlinien für den therapeutischen Bereich jedoch relativ allgemein und ersetzen kein Therapie-Manual (Mattejat, 2008). Für die wichtigsten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Störungsbilder haben die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2008) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJPP, 2005) Leitlinien formuliert.

#### **2.4.2 Dokumentation der Versorgung**

Als weiteren wichtigen Punkt für die Qualitätssicherung ist laut Laireiter (2003) die Basisdokumentation zu nennen. Es handelt sich dabei um ein standardisiertes Erfassungssystem, welches alle Daten ökonomisch und permanent bei allen Patienten eines Versorgungsbereiches festhält. Bei Therapiebeginn werden Personendaten, wie z.B. soziale, biographische, anamnestische und diagnostische Daten, erhoben sowie die Befunderhebung, Zielvorstellungen, Indikation und Prognosen erfasst. Während des Therapieverlaufs werden eingesetzte Methoden, der formale Verlauf (Sitzungszahl etc.) und der Therapieprozess im Überblick dokumentiert. Zu den Abschlussdaten zählen die Ergebnisse einer Therapie, die Folgemassnahmen sowie die katamnestische Erhebung. Bei Bedarf können diese Daten statistisch ausgewertet und die Ergebnisse an Institutionen und Praktiker und Praktikerinnen rückgemeldet werden mit dem Ziel, Aufschluss über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung zu geben. Für die stationäre und ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO-KJ) entwickelt

(Rückert & Linster, 1998). Winter, Wiegard, Welke und Lehmkuhl, (2005) entwickelten die Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Psy-BaDo-KJ) speziell für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in diesem Altersbereich. Weiter gibt es die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie der drei Fachverbände für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 1998).

### 2.4.3 Entwicklung von Qualitätsmassen

Gleichermassen ein zentrales Thema der Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Entwicklung von Messinstrumenten, da es kaum anerkannte Methoden zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität gibt. Bei der Evaluation von Therapien wird vorwiegend der Therapie-Erfolg beurteilt, die Prozessqualität aber mehrheitlich ausgeklammert. Es stellt sich die Aufgabe, „Messinstrumente zu entwickeln und praktisch einzusetzen, die geeignet sind, zentrale Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität in valider und ökonomischer Weise zu erfassen“ (Mattejat, 2008, S. 112).

Verschiedene verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten haben gemeinsam eine Liste mit Verfahren erstellt, welche für die Qualitätssicherung in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen sinnvoll verwendet werden können. Die oben beschriebene Basisdokumentation sowie störungsunabhängige Verfahren und störungsspezifische Instrumente werden genannt (Ahle, Döpfner, Könning, Mattejat, Müller, Walter & Zumpf, 2006). Die Störungsunabhängigen Verfahren werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

**Tabelle 2 Übersicht über störungsunabhängige Verfahren (Ahle et al., 2006)**

Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Kompetenzen	Erfassung der Lebensqualität	Erfassung Therapiezufriedenheit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Child Behavior Checklist (CBCL), Version für Eltern</li> <li>- Teacher Report Form (TRF), Version für Lehrer</li> <li>- Youth Self Report (YSR) Version für Jugendliche</li> <li>- Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6) Version für Eltern und Erzieher</li> <li>- Mannheimer Fragebögen für 6 – 13 Jahre, Version für Eltern und Erzieher</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Eltern-, Kinder-, Jugendlichen- und Therapeutenbogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB), Version für Eltern, Patienten ab 12 Jahren und Therapeuten</li> </ul>

Die nächste Tabelle gibt einen Überblick über die störungsabhängigen Verfahren.

**Tabelle 3 Übersicht über störungsspezifische Verfahren (Ahle et al., 2006)**

<b>Störungsbild</b>	<b>Verfahren</b>	
Hyperkinetische Störungen	DISYPS-KJ	Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
	HSQ-D	Home Situations Questionnaire
	HPC-D	Elternfragebogen über Verhaltensweisen bei Hausaufgaben
Angststörungen	DISYPS-KJ	Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
	SPAIK	Das Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder
	KAT-II	Kinder-Angst-Test-II
	DAI	Differentielles Leistungsangst-Inventar
	AFS	Angstfragebogen für Schüler
Zwangsstörungen	PHOKI	Phobienfragebogen für Kinder und Jugendliche
	Paudal-Inventary	PAUDA – Fragebogen für Jugendliche/Eltern
	CY-BOCS	Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
	HZI	Hamburger Zwangsinventar (Kurzform HZI-K)
Störungen des Sozialverhaltens	DISYPS-KJ	Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
	STAXI	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar
	EAS	Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen
Depressive Störungen	DISYPS-KJ	Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
	DTK	Depressionstest für Kinder
	DIKJ	Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche
	BDI	Beck-Depressions-Inventar
Essstörungen	ANIS	Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung
	SIAB-EAT	Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen Standardisiertes Interview Eating-Attitude-Test
Somatisierungsstörungen	GBB-JK	Giessener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche
Tic Störung		Yale-Tourette-Syndrom-Symptomliste
	DISYPS-KJ	Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Für die Qualitätssicherung wird der Einsatz von störungsunabhängigen Verfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, der Lebensqualität und der Therapiezufriedenheit empfohlen. Die Anwendung von standardisierten Verfahren erhöht die Messgenauigkeit der Diagnosestellung, was die Genauigkeit und Effizienz der Therapieplanung, die Interventionsmethoden und Therapiezielerreichung verbessert (Ahle et al., 2006).



#### **2.4.4 Internes Qualitätsmanagement**

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Qualitätsmanagement in einer Einrichtung, dessen Ziel die systematische Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist. Dazu kann es sinnvoll sein, ein Qualitätsmanagement-Projekt durchzuführen. Zu Beginn eines solchen Projekts müssen vorab einige Fragen geklärt werden.

Warum dieses Projekt? Welche Ergebnisse werden angestrebt? Welche Massnahmen und Instrumente sind notwendig, und wie werden Verbesserungen aufgezeigt? Wer ist verantwortlich, wie sieht die Bearbeitung konkret aus, und welcher Zeithorizont ist realistisch? Wie geschieht die Umsetzung der Projektergebnisse? Internes Qualitätsmanagement kann auch zu einer externen Qualitätsbeurteilung führen, welche die systematische und erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements überprüft. (ÄZQ, 2003; Wölker, 2002).

#### **2.4.5 Externe Qualitätssicherung**

Als letzte Massnahme der Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die externe Qualitätssicherung aufgeführt, wozu es bis anhin kaum Projekte gibt. Im deutschsprachigen Raum wurde ein Projekt umgesetzt, welches in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen durchgeführt wurde. Dabei wurde das „kjp Qualitätssystem“ erstmals verwendet (Mattejat, 2008). Auf dieses Projekt wird im Kapitel der Outcome-Messung näher eingegangen.

### **3 OUTCOME-MESSUNG**

Im vorangehenden Kapitel wurde auf die verschiedenen Aspekte der Qualitätssicherung eingegangen und die Einteilung von Donabedian (2005) beschrieben. Folgt man dieser Einteilung, gehört die Outcome-Messung zur Ergebnisqualität, da sie das Behandlungsergebnis misst. Sie nimmt in der Qualitätssicherung bei der Therapie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen eine zentrale Stellung ein. In diesem Kapitel wird deshalb auf die speziellen Begebenheiten der Outcome-Messung im Kinder und Jugendbereich eingegangen. Der heutige Forschungsstand der Outcome-Messung zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird beleuchtet sowie zwei grosse Projekte aus dem deutschsprachigen Raum werden vorgestellt.

### *3.1 Zu berücksichtigende Aspekte der Outcome-Messung im Kinder- und Jugendbereich*

Jede Intervention muss im Kontext des jeweiligen Menschen gesehen werden. Je nach Situation wird unter einem guten Behandlungsergebnis etwas ganz anderes verstanden. Es stellt sich die Frage, wer das Behandlungsergebnis als gut beurteilt. Kliniken, Versicherungen, Eltern oder die Kinder und Jugendlichen haben unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse, welche auseinander driften können. Was für das Kind gut ist, ist nicht immer vorteilhaft für das Familiensystem oder das, was der Kostenträger möchte.

Kindern fällt es nicht leicht, ihre Gefühle und Gedanken in Worte zu fassen, weshalb zur Beurteilung auf Informationen von Eltern, Lehrpersonen oder anderen vertrauten Personen zurückgegriffen wird. Die Schwierigkeit dieses Vorgehens liegt in den voneinander abweichenden Einschätzungen. Die Sichtweise des Kindes wird kaum mit einbezogen, obwohl nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Wahrnehmung der Eltern exakt die Gefühlswelt und die Bedürfnisse des Kindes widerspiegelt.

Was als behandlungsbedürftig und als gutes Behandlungsergebnis eingeschätzt wird, hat mit unserer ethnischen und kulturellen Prägung zu tun. So werden zum Beispiel das Streben nach Individualität und die angemessene Unterordnung in der Familie je nach kulturellem Hintergrund unterschiedlich bewertet. Interventionen und Messinstrumente sollten deshalb der Kultur einer ethnischen Gruppe angepasst sein und sprachliche und kulturelle Bedeutungen berücksichtigen.

Die kindliche Entwicklung sollte berücksichtigt werden, da viele psychiatrische Symptome wie zum Beispiel Ängstlichkeit bei kleinen Kindern normal sind oder in bestimmten Entwicklungsphasen auftreten. Die klinische Bedeutung von Verhaltensweisen ändert sich je nach Alter des Kindes, was Instrumente zur Erfassung des Outcomes berücksichtigen müssten, oft aber nicht tun. Der Entwicklungsansatz sieht die Symptome nicht als alleiniges Kriterium bei der Bewertung des Behandlungserfolges. Bei der Komplexität von psychiatrischen Krankheiten kann auch einmal eine Symptomzunahme als guter Outcome interpretiert werden.

Diagnosekriterien und Messinstrumente werden im Kinder- und Jugendbereich meist aus dem Erwachsenenbereich adaptiert. Wie gut sie zu den Themen der Kindheit passen, wird oftmals nicht gezeigt (Fonagy, 2005).

### *3.2 Outcome-Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Laut Merod und Petermann (2006) steht die Erfassung der Ergebnisqualität in der Therapie von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen noch am Anfang, und es gibt wenig nutzbare Verfahren. Zur Erfassung des Outcomes ist die Einschätzung über den Therapieerfolg aus Sicht der Behandelnden und der Patienten wichtig, da diese teilweise stark variieren. Im Erwachsenenbereich werden deshalb subjektive Einschätzungen der Therapieergebnisse mit einbezogen.

Laut Brisch (2000) gibt es im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen noch wenige Evaluationsstudien im Zusammenhang mit Qualitätssicherung. Studien zu behavioral-kognitiven Therapien überwiegen im Vergleich zum analytisch/tiefenpsychologischen Bereich (zit. nach Winter et al., 2005).

Mattejat und Remschmidt (2006) betonen das Fehlen von Messinstrumenten, mit denen in der realen Gesundheitsversorgung Daten zum Behandlungsergebnis erhoben werden können. Sie verweisen auf den angloamerikanischen Sprachraum, vor allem auf England und Australien, wo die Entwicklung solcher Messinstrumente weiter fortgeschritten ist. Konkrete Vorschläge für ein modulares System zur Outcome-Messung entwickelten Bickman, Nurcombe, Townsend, Belle, Schut und Karver (1998; zit. nach Mattejat & Remschmidt, 2006) im Buch „Consumer Measurement Systems in Child and Adolescent Mental Health“. Die Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA), welche von Gowers, Harrington, Whitton, Lelliott, Beevor, Wing, und Jezzard (1999) in England entwickelt wurde, nimmt in diesem modularen System zur Outcome-Messung eine essentielle Stellung ein. Eine ähnlich systematische Entwicklung findet in den deutschsprachigen Ländern nicht statt.

In der Schweiz läuft momentan in der Erwachsenenpsychiatrie ein Pilotprojekt zur ergebnisrelevanten Qualitätssicherung des ANQ, in welchem die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht berücksichtigt wird (ANQ, 2011).

### *3.3 Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS)*

Aufgrund der beschriebenen Situation zu den fehlenden Evaluationssystemen entwickelten Remschmidt und Mattejat (2006) das Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation MARSYS. Dessen Entwicklung und seine Anwendung im Marburger Evaluationsprojekt werden in diesem Kapitel vorgestellt.

Damit das MARSYS (Remschmidt & Mattejat, 2006) im Rahmen des Marburger Evaluationsprojektes eingesetzt werden konnte, waren über mehrere Jahre verschiedene Vorläuferstudien nötig. Ziel war, ein Evaluationssystem zu entwickeln, welches die Ergebnisqualität von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Behandlungen erfasst und für naturalistische Therapie-Evaluationsstudien und zur Qualitätssicherung eingesetzt werden kann. In einem ersten Schritt wurde die Marburger 9-Jahres-Studie zum Therapieerfolg durchgeführt, als Instrument wurde die Basisdokumentation eingesetzt. Die Ergebnisse des Therapieerfolgs aufgrund von Therapeutenangaben findet man bei Remschmidt, Gutenbrunner und Mattejat (1994) und Remschmidt und Mattejat (2001). Danach wurde von 1995-1996 in der Marburger Katamnese Studie I und von 1996-1997 in der Katamnese Studie II der Verlauf nach Entlassung erfasst sowie ein standardisiertes Telefoninterview auf dessen Validität und Reliabilität überprüft (Mattejat, Hirsch & Remschmidt, 2003). Weiter wurde in Studien drei spezielle Instrumente entwickelt: der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung FFB (Mattejat & Remschmidt, 1998a), das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ILK (Mattejat & Remschmidt, 1998b; Mattejat & Remschmidt, 2006) und die Marburger Symptomskalen MSS (Mattejat & Remschmidt, 2005). Laut Remschmidt und Mattejat (2006) sind im Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation zur Datenerhebung mehrere Teilkomponenten enthalten. Dies sind:

- Kinder und Jugendpsychiatrische Basisdokumentation
- Standardisiertes Telefoninterview mit den Eltern
- Marburger Symptomskalen, (MSS)
- Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung, (FBB)
- Inventar zur Erfassung der Lebensqualität, (ILK)
- Liste individueller Symptomfragen zur Therapie-Evaluation, (LISTE)
- Ergänzungsverfahren anderer Autoren; Child Behavior Check List (CBCL), Youth Self Report (YSR) oder Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Zwischen 1999 und 2006 wurde das MARSYS an der Philipps-Universität Marburg im stationären Bereich in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angewendet. Es handelte sich dabei um eine Evaluationsprojekt zur Überprüfung der Ergebnisqualität, welches als 1-Stichproben-Längsschnittdesign mit einem Messzeitpunkt zu Behandlungsbeginn, einem zu Behandlungsabschluss und einer 1.5 Jahre Katamnese durchgeführt wurde. Das Ziel von aussagekräftigen Ergebnissen durch eine hohe Ausschöpfungsquote und eine geringe Stichprobenverzerrung wurde mit sehr guten Resultaten erreicht. Es konnten vollständige Angaben über die Patienten gewonnen werden, nur bei 1-3% liegt keine Anfangsdiagnostik vor. Bei den Eltern liegt die Ausschöpfungsquote zwischen 68-82%. Von den betroffenen Familien wurden die durchgeführten Erhebungen gut akzeptiert, sie erlebten die Überprüfung der Ergebnisqualität als positiv wodurch es zu wenig Dropouts kam.

Obwohl sich die Methodenwahl in diesem Projekt an der Ökonomie und Praktikabilität orientierte, war der Gesamtaufwand sehr hoch. Trotz des hohen Aufwandes lohnt sich die Implementierung solcher Evaluationssysteme zur Qualitätssicherung in die stationäre Routineversorgung, da die gewonnen Daten sehr bedeutsam für die praktische Therapie und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sind. Im Verhältnis zu den Gesamtkosten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen sind die Kosten solcher Projekte relativ gering (Remschmidt & Mattejat, 2006).

### ***3.4 Das kjp Qualitätssystem***

Ziel ist die Erfassung und Verbesserung der Ergebnisqualität. kjp ist ein analoges System zum MARSYS, welches aber für den ambulanten Bereich adaptiert wurde und für die externe geschützte Qualitätssicherung eingesetzt wird (Mattejat, Trosse, John, Bachmann & Remschmidt, 2006).

Hauptmerkmale des kjp Qualitätssystems sind:

- Die Datenerhebung geschieht extern durch die Studienzentrale. Dieses Vorgehen gewährt Objektivität, ist standardisiert, für alle Praxen gleich, unabhängig vom Untersucher und vermeidet systematische Verzerrungen.
- Geschützte Evaluation steht für die Wahrung des Datenschutzes und der Arzt-Patient-Beziehung. Es werden nur anonymisierte Daten veröffentlicht.
- Die Familien werden von dem Behandelnden zur Teilnahme eingeladen und bei derer Zustimmung erhält die Projektzentrale ihre Einverständniserklärung.

- Methoden: Standardisiertes Telefoninterview (Inhalt: Behandlung, Psychopathologie, Lebensqualität, Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit).
- Rückmeldung an die Praxen über individuelle Ergebnisse der Patienten und Patientinnen, Praxisergebnis und anonymisierte Vergleichswerte der anderen Praxen.

Von 2004 – 2006 wurde das kjp Qualitätsprojekt durchgeführt um das kjp Qualitätssystem zu evaluieren und erste Erkenntnisse über die ambulante Versorgung zu gewinnen. Es wurde als ein Stichproben Design mit drei Messzeitpunkten (Erstvorstellung, nach drei Monaten und nach einem Jahr) konzipiert und in Zusammenarbeit mit neun Praxen und der Philipps - Universität Marburg durchgeführt. Die Resultate bestätigen das kjp Qualitätssystem als „kostengünstiges und aussagekräftiges Verfahren zur Erfassung der Ergebnisqualität“ (Mattejat 2006, S. 169).

## 4 SITUATION AN DEN KJPDSG

Folgende Angaben beziehen sich auf ein internes Papier der KJPDSG. Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, müssen medizinische Dienste in der Schweiz laut Art. 58 des KVG Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Organisation verankern. Bei der Umsetzung dieser Forderung orientieren sich die KJPDSG an folgenden Punkten:

- Einteilung nach Donabedian (2005) in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Kapitel 2.3)
- Definitionsansätze aus dem US- amerikanischen Raum, da Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung dort eine längere Tradition hat und bereits viele Erfahrungen gesammelt werden konnten.
- Schweizer Pilotprojekt der Expertengruppe Psychiatrie des ANQ (Kapitel 2.1 und 3.1).

Die Expertengruppe hat für die stationäre Erwachsenenpsychiatrie die wesentlichen Qualitätsthemen in einer Liste von 12 Punkten zusammengefasst. Für das Pilotprojekt wurde als Pflichtindikator die Symptombelastung festgelegt, welcher während zwei Jahren an 14 Kliniken im Erwachsenenbereich erhoben wird. Ziel des Projekts ist, Transparenz über ergebnisbezogene Qualität psychiatrischer Leistungen zu schaffen. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz existiert noch kein solch koordiniertes Vorgehen.

Angelehnt an dieses Vorgehen werden an den KJPDSG in einem ersten Schritt Erlebens- und Verhaltensprobleme, prosoziales Verhalten und psychosoziale Belastungen durch Selbst- und Fremdeinschätzung bei Behandlungsbeginn und –ende erfasst. Dies ermöglicht Aussagen über die subjektive Empfindung der Beziehungen, Emotionen und des Verhaltens und die medizinisch-fachlich wahrgenommene psychosoziale Belastungen. Bei Kindern übernehmen die Eltern oder die Lehrperson die Selbsteinschätzung, wobei Jugendliche ab 11 Jahren sich zusätzlich selbst einschätzen.

An den KJPDSG werden Erlebens- und Verhaltensprobleme sowie prosoziales Verhalten durch den Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Version für Eltern und für Jugendliche ab 11 Jahren und psychosoziale Belastungen durch den Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) erhoben. Beide Messinstrumente werden im methodischen Teil (Kapitel 7.3) vorgestellt.

## **EMPIRISCHER TEIL**

# **5 HINTERGRUND UND AUFBAU DER UNTERSUCHUNG**

### ***5.1 Ausgangslage***

Diese Untersuchung zur Qualitätssicherung wird im Rahmen des Qualitätsmanagementkonzepts der KJPDSG durchgeführt. Ziel ist die Outcome-Messung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen an allen Stellen im Kanton St. Gallen. Aus diesem Grund werden die psychosoziale Belastung und Aspekte des Erlebens und Verhaltens bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende durch Fremd- und Selbsteinschätzung erhoben. Alle von Mai 2010 bis März 2011 bzw. an den zwei Stellen des Pilotprojekts ab Sommer 2009 erhobenen Prä- und Postbefragungen werden berücksichtigt.

## ***5.2 Forschungsfragen***

Folgende Forschungsfragen dienen als Grundlage dieser Arbeit und sind untersuchungsleitend:

1. Nimmt die psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG ab? (Einschätzung durch Therapeutinnen und Therapeuten)
2. Nehmen Erlebens- und Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG ab? (Einschätzungen durch die Eltern und die Jugendlichen ab 11 Jahren)?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der Eltern und Jugendlichen beim SDQ und den Einschätzungen der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA?
4. Zeigen sich Unterschiede bei den verschiedenen Dimensionen des SDQ (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten) bezüglich Geschlecht oder Alter bei der Einschätzung durch die Eltern und die Jugendlichen ab 11 Jahren?

## ***5.3 Hypothesen***

An den oben genannten Fragestellungen orientieren sich folgende Hypothesen:

1. Die Differenz zwischen der Prä- und Postmessung des HoNOSCA und die Differenz zwischen der Prä- und Postmessung des SDQ sind signifikant unterschiedlich. Die Postmessung zeigt signifikant tiefere Werte.
2. Die Einschätzung der Eltern und Jugendlichen beim SDQ korreliert positiv mit der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA.
3. Mädchen haben mehr internalisierende Störungen, Knaben mehr externalisierende Störungen und Hyperaktivität (bei der Einschätzung durch Eltern und Jugendliche ab 11 Jahren).



## 6 METHODISCHES VORGEHEN

### *6.1 Forschungsdesign und Stichprobe*

Beim Paneldesign handelt es sich laut Diekmann (2009) um eine besondere Form der Längsschnittstudie, welche die Werte der gleichen Variablen zu mehreren Zeitpunkten erhebt. Das besondere Merkmal dieses Designs ist, dass die Stichprobe bei jeder Messung identisch ist. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt in der Möglichkeit, die Variablenwerte bei den gleichen Personen bzw. den gleichen Untersuchungseinheiten wiederholt zu messen. Dadurch können Veränderungen auf der individuellen Ebene nachvollzogen werden. Bei längerfristig angelegten Studien muss mit einer erheblichen Schwundquote gerechnet werden, was als Panelmortalität bezeichnet wird. Um bei der vorliegenden Studie einen Prä-Post-Vergleich durchzuführen, wurden bei identischen Stichproben und identischen Variablen zwei Messungen (t1 und t2) durchgeführt. t1 steht für die Messung bei Behandlungsbeginn, t2 für die Messung am Behandlungsende.

Um die Einschätzung der Eltern und Jugendlichen mit denen der Therapeutinnen und Therapeuten zu vergleichen und um allfällige Unterschiede im Bezug auf Geschlecht und Alter bei den Dimensionen des SDQ auszumachen, wurden die Daten des Behandlungsbeginns (t1) verwendet. Laut Diekmann (2009) handelt es sich dabei um ein Querschnittsdesign, da die Daten nur zu einem Zeitpunkt, bei dieser Studie am Behandlungsbeginn, bei unterschiedlichen Personen erhoben wurden.

Die Stichprobe dieser Studie besteht aus allen Kindern und Jugendlichen, welche sich an allen Stellen der KJPDSG im Zeitraum von Mai 2010 bis März 2011 vorstellten sowie an der Regionalstelle in Wattwil und der Zweigstelle für Jugendliche in St. Gallen ab Sommer 2009.

### *6.2 Durchführung der Datenerhebung*

Bevor in einer Pilotphase mit der Datenerhebung begonnen werden konnte, wurden die neuen Messinstrumente der SDQ und HoNOSCA eingeführt. Der HoNOSCA wird von den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten (Ärztinnen, Ärzte, Psychologen, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) der KJPDSG bewertet, weswegen zu Beginn eine interne Schulung durchgeführt wurde. Im Sommer 2009 wurde in einer ersten

Phase die Datenerhebung an der Regionalstelle Wattwil und an der Zweigstelle für Jugendliche in St. Gallen eingeführt. Die Einführung und Umsetzung der Pilotphase verlief erfolgreich, worauf die Implementierung dieser Massnahmen zur Qualitätssicherung an allen Institutionen der KJPDSG erfolgen konnte. Am 2. Mai 2010 begann die Datenerhebung an den anderen Regionalstellen in Heerbrugg, Sargans, Uzwil und Wil sowie am Ambulatorium in St. Gallen.

Der SDQ und HoNOSCA wurde bei allen Kindern und Jugendlichen bei Behandlungsbeginn und, falls zehn oder mehr Therapieeinheiten folgten, auch bei Behandlungsende erhoben. Die Eltern eines Kindes oder eines Jugendlichen, einer Jugendlichen ab 11 Jahren wurden über die Durchführung dieser Qualitätssicherungsmassnahme informiert. Sie wurden zur Teilnahme eingeladen und gebeten, die Fragen des SDQ zu beantworten. Der HoNOSCA wurde von den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten beantwortet. Beim HoNOSCA wurden die Items 1 bis 13 erhoben. Bilenberg (2003) berichtet, dass die Kliniker Items 14 und 15 als unklar und schwierig einschätzbar empfanden, was mit Befunden aus anderen Studien übereinstimmt. Zudem decken diese Fragen die speziellen Gegebenheiten des britischen Systems ab, welche in der Schweiz nicht dieselbe Relevanz haben, weshalb diese beiden Items in dieser Studie nicht erhoben wurden.

Damit die Angaben beim HoNOSCA möglichst präzise erfolgen konnten, wurde im Januar 2011 eine vertiefende Schulung durchgeführt. Zusätzlich zu den Fragebögen wurde nach der Betreuungs- und Schulsituation der Kinder oder der Jugendlichen sowie der Ausbildung und beruflichen Situation der Eltern gefragt. Die Diagnose nach ICD 10 Achse 1 bis 5, das Geschlecht und Geburtsdatum der Kinder oder der Jugendlichen wurden ebenfalls erfasst. Am Behandlungsende wurden folgende Punkte vermerkt: Austrittsbefund, Behandlung, Spezialdienstleistungen, Entscheid für den Austritt, Aufenthalt nach dem Austritt und empfohlene Weiterbehandlung.

Alle Daten, welche während der Pilotphase von Sommer 2009 bis Ende April 2010 erhoben wurden, lagen in anonymisierter Papier-Bleistift-Version vor. Ab dem 2. Mai 2010 wurden alle Fragebogen durch das Sekretariat elektronisch erfasst. In dieser Studie werden alle Prä- und Postbefragungen berücksichtigt, welche bis März 2011 durchgeführt wurden.

## 7 MESSINSTRUMENTE

Der Schwerpunkt des folgenden Kapitels liegt beim HoNOSCA, da die deutsche Version erst an zwei Institutionen in der Schweiz angewendet wird und die Fertigstellung des HoNOSCA-D im Mai 2011 erfolgt. Aus diesem Grund wird nun detailliert auf dieses für die deutsche Sprache ab diesem Monat neu zugängliche Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung der psychosozialen Belastung bei Kinder und Jugendlichen eingegangen. Zu Beginn werden der Fragebogen und sein Aufbau erläutert, danach wird seine Verbreitung und Anwendung als Outcome-Instrument dargestellt. Weiter wird sehr ausführlich auf die verschiedenen Studien zu den psychometrischen Kennwerten des HoNOSCA eingegangen. Zum Schluss dieses Kapitels wird das zweite Messinstrument der SDQ vorgestellt.

### 7.1 *HoNOSCA-Fragebogen*

Der HoNOSCA ist ein aus 15 Items bestehender Fremdeinschätzungs-Fragebogen, welcher in Grossbritannien von Gowers et al. (1999) entwickelt wurde. Ziel war es, ein ökonomisches, veränderungssensitives Outcome-Messinstrument zur Erfassung der psychosozialen Belastung und zur Einschätzung der Komplexität der gesamten Situation eines Kindes oder Jugendlichen zu schaffen. Zudem sollte das Instrument interdisziplinär Anwendung finden. Ausschlaggebend zur Schaffung des HoNOSCA war die systematische Literaturrevue zu Outcome-Messinstrumenten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Hunter, Higginson und Garralda (1996). Sie hielten den Mangel an solchen Instrumenten fest, da neben der Messung der Symptomveränderung medizinische, körperliche, schulische und soziale Faktoren sowie der familiäre Hintergrund wichtig sind. Dies weil Kinder und Jugendliche in einem höheren Masse von ihrem Umfeld abhängig sind, diese Faktoren oft zu einer Überweisung führen können und den Krankheitsverlauf beeinflussen.

Der HoNOSCA (Gowers et al., 1999, 1999b) entstand in Anlehnung an den HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) (Wing, Beevor, Curtis, Park, Hadden & Burns, 1998), welcher routinemässig zur Messung von generellen klinischen Problemen und der sozialen Funktionsfähigkeit in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt wird. Die vier Funktionsbereiche des HoNOS wurden für den HoNOSCA übernommen und altersgemäss definiert. Die 13 Items können den vier folgenden Funktionsbereichen zugeordnet werden:

- Distress durch Depression, Ängstlichkeit, Halluzinationen oder Wahn

- Defizite in Basisfunktionen wie sprachliche Fertigkeiten und physische Beeinträchtigung
- Verhaltensprobleme wie Hyperaktivität, Selbstverletzung, Suchtverhalten oder Gewaltanwendung
- soziale Probleme wie Probleme mit Gleichaltrigen, der Selbständigkeit, der Familie und dem Schulbesuch

Es werden zwei Zusatzfragen gestellt, welche nicht zum Gesamtscore gezählt werden. Zum einen werden Unwissenheit oder Schwierigkeiten beim Verstehen der Problematik des Kindes oder des/der Jugendlichen befragt, zum anderen, ob Wissen über Hilfestellungen und Dienstleistungen vorhanden ist. Die 15 Items werden auf einer fünfstufigen Skala von 0=keine Probleme bis 4=schwerwiegende Probleme eingestuft. Zur Berechnung des Gesamtscores werden die Punkte der ersten 13 Items, für die Subskalen der vier Funktionsbereiche die dazugehörigen Items zusammengezählt. Die 13 Items stehen für unabhängige psychosoziale und psychiatrische Bereiche, weshalb zur Beurteilung des Funktionsniveaus sinnvollerweise die einzelnen Items herangezogen werden (Harnett, Loxton, Sadler, Hides & Baldwin, 2005). Zusätzlich zum Fremdeinschätzungs-Instrument wurde der Selbsteinschätzungsbogen für Jugendliche HoNOSCA-SR entwickelt. Bei der Initial Studie werteten die Jugendlichen ihre Problematik tiefer als die Behandelnden und sie nahmen eine geringere Verbesserung nach der Behandlung wahr (Gowers, Levine, Bailey-Rogers, Shore & Burhouse, 2002).

Die deutsche Version des HoNOSCA wurde 2003, autorisiert durch die Autoren der englischen Originalversion, durch von Wyl (2011) übersetzt. Über mehrere Jahre wurde diese Version an den UPK Basel, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, in der klinischen Praxis erprobt. Im Jahre 2009 wurde eine Angleichung an die bereits autorisierte Übersetzung des HoNOS-D durchgeführt und danach von einem „Native Speaker“ rückübersetzt. Die Autoren der englischen Originalversion gaben im April 2011 ihr Einverständnis zur Übersetzung. Die Fertigstellung des HoNOSCA-D erfolgte im Mai 2011 (von Wyl, 2011). Dieses Vorgehen wurde in Anlehnung an das von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene Vorgehen durchgeführt (Sartorius & Kuyken, 1994; zit. nach von Wyl, 2011).

## *7.2 Verbreitung des HoNOSCA*

In Australien und Neuseeland findet der HoNOSCA breite Anwendung. In verschiedenen Studien wurden folgende Themen diskutiert: Reliabilitätsprüfung und Veränderungssensitivität (Brann, Coleman & Luk, 2001), Validitäts- und Reliabilitätsprüfung sowie der HoNOSCA Score im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer (Harnett et al., 2005) und die Frage nach klinischer Signifikanz bei der Beurteilung der fünfstufigen Skala (Burgess, Trauer, Coombs, McKaya & Pirkis, 2009). In Kanada wurde die französische Version auf Praktikabilität, Validität und Sensitivität überprüft (Kisely, Campbell, Crossman, Gleich & Campbell, 2007). Weitere Studien zu Validität, Interraterreliabilität, Sensitivität und/oder Praktikabilität finden sich in Dänemark (Bilenberg, 2003), in Norwegen (Hanssen-Bauer, Gowers, Aalen, Bilenberg, Brann, Garralda, Merry & Heyerdahl, 2007), in Litauen (Lesinskiene, Senina & Ranceva, 2007) und in Nordirland (Manderson & McCune, 2003).

## *7.3 Der HoNOSCA als Outcome Instrument*

Als Outcome-Instrument findet der HoNOSCA grosse Verbreitung. Johnston und Gowers (2005) untersuchen, welche Outcome-Instrumente in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Grossbritannien eingesetzt werden. Der HoNOSCA wird in 45% der Fälle verwendet. Weiter wurde er bei einer Studie zu externalisierenden Störungen (Anderson, Vostanis & O'Reilly, 2005), einer Untersuchung zu Essstörungen (Ayton, Keen & Lask, 2009) und in der breit angelegten TADS-Studie (TADS Team, 2006) angewendet. Ebenfalls in Neuseeland wurde er als Outcome-Instrument zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen Aufenthaltsdauer und Behandlungsergebnis bei Jugendlichen mit akut psychiatrischer Krankheit eingesetzt (Swadi & Bobier, 2005). Mathai und Bourne (2009) verwendeten ihn in Australien als Outcome Instrument, um den Einfluss von Patientencharakteristika wie Alter, Geschlecht, Länge der stationären Behandlung und Einweisungsgrund auf das Behandlungsergebnis zu untersuchen. In der Schweiz wurde der HoNOSCA in Lausanne von Holzer (2006) bei einer Studie zu Drogenmissbrauch zur Validierung des Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) als Outcome-Instrument eingesetzt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik UPK in Basel hat die deutsche Version seit 2003 als Qualitätssicherungsinstrument implementiert.

## **7.4 Psychometrische Kennwerte des HoNOSCA**

### **7.4.1 Inhaltsvalidität**

Gowers et al. (1999) nennen in der initialen Studie eine zufrieden stellende Inhaltsvalidität. Burgess et al. (2009) führten bei Experten mit klinischem Hintergrund in Bezug auf Outcomemessungen eine Internetbefragung durch. Ziel dieser Untersuchung war, die klinische Relevanz des HoNOSCA und des HoNOS zu überprüfen. Um den klinischen Schweregrad zusammenfassend zu beurteilen, sind alle Items gleich bedeutsam. Auf der fünfstufigen Skala wurde die Einschätzung 2 = „Leichteres Problem, jedoch immer präsent“ als klinisch relevant befunden. Garralda, Yates und Higginson (2000) nennen eine gute Inhaltsvalidität aufgrund der signifikanten Übereinstimmung der Beurteilung durch verschiedene Personen wie Eltern, Fachpersonen und Zuweiser. In Kanada verglichen Kliniker den HoNOS mit dem HoNOSCA, wobei die klinische Einschätzung, die Veränderungssensitivität und die sozialen Items des HoNOSCA als weniger relevant befunden wurden (Kisely et al., 2007)

### **7.4.2 Konstruktvalidität**

Der HoNOSCA wurde nicht als eindimensionale Skala konzipiert. Bei der Überprüfung der internen Struktur fanden Gowers et al. (1999) zwischen den vier Skalen eine tiefe Korrelation von durchschnittlich  $r = 0.01 - 0.41$ . Diese Befunde können für die eigenständige Bedeutung der vier Subskalen sprechen. Auch Harnett et al. (2005) untersuchten die interne Struktur des HoNOSCA und fanden ein Cronbach's Alpha von .45 was auf eine relativ schwache interne Konsistenz des Gesamt-HoNOSCA hinweist. Dies kann für den Gesamtwert als brauchbarer Indikator für das globale Funktionieren sprechen. Auch bei den einzelnen Subskalen fanden sie eine schwache interne Konsistenz. Dies ist kein überraschender Befund, da die einzelnen Items unabhängige psychosoziale, psychiatrische und körperliche Bereiche wiedergeben. Deshalb ist es, wie in Kapitel 7.1 erwähnt, besser, auf den Gesamtscore und die einzelnen Items als Indikator für das Funktionsniveau zurückzugreifen. Die einzelnen Subskalen werden kaum in einer Studie eingesetzt.

### **7.4.3 Kriteriumsvalidität**

Der HoNOSCA wurde bis anhin nur mit einigen anderen Fremdeinschätzungsinstrumenten verglichen. Yates, Garralda und Higginson (1999) verglichen ihn mit der Children Glo-

bal Assessment Scale (CGAS) und mit der Paddington Complexity Scale (PCS) und fanden eine Korrelation von  $r = -0.64$  bzw.  $r = 0.62$ . Ebenfalls mit dem PCS verglichen ihn Harnett et al. (2005) und fanden eine Korrelation von  $r = 0.46$ . Im Vergleich mit dem Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) zeigte sich eine Korrelation von  $r = 0.6$  (Bilenberg, 2003). Im Vergleich mit dem SDQ für Eltern und Jugendliche fanden Yates et al. (1999) eine Korrelation von  $r = 0.4$  mit der Elternversion und  $r = 0.3$  mit der Jugendversion.

Wie weit der HoNOSCA Unterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen verdeutlicht, haben mehrere Studien bestätigt. Der HoNOSCA unterscheidet gut zwischen ambulant und stationär betreuten Patienten (Gowers et al., 1999; Yates et al., 1999), und es gibt einen Zusammenhang zwischen dem HoNOSCA Gesamtscore und der Anzahl kritischer Ereignisse, in welche Jugendliche involviert sind (Harnett et al., 2005). Patienten mit einer Komorbidität haben signifikant höhere HoNOSCA Gesamtscores als Patienten ohne Komorbiditäten (Bilenberg, 2003). Bezüglich Alter und Geschlecht berichten Brann et al. (2001), Harnett et al. (2005), Kisely et al. (2007) und Manderson und McCune (2003) von übereinstimmenden Resultaten. Mädchen erzielen höhere Werte auf Item 9 (emotionale und zugehörige Symptome) und tiefere Werte auf Item 1 (störendes, asoziales und aggressives Verhalten). Kleinerer Kinder erzielen höhere Werte auf Item 5 (schulische oder sprachliche Fähigkeiten), aber tiefere Werte auf Item 3 (absichtliche Selbstverletzungen) und Item 4 (Alkohol, Suchtmittel oder Lösungsmittelmissbrauch). Laut Brann et al. (2001) stimmen klinische Einschätzungen und die HoNOSCA Werte im Bezug auf die Diagnose überein. Hohe Werte bei Item 1 (aggressives Verhalten) und 2 (Überaktivität) zeigten sich bei der Diagnose „Aufmerksamkeitsdefizit“.

#### **7.4.4 Test-Retest-Reliabilität**

Bei einer Patientengruppe, die keine klinisch eingeschätzten Veränderungen zeigte, untersuchten Garralda et al. (2000) über einen Zeitraum von sechs Monaten die Test-Retest-Reliabilität. Bei den ersten zwei Messungen fanden sie eine Korrelation von  $r = 0.7$ . Auf eine Korrelation von  $r = 0.8$  nach drei Monaten und von  $r = 0.76$  nach fünf Monaten kam Brann et al. (2001). Harnett et al. (2005) berichten von einer Korrelation von  $r = 0.8$  nach zwei und vier Wochen bei einer Untersuchung mit stationär behandelten Patienten.

#### 7.4.5 Veränderungssensitivität

Die Veränderungssensitivität wurde bis anhin auf drei verschiedene Weisen untersucht. Die erste Gruppe von Studien untersuchte die Veränderung des HoNOSCA Gesamtscore über die Zeit. Gowers et al. (1999) berichten in der ersten Studie zur Entwicklung des HoNOSCA über eine zufriedenstellende Veränderungs-Sensitivität. Sie fanden eine Reduktion des Gesamtscores von 38%, wobei die Untersuchungszeitpunkte drei Monate auseinanderlagen. Mathai und Bourne (2009) kamen auf gleiche Resultate nach sechs Monaten, sie berichten von einer durchschnittlichen Reduktion des Gesamtscores von 4,48 Punkten, was ebenfalls 38% entspricht. Manderson und McCune (2003) beschreiben eine signifikante Reduktion des Gesamtscores von 12.55 auf 6.66 Punkte nach sechs Monaten. Zu ähnlichen Resultaten kamen auch Yates, Kramer und Garralda (2006) sowie Harnett et al. (2005). Im Unterschied dazu fanden Brann et al. (2001) eine Reduktion des Gesamtscores von 22%. Als mögliche Ursachen vermuten die Autoren entweder eine ineffizientere Behandlung oder unterschiedliche Population.

Eine andere Gruppe von Studien untersucht die Veränderungssensitivität, indem sie die Veränderung, welche mit dem HoNOSCA gemessen wurde, mit der Veränderung, die ein anderes Messinstrument feststellte, vergleicht. Der HoNOSCA Gesamtwert stellte Veränderungen fest, welche mit den Veränderungswerten anderer klinischer Fremdratinginstrumente wie dem C-GAS (Children's Global Assessment Scale) und dem GAPD (Global Assessment of Psychosocial Disability) vergleichbar sind (Bilenberg, 2003; Garralda et al., 2000). Im Vergleich mit Messinstrumenten wie dem HoNOSCA-SR und SDQ, welche von den Eltern oder den Patienten selbst beantwortet wurden, sind die Resultate etwas weniger deutlich (Garralda et al., 2000).

Der dritte Ansatz vergleicht eine übergreifende Outcome-Beurteilung mit den Werten des HoNOSCA. Die behandelnde Person oder die Eltern stufen die Veränderung des Zustandes des Patienten auf einer drei- oder fünfstufigen Skala als verbessert, gleich geblieben oder verschlechtert ein. Es konnte eine grosse Übereinstimmung zwischen den Veränderungen im HoNOSCA und den Veränderungen der übergreifenden Outcome-Beurteilung festgestellt werden (Bilenberg, 2003; Brann et al., 2001; Garralda et al., 2000; Gowers et al., 1999).

In der Untersuchung von Burgess et al. (2009) beurteilen die Kliniker den HoNOSCA als nur bedingt geeignet, um therapeutische Veränderungen festzuhalten.



#### **7.4.6 Interrater-Reliabilität**

In Norwegen, Dänemark, Australien, Neuseeland und Grossbritannien wurde in einer länderübergreifenden Studie die Interrater-Reliabilität überprüft. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Nationen ausgemacht werden. Diese Befunde sprechen für eine länderübergreifende Verwendung des HoNOSCA (Hanssen-Bauer et al., 2007). Aufgrund dieser Befunde wurde in der vorliegenden Studie die deutsche Übersetzung (von Wyl, 2011) des HoNOSCA ohne kulturelle Anpassung verwendet. Es wird davon ausgegangen, dass dies die Interrater-Reliabilität nicht beeinflusst.

Mehrere Studien haben übereinstimmend eine gute bis sehr gute Interrater-Reliabilität der Items 1 bis 13 festgestellt. (Brann et al., 2001; Gowers et al., 1999; Lesinskiene et al., 2007). Über die Interrater-Reliabilität des Teil B, Item 14 und 15 wird diskutiert. So beschrieben Gowers et al. (1999) eine Inter-Klassen-Korrelation von  $r = 0.7$  bei diesen Items. Im Gegensatz dazu nennen Garralda et al. (2000) in einer späteren Studie eine Inter-Klassen-Korrelation von  $r = 0.27$  für Item 14 und  $r = 0.03$  für Item 15.

#### **7.4.7 Praktikabilität und Nützlichkeit**

Die Ökonomie, Nützlichkeit und Praktikabilität wurde in vielen Studien befragt. Kliniker und Anwenderinnen empfinden die kurze und einfache Durchführbarkeit des HoNOSCA als positiv (z.B. Bilenberg, 2003; Burgess et al., 2009; Kisely et al., 2007). Als positiv beim HoNOSCA betonen Yates et al. (2006) die einfache Anwendung, die schnelle Aufzeichnung und Auswertung sowie seine Aussagen über die wichtigsten klinischen Charakteristika. Die Befragung von Bielenberg (2003) ergab Bedenken bei der Anwendung des HoNOSCA bei Kindern unter sechs Jahren, und die Nützlichkeit bei einzelnen Störungsbildern wurde in Frage gestellt.

### **7.5 *SDQ-Fragebogen***

Der Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) dient der Erfassung von prosozialem Verhalten, Erlebens- und Verhaltensproblemen von Kindern und Jugendlichen. Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen wurde für die deutsche Version von Klasen, Woerner, Rothenberger und Goodman (2003) adaptiert. Er ist für 3- bis 16-jährige einsetzbar und wird in vielen Studien mit Kindern und Jugendlichen verwendet, was die Vergleichbarkeit der Messungen unterstützt. Es bestehen Versionen für Eltern, Leh-

rer/Erzieher und Jugendliche ab 11 Jahren, welche bereits in 50 Sprachen übersetzt wurden. Es handelt sich dabei um ein äusserst zeitökonomisches Verfahren, bestehend aus 25 Fragen, welche schnell bearbeitet und ausgewertet werden können. Der SDQ findet Anwendung in der klinischen Diagnostik und Forschung. Die 25 Items lassen sich den vier Problem-Subskalen emotionale Probleme (internalisierende Störungen), Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten (externalisierende Störungen), Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und der Skala Prosoziales Verhalten zuordnen. Für jede Einzelskala wird ein Wert berechnet sowie für alle vier Problem-Subskalen ein Gesamtproblemwert. Für diese Resultate existieren Grenzwerte, aufgrund derer die Resultate als unauffällig, grenzwertig und auffällig eingestuft werden. Die besondere Stärke des SDQ liegt in der ökonomischen Erfassung von häufig vorkommenden Erlebens- und Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen (Koglin, Barquero, Mayer, Scheithauer & Petermann, 2007).

Bezüglich des Geschlechts lassen sich bei den Dimensionen des SDQ Unterschiede feststellen. Koglin et al. (2007) und Woerner, Becker, Friedrich, Klasen, Goodman und Rothenberger (2002) bestätigen, dass sich bei den Knaben signifikant höhere Durchschnittswerte in den Dimensionen externalisierende Verhaltensstörungen, Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen zeigen. Dadurch erreichen sie auch einen signifikant höheren Gesamtscore als die Mädchen. Die zweitgenannte Forschungsgruppe berichtet zudem von einem signifikant höheren Durchschnittswert der Mädchen beim prosozialem Verhalten.

Im Bezug aufs Alter nennen beide Autorengruppen einen Zusammenhang mit der Dimension Hyperaktivität, welche sich mit zunehmendem Alter verringert. Koglin et al. (2007) untersuchten die Altersspanne von 3 bis 5 Jahren, Woerner (2002) jene von 6 bis 16 Jahren.

Woerner et al. (2002) führten die Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion durch. Die Gültigkeit der SDQ Skalenbildung wurde durch Prüfung der Faktorenstruktur bestätigt. Bei den deutschen Normen wurden für den Gesamtproblemwert alters- und geschlechtsspezifische Grenzwerte definiert, nicht aber für die Einzelskalen.

Für die deutsche Version für Jugendliche von 11 bis 16 Jahren liegen noch keine Normen oder Angaben zu Reliabilitätsmaßen wie interner Konsistenz, Test-Retest-Reliabilität, Split-Half-Reliabilität und Veränderungssensitivität vor. Für die englische Originalversion bestätigt Goodman (2001) eine gute Reliabilität sowie eine gute Inhalts-Validität. Es bestehen englische Normen für den Altersbereich von 11 – 16 Jahren, welche in Ermangelung an Normen für die deutschsprachige Version in dieser Studie verwendet werden.

Für diese Studie wurde bei Behandlungsbeginn (t1) und Behandlungsende (t2) die Version für Eltern und die Version für Jugendlichen (11-16 Jahre) verwendet.

## 8 DATENAUSWERTUNG

Die Auswertung der für die Untersuchung der Fragestellung relevanten Daten erfolgt mit PASW 18 für Macintosh.

### 8.1 *Testung auf Normalverteilung*

Die Normalverteilung zeichnet sich durch ihre eingipflige Verteilung und durch ihren symmetrischen, glockenförmigen Verlauf aus („Gauss'sche Glockenkurve“). Median, Modus und arithmetisches Mittel haben dabei den gleichen Wert. Für zahlreiche statistische Verfahren, welche bei wissenschaftlichem Arbeiten angewandt werden, muss das interessierende Merkmal in der Population normalverteilt sein (Rasch, Frieze, Hofmann & Naumann, 2006). Bei der Auswertung von intervallskalierten Variablen setzen die meisten statistischen Verfahren eine Normalverteilung der Werte voraus. Aus diesem Grund wurde die Testung auf Normalverteilung zuerst mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Weicht die gegebene Verteilung nicht signifikant von der Normalverteilung ab, sind die Werte normalverteilt (Bühl, 2010). Laut Hirsig (2006) werden zwei Grenzwerte referiert, bei denen die Nullhypothese abgelehnt wird. Die eine Gruppe der Autoren empfiehlt die Ablehnung der Nullhypothese bei  $p < 10\%$ , die anderen Autoren bei  $p < 25\%$ . Um auf der sicheren Seite zu sein, wurde in dieser Studie der Grenzwert, bei welchem die Nullhypothese abgelehnt wird, bei  $p < 25\%$  gewählt.

### 8.2 *Wilcoxon-Test*

Sind die Daten nicht normalverteilt, so wird zur Signifikanzprüfung ein nichtparametrischer Test gewählt. Der Wilcoxon-Test ist der übliche Test, der unter diesen Voraussetzungen für den Vergleich zweier abhängiger Stichproben angewendet wird (Bühl, 2010). Werden Stichproben verglichen, bei denen jedem Element der einen Stichprobe genau ein Element der anderen Stichprobe zugeordnet werden kann, so werden diese als abhängige Stichproben bezeichnet. Dies ist der Fall, wenn bei einer Messwiederholung die zweite Stichprobe entsteht und diese von der ersten Stichprobe abhängig ist (Hirsig, 2006).

Charakteristisch für das Paneldesign handelt es sich bei der Prä- und Postmessung dieser Studie um abhängige Stichproben. Die Daten zur Messung der Veränderung der psychosozialen Belastung und des Erlebens- und Verhaltens waren nicht normalverteilt, weshalb ein nichtparametrischer Test verwendet wurde. Die Berechnungen wurden mit dem Wilcoxon Test für zwei abhängige Stichproben durchgeführt, wobei von einem Signifikanzniveau von  $p < 0.05$  ausgegangen wurde.

### ***8.3 Varianzanalyse***

Mit der einfaktoriellen Anova wird eine Varianzanalyse durchgeführt. Dieses Testverfahren eignet sich, um Mittelwerte miteinander zu vergleichen. Die Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft, wobei die Varianzhomogenität bei  $p < 0.05$  verworfen wird (Bühl, 2010). Bei den normalverteilten Daten wurden die Unterschiede der SDQ Dimensionen im Bezug aufs Geschlecht und Alter mittels einfaktorieller Anova berechnet, wobei das Signifikanzniveau bei  $p < 0.05$  festgelegt wurde.

### ***8.4 U-Test nach Mann und Whitney***

Der U-Test nach Mann und Withney ist der gebräuchlichste Test zur Signifikanzprüfung bei nicht normalverteilten Daten für den Vergleich zweier unabhängiger Stichproben. Unabhängige Stichproben liegen vor, wenn keine eindeutige und sinnvolle Zuordnung der Werte zwischen den Stichproben möglich ist. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn verschiedene Probanden mit einer nominalskalierten Gruppenvariabel unterschieden werden (Bühl, 2010). Diese Situation ergab sich in der vorliegenden Studie bei der Frage, ob sich Unterschiede bei den verschiedenen SDQ Dimensionen im Bezug auf Geschlecht und Alter zeigen. In dieser Situation handelte es sich um unabhängige Stichproben. Die Daten, welche zur Beantwortung dieser Fragestellung verwendet wurden, waren nicht immer normalverteilt. Bei den nicht normalverteilten Daten wurde zur Berechnung ein nichtparametrischer Test für den Vergleich zweier unabhängiger Stichproben, den U-Test nach Mann und Withney gewählt, wobei das Signifikanzniveau bei  $p < 0.05$  festgelegt wurde.

### ***8.5 Rangkorrelation nach Spearman***

Bei bivariaten Zusammenhangsanalysen, bei denen beide Variablen intervallskaliert, aber nicht normalverteilt sind, wird nach Bühl (2010) die Rangkorrelation nach Spearman be-

rechnet. Der Zusammenhang der Einschätzung der Eltern und Jugendlichen beim SDQ mit der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA wurde mittels zweiseitigem Korrelationsverfahren ermittelt. Aufgrund der nicht normalverteilten und intervallskalierten Daten wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman gewählt. Die Signifikanz wurde bei  $p < 0.05$  festgelegt.

## 9 ERGEBNISSE

Dieses Kapitel zeigt eine Übersicht über die Stichprobe und die relevanten Untersuchungsergebnisse als Grundlage der Diskussion und zur Beantwortung der Fragestellungen.

### *9.1 Beschreibung der Stichprobe*

Zu Beginn dieses Abschnittes wird die Zusammensetzung der Stichprobe erörtert. Der Stichprobenumfang, auf den sich diese Arbeit bezieht, beläuft sich auf 930 Personen ( $n = 930$ ).

Die Stichprobe setzt sich bei  $n = 92$  aus 53 Mädchen und 39 Knabe zusammen. Die Mädchen sind mit 57.6% gegenüber den Knaben mit 42.4% leicht übervertreten. Die Altersspanne reicht von 3 bis 19 Jahren, das Durchschnittsalter liegt bei 13.8 Jahren bei einer Stichprobengröße von  $n = 89$ . Werden Altergruppen gebildet mit 3- bis 13-Jährigen und mit 13.1 – 19 Jährigen, dann sind 29.2% in der Gruppe der Jüngeren und 70.8% in der Gruppe der Älteren.

Von den leiblichen Eltern werden 216 Kinder und Jugendliche betreut, 10 leben in einem Heim, 5 werden von Pflegeeltern betreut, zwei sind selbständig, eines ist ein Adoptivkind, und 6 leben in einer anderen Betreuungsform. Diese Angaben beziehen sich auf eine Stichprobengröße von  $n = 240$ . In der Normalschule werden 129 Kinder und Jugendliche geschult, 18 in der Vorschule, 10 in einer Kleinklasse oder Sonderschule, 8 im Sonderschulheim, je 2 in einer Heilpädagogischen Schule oder geschützten Werkstatt und 22 in einer anderen Form. Den Kindergarten besuchen 7 Kinder, 33 Jugendliche besuchen die Mittelschule oder absolvieren eine Berufslehre, und eine Person ist berufstätig bei einer Stichprobengröße von  $n = 232$ .

Diese Angaben beziehen sich auf unterschiedlich viele Kinder und Jugendliche, da zusätzliche Informationen wie Geschlecht oder Alter bei den für diese Studie in anonymisierter

Form vorliegenden Papier-Bleistift-Versionen mit erfasst werden konnten. Die bereits erfassten Daten, welche für diese Studie in elektronischer Form zur Verfügung standen, enthalten nicht immer alle Angaben. Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Zusammenfassung der Angaben.

**Tabelle 4 Demographische Stichprobencharakteristika im Überblick**

		Häufigkeit (n)	Prozent
Geschlecht	weiblich	53	57.6
	männlich	39	42.4
	Total	92	100
Alter	3.0 – 13.0 Jahre	26	29.2
	13.1 - 19.0 Jahre	63	70.8
	Total	89	100

Erfolgte der Abschluss der Behandlung vor der Durchführung von 10 Therapieeinheiten, wurden beim Behandlungsende (t2) keine Erhebung des HoNOSCA oder SDQ durchgeführt. Bei einigen Kindern und Jugendlichen ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Aus diesen Gründen variiert der Rücklauf der Fragebögen zu den zwei Messzeitpunkten.

Bei Behandlungsbeginn betrug der Rücklauf des HoNOSCA-Fragebögen 72.5% und beim Behandlungsende 2.3%. Bei der Elternversion des SDQ betrug der Rücklauf zu Beginn der Behandlung 77.3% und am Ende 1.3%, beim SDQ für Jugendliche am Anfang 45.3% und am Ende 1.1%. Die Anzahl Fragebögen ist in der nächsten Tabelle dargestellt.

**Tabelle 5 Rücklauf der Fragebögen zu den zwei Messzeitpunkten**

	Häufigkeiten zu t1	Häufigkeiten zu t2
HoNOSCA	674	21
SDQ Eltern	719	16
SDQ Jugendliche	421	10

## 9.2 Deskriptive Statistik

Dieses Kapitel veranschaulicht mittels Tabellen zuerst die deskriptiven Daten des ersten Messzeitpunkts und danach die des Zweiten.

**Tabelle 6 t1 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Jugendliche (n=421)**

Normen	SDQ Gesamtscore Jugendliche	Häufigkeiten t1 n=421
Unauffällig	0-15	269
Grenzwertig	16-19	93
Auffällig	20-40	59

Die Häufigkeitstabelle zeigt, dass sich zu Behandlungsbeginn 63.9% der Jugendlichen beim SDQ im Bereich unauffällig einschätzten. Im Bereich grenzwertig schätzten sich 22,1% der Jugendlichen ein, die stärkste Ausprägung, „auffällig“, zeigten zu Behandlungsbeginn 14.0% der Teilnehmenden.

**Tabelle 7 t1 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Elternversion (n=719)**

Normen	SDQ Gesamtscore Elternversion	Häufigkeiten t1 n = 719
Unauffällig	0-13	261
Grenzwertig	14-16	123
Auffällig	17-40	335

Bei der Einschätzung durch die Eltern zeigt die Häufigkeitstabelle ein anderes Bild als bei der Selbsteinschätzung der Jugendlichen. Hier beurteilen die meisten der Eltern (36%) den Jugendlichen oder die Jugendliche als auffällig. Im Bereich grenzwertig sind mit 13.2% am wenigsten vertreten und 28.1% werden von ihren Eltern als unauffällig eingeschätzt.

**Tabelle 8 t2 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Jugendliche (n=10)**

Normen	SDQ Gesamtscore Jugendliche	Häufigkeiten t2 n = 10
Unauffällig	0-15	8
Grenzwertig	16-19	2
Auffällig	20-40	

Die Stichprobe weist eine hohe Schwundquote auf. Am Ende der Behandlung schätzen sich 8 der Jugendlichen als unauffällig und zwei als grenzwertig ein.

**Tabelle 9 t2 Häufigkeitsverteilung SDQ Gesamtscore Elternversion (n=16)**

Normen	SDQ Gesamtscore Elternversion	Häufigkeiten t1 n=16
Unauffällig	0-13	14
Grenzwertig	14-16	1
Auffällig	17-40	1

Auch hier ist die Schwundquote der Stichprobe hoch. Am Ende der Behandlung werden 14 der Jugendlichen von ihren Eltern als unauffällig, jemand als grenzwertig und jemand als auffällig eingeschätzt.

### ***9.3 Veränderung der psychosozialen Belastung und der Erlebens- und Verhaltensstörungen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG***

Im folgenden Kapitel werden im ersten Unterkapitel die Ergebnisse der Prä- und Postmessung des HoNOSCA dargestellt, im zweiten dann die Ergebnisse der Eltern- und der Jugendversion des SDQ. Es ist ein hypothesengeleitetes Vorgehen, weshalb zu Beginn kurz auf die Thematik der Fragestellung oder Hypothese eingegangen wird. Anschliessend folgt eine Beschreibung der Methodenwahl. Die deskriptiven Ergebnisse und die Interferenzstatistik werden mittels Tabellen dargestellt. Abschliessend werden die Resultate erläutert.



### 9.3.1 Ergebnisse der Erhebung mittels HoNOSCA

Um zu untersuchen, ob die psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG abnimmt, wurden die Mittelwerte der Prä- und Postmessungen des HoNOSCA Gesamtscores miteinander verglichen. Dabei handelt es sich um die Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten.

In einem ersten Schritt wurden die Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf ihre Normalverteilung hin überprüft. In dieser Studie wurde zur Beurteilung der Nullhypothese, wie bei Hirsig (2006) beschrieben, von einem Grenzwert von  $p < 25\%$  ausgegangen. Die Ergebnisse der Prämessung des HoNOSCA-Gesamtscores ergaben eine höchst signifikante  $p = 0.000$  Abweichung von der Normalverteilung. Die Daten der Postmessung sind ebenfalls nicht normalverteilt da der p-Wert bei 0.163 liegt. Die Daten unterschieden sich signifikant von der Normalverteilung, weshalb die Nullhypothese nicht beibehalten werden kann. Da die Daten intervallskaliert, aber nicht normalverteilt sind, wurde für die weitere Berechnung ein nichtparametrischer Test gewählt. Mittels Wilcoxon-Test für zwei abhängige Stichproben wurde die Veränderung in der psychosozialen Belastung der Kinder und Jugendlichen überprüft. Durch dieses Verfahren kann ein überzufälliger Unterschied zwischen den beiden Medianen der Prä- und Postmessung festgestellt werden. In nachfolgender Tabelle wird der Median dargestellt, da dieser laut Bühl (2010) beim Wilcoxon-Test bei einem signifikanten Ergebnis zum Verständnis des Resultates herangezogen wird.

**Tabelle 10 Wilcoxon-Test bei abhängigen Stichproben HoNOSCA Gesamtscore**

	Prämessung Medi- an	Postmessung Medi- an	z	p*
HoNOSCA Gesamtscore	11,5	7	-2.846 <sup>a</sup>	0.004

a. Basiert auf positiven Rängen

\* Asymptotische Signifikanz (2-seitig),  $p < 0.05$

Die Veränderung der psychosozialen Belastung ist bei der Einschätzung durch die Therapeutinnen und Therapeuten sehr signifikant,  $p = 0.004$ . Die Veränderung der Mediane von der Prä- zur Postmessung kann mit einer Wahrscheinlichkeit von 99.6% gegen den Zufall abgegrenzt werden. Der Median liegt bei Behandlungsende um 4.50 Punkte tiefer als bei Behandlungsbeginn. Dies zeigt eine Abnahme der psychosozialen Belastung der Kinder

und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG aus der Wahrnehmung der Therapeutinnen und Therapeuten.

### **9.3.2 Ergebnisse der Erhebung mittels SDQ für Eltern und SDQ für Jugendliche**

Um zu untersuchen, ob Erlebens- und Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG abnahmen, wurden die Mittelwerte der Prä- und Postmessungen des SDQ Gesamtscores der Einschätzung durch die Eltern miteinander verglichen. In einem zweiten Schritt wurden die Mittelwerte der Prä- und Postmessungen des SDQ Gesamtscores der Selbsteinschätzung durch die Jugendlichen miteinander verglichen.

Dabei wurde das gleiche statistische Verfahren wie bei der Auswertung des HoNOSCA Gesamtscores angewendet. Zuerst wurden die Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf ihre Normalverteilung hin überprüft. Das Signifikanzniveau der Prämessung des SDQ Gesamtscore der Einschätzung der Eltern liegt bei 0.023, weshalb die Nullhypothese abgelehnt wird, da sich die Daten signifikant von der Normalverteilung unterscheiden. Die Daten sind nicht normalverteilt. Bei der Postmessung liegt  $p$  bei 0.997, weshalb die Nullhypothese beibehalten werden kann. Die Daten der Postmessung sind normalverteilt.

Zur Überprüfung der Normalverteilung der Daten des SDQ Gesamtscores für Jugendliche wurde das gleiche Vorgehen gewählt. Bei der Prämessung liegt  $p$  bei 0.05, weshalb die Nullhypothese verworfen wird. Die Daten sind nicht normalverteilt. Jene der Postmessung sind normalverteilt, da  $p$  bei 0.909 liegt, und somit die Nullhypothese beibehalten werden kann.

Da die Daten des Gesamtscores des SDQ für Eltern und die des SDQ für Jugendliche intervallskaliert sind und bei der Prämessung nicht normalverteilt, wurde für die weitere Berechnung ein nichtparametrischen Test, den Wilcoxon-Test für zwei abhängige Stichproben gewählt. In nachfolgender Tabelle wird der Median dargestellt, da dieser laut Bühl (2010) beim Wilcoxon-Test bei einem signifikanten Ergebnis zum Verständnis des Resultates herangezogen wird. Der Mittelwert wird dargestellt, damit ein Bezug zu den Normen des SDQ hergestellt werden kann.

**Tabelle 11 Wilcoxon-Test bei abhängigen Stichproben SDQ Gesamtscore Eltern und SDQ Gesamtscore Jugendliche**

	Prämessung Median	Prämessung Mittelwert	Postmessung Median	Postmessung Mittelwert	z	p*
SDQ Eltern Gesamtscore	16.00	16.08	7.00	7.00	-2.047 <sup>a</sup>	0.041
SDQ Jugend- liche Gesamt- score	13.00	13.75	12.50	12.00	-.280 <sup>b</sup>	0.779

a. Basiert auf positiven Rängen. b. Basiert auf negativen Rängen.

\* Asymptotische Signifikanz (2-seitig),  $p < 0.05$

Die Ergebnisse der Messung zeigen, dass sich die Mittelwerte der Prä- und Postmessung des Gesamtscores des SDQ bei der Einschätzung der Eltern mit einer Signifikanz von 0.041 unterschieden. Die Nullhypothese kann verworfen werden. Ein rein zufälliger Unterschied der Mediane der Prä- und Postmessung kann mit einer Wahrscheinlichkeit von 95.9% ausgeschlossen werden. Der Median bei Behandlungsende hat sich mehr als halbiert, er liegt um 9 Punkte tiefer als bei Behandlungsbeginn. Der Mittelwert bei Behandlungsbeginn beträgt 16.08 und kann anhand der Normen noch als grenzwertig (ab 17 Punkte wäre es auffällig) interpretiert werden. Der Mittelwert von 7 bei Behandlungsende gilt als unauffällig. Dies zeigt eine klare Abnahme der Erlebens- und Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG aus der Wahrnehmung der Eltern.

Bei der Einschätzung durch die Jugendlichen selbst zeigt die Prä- und Postmessung der Mittelwerte des Gesamtscores des SDQ keine signifikante Veränderung der Erlebens- und Verhaltensstörungen. Die Signifikanz liegt bei 0.779. Die Nullhypothese muss beibehalten werden, ein allfälliger Unterschied der Mediane ist rein zufällig. In der Selbstwahrnehmung der Jugendlichen nehmen die Erlebens- und Verhaltensstörungen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG nicht signifikant ab. Die zu Beginn formulierte Hypothese wird nur teilweise bestätigt.

#### ***9.4 Zusammenhang der HoNOSCA Werte mit den Werten des SDQ***

In folgendem Unterkapitel wird untersucht, inwieweit die Einschätzung der Eltern und Jugendlichen mit der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten übereinstimmt. Der Zusammenhang zwischen den Werten des HoNOSCA und den Werten des SDQ wurde bei beiden Messzeitpunkten, Behandlungsbeginn und –ende mittels Gesamtscore des HoNOSCA und Gesamtscore des SDQ der Eltern und der Jugendlichen überprüft.

Da es sich um intervallskalierte aber nicht normalverteilte Daten handelt, wurde für die Berechnung der Korrelation das Verfahren nach Spearman gewählt. In nachfolgender Tabelle werden die Korrelationen bei Behandlungsbeginn dargestellt.

**Tabelle 12 t1 Rangkorrelation nach Spearman, HoNOSCA Gesamtscore mit dem SDQ Gesamtscore der Eltern und dem SDQ Gesamtscore der Jugendlichen**

Prämessung	HoNOSCA Gesamtscore
HoNOSCA Gesamtscore (n = 674)	
Gesamtscore SDQ Eltern (n = 537)	0.357**
Gesamtscore SDQ Jugendliche (n = 330)	0.248**

\*\*p < 0.01

Bei der Korrelation des HoNOSCA Gesamtscore und der Elternversion des SDQ ergibt sich eine signifikant positive Korrelation von  $r = 0.357$ . Die Jugendversion korreliert ebenfalls signifikant positiv mit einem Wert von  $r = 0.248$ . Laut Bühl (2010) wird eine signifikante Korrelation zwischen 0.2 und 0.5 als geringe Korrelation eingestuft.

Die Korrelationen bei Behandlungsende werden in der nächsten Tabelle dargestellt.

**Tabelle 13 t2 Rangkorrelation nach Spearman, HoNOSCA Gesamtscore mit dem SDQ Gesamtscore der Eltern und dem SDQ Gesamtscore der Jugendlichen**

Postmessung	HoNOSCA Gesamtscore
HoNOSCA Gesamtscore (n = 21)	-
Gesamtscore SDQ Eltern (n = 9)	-0.182
Gesamtscore SDQ Jugendliche (n = 8)	0.084

\*\*p < 0.01

Am Behandlungsende zeigt sich keine signifikante Korrelation.

### 9.5 Unterschiede bei den verschiedenen SDQ Dimensionen

Um bei Mädchen und Knaben allfällige Unterschiede in den verschiedenen SDQ-Dimensionen zu ermitteln, wurden die Daten des Behandlungsbeginns verwendet, da für eine Berechnung bei Behandlungsende die Stichprobe zu klein war. Zuerst wurde die Normalverteilung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Werte. Für die Beurteilung der Normalverteilung wurde wie bei Hirsig (2006) beschrieben, der Grenzwert bei  $p < 25\%$  festgelegt.

**Tabelle 14 Überprüfung der Daten der Mädchen und Knaben auf Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests**

	E int	E ext	E hyp	E gle	E pros	J int	J ext	J hyp	J gle	J pros
Weiblich (n)	42	42	42	42	42	40	40	40	40	40
Kolmogorov-Smirnov-Z	.777	.867	1.088	.998	.840	.925	1.387	.917	1.272	1.443
p*	.583	.440	.188	.272	.480	.359	.043	.370	.079	.031
Männlich (n)	33	32	33	33	33	23	23	23	23	23
Kolmogorov-Smirnov-Z	.975	.979	1.075	1.216	1.078	.574	.790	1.048	.796	.930
p*	.298	.293	.198	.104	.196	.897	.560	.222	.550	.353

E = SDQ Eltern; J = SDQ Jugendliche; int = internalisierende Störungen; ext = externalisierende Störungen; hyp Hyperaktivität; gle = Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen; pros = Prosoziales Verhalten

\* Asymptotische Signifikanz (2-seitig),  $p < .25$

Bei den Dimensionen internalisierende- und externalisierende Störungen des SDQ der Eltern und internalisierende Störungen des SDQ der Jugendliche sind die Daten sowohl bei den Mädchen wie auch bei den Knaben normalverteilt. Aus diesem Grund wurden die Berechnungen dieser Dimensionen mit der einfaktoriellen Anova durchgeführt.

Bei allen anderen Dimensionen sind die Daten bei den Mädchen und/oder Knaben nicht normalverteilt. Aus diesem Grund wurde für diese Dimensionen ein nichtparametrischer Test gewählt. Mit dem U-Test nach Mann und Whitney wurden die Berechnungen dieser Dimensionen für den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben durchgeführt.

Die einfaktorielle Anova setzte bei den Daten Normalverteilung und Varianzhomogenität voraus. Deshalb wurde zuerst die Varianzhomogenität mit dem Leven-Test für Varianzgleichheit überprüft. Laut Bühl (2010) wird beim Leven-Test für Varianzgleichheit die Va-

rianzhomogenität bei  $p < 0.05$  verworfen. Bei allen drei Dimensionen wurde die Varianzhomogenität bestätigt. Bei der Dimension internalisierende Störungen, eingeschätzt durch die Eltern, ergibt der Leven-Test  $p = 0.722$ ; bei der Dimension externalisierende Störungen ist  $p = 0.067$ , bei der Einschätzung durch die Jugendlichen bei der Dimension internalisierende Störung ist  $p = 3.396$ . Die Ergebnisse mit der einfaktoriellen Anova sind der nächsten Tabelle zu entnehmen.

**Tabelle 15 Ergebnisse der einfaktoriellen Anova der Mädchen und Knaben**

		Mittelwert	F	df	p*
E int	weiblich (n = 42)	5.57	2.843	1	0.096
	männlich (n = 33)	4.61		73	
	Gesamt(n = 75)	5.15		74	
E ext	weiblich (n = 42)	3.62	.024	1	0.877
	männlich (n = 32)	3.69		72	
	Gesamt (n = 74)	3.65		73	
J int	weiblich (n = 40)	5.83	15.937	1	0.000
	männlich (n = 23)	3.57		61	
	Gesamt (n = 63)	5.00		62	

E = SDQ Eltern; J = SDQ Jugendliche; int = internalisierende Störungen; ext = externalisierende Störungen;

\*  $p < 0.05$

Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen, dass sowohl bei der Dimension der internalisierenden Störungen sowie bei den externalisierenden Störungen bei der Einschätzung durch die Eltern kein signifikanter Unterschied der Varianzen der Mädchen und Knaben besteht. Bei der erst genannten Dimension unterscheiden sich die Varianzen mit einer Signifikanz von 0.096, bei der zweiten mit einer Signifikanz von 0.877. Ausgehend von einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% kann ein rein zufälliger Unterschied der Mittelwerte der Mädchen und Knaben in diesen Dimensionen nicht ausgeschlossen werden.

Bei der Einschätzung durch die Jugendlichen selbst zeigt das Ergebnis einen signifikanten Unterschied der Varianzen der Mädchen und Knaben in der Dimension der internalisierenden Störungen. Der Unterschied der Varianzen ist höchst signifikant. Sie unterscheiden sich mit einer Signifikanz von 0.000, wodurch ein rein zufälliger Unterschied der Varianzen zwischen Mädchen und Knaben ausgeschlossen werden kann. Der Mittelwert der Mädchen

liegt 2.26 Punkte höher. Daraus kann geschlossen werden, dass in der Selbstwahrnehmung der Jugendlichen Mädchen stärker von emotionalen Störungen betroffen sind als Knaben.

Nun folgt die Darstellung der Ergebnisse der nicht normalverteilten Daten, welche mit dem U-Test nach Mann und Whitney für den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben berechnet wurden. In nachfolgender Tabelle wird der Median dargestellt, da dieser laut Bühl (2010) beim U-Test nach Mann und Whitney bei einem signifikanten Ergebnis zum Verständnis des Resultates herangezogen wird. Der Mittelwert wird dargestellt, um einen Bezug zu den Normen des SDQ zu schaffen.

**Tabelle 16 Ergebnisse des U-Test nach Mann und Whitney der Mädchen und Knaben**

		Median	Mittelwert	z	p*
E hyp	weiblich (n = 42)	4.00	4.17	-1.087	0.277
	männlich (n = 33)	5.00	4.45		
	Gesamt (n = 75)	4.00	4.29		
E gle	weiblich (n = 42)	5.00	5.17	-.256	0.798
	männlich (n = 33)	5.00	5.18		
	Gesamt (n = 75)	5.00	5.17		
E pros	weiblich (n = 42)	7.00	6.81	-.578	0.563
	männlich (n = 33)	8.00	6.91		
	Gesamt (n = 75)	7.00	6.85		
J ext	weiblich (n = 40)	3.00	2.88	-1.303	0.193
	männlich (n = 23)	3.00	3.22		
	Gesamt (n = 63)	3.00	3.00		
J hyp	weiblich (n = 40)	5.00	4.78	-.322	0.748
	männlich (n = 23)	4.00	4.65		
	Gesamt (n = 63)	5.00	4.73		
J gle	weiblich (n = 40)	5.00	5.20	-.847	0.397
	männlich (n = 23)	6.00	5.48		
	Gesamt (n = 63)	5.00	5.30		
J pros	weiblich (n = 40)	9.00	8.28	-1.849	0.065
	männlich (n = 23)	8.00	7.17		
	Gesamt (n = 63)	8.00	7.87		

E = SDQ Eltern; J = SDQ Jugendliche; ext = externalisierende Störungen; hyp Hyperaktivität; gle = Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen; pros = Prosoziales Verhalten

\* p < 0.05

Ausgehend von  $p < 0.05$  zeigen die Ergebnisse bei keiner der berechneten Dimensionen einen signifikanten Unterschied der Mediane der Mädchen und Knaben. Dadurch kann ein rein zufälliger Unterschied der Mediane der Mädchen und Knaben nicht ausgeschlossen werden. Ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Knaben konnte bei diesen Dimensionen nicht bestätigt werden.

## 9.6 Explorative Ergebnisse

Die bis anhin Durchgeführten Berechnungen waren alle Hypothesen geleitet. Um die vierte Forschungsfrage vollständig zu beantworten, wurde explorativ untersucht, ob sich die SDQ Dimensionen im Bezug auf das Alter unterscheiden.

Die Altersangaben konnten vor allem bei den Daten der Tagesklinik erhoben werden, da diese in Papier-Bleistift-Version zur Eingabe zur Verfügung standen. Da in der Tagesklinik weniger kleine Kinder behandelt werden, sind sie in dieser Stichprobe eher untervertreten. Aus diesem Grund wurde bei der Bildung von zwei Altersgruppen die Altersgrenze bei den jüngeren Kindern mit 13.0 Jahren relativ hoch festgelegt. Die Stichprobengröße beträgt bei den Jüngeren  $n = 26$ , bei den Älteren  $n = 63$ . Zu Beginn wurde die Normalverteilung der Daten mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht der Werte, wobei  $p < .25$  festgelegt wurde.

**Tabelle 17 Überprüfung der Daten der Altersgruppen auf Normalverteilung anhand des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests**

	E int	E ext	E hyp	E gle	E pros	J int	J ext	J hyp	J gle	J pros
3.0 - 13.0										
Jahre (n)	25	24	25	25	25	2	2	2	2	2
Kolmogorov-Smirnov-Z	.803	.591	.932	.865	.817	.368	.368	.368	.368	.368
p*	.539	.876	.351	.444	.516	.999	.999	.999	.999	.999
13.1 - 19.0										
Jahre (n)	48	48	48	48	48	58	58	58	58	58
Kolmogorov-Smirnov-Z	.718	1.154	1.061	1.073	1.271	1.095	1.444	1.059	1.314	1.658
p*	.682	.140	.210	.200	.079	.182	.031	.212	.063	.008

E = SDQ Eltern; J = SDQ Jugendliche; int = internalisierende Störungen; ext = externalisierende Störungen; hyp Hyperaktivität; gle = Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen; pros = Prosoziales Verhalten \* Asymptotische Signifikanz (2-seitig)  $p < .25$



Der Tabelle kann entnommen werden, dass die Daten der Altersgruppe der 3-bis 13-Jährigen normalverteilt sind. Bei der Altersgruppe der 13.1-bis 19-Jährigen sind nur die Daten der Dimension internalisierende Störungen nach Einschätzung durch die Eltern normalverteilt. Bei dieser Dimension werden die weiteren Berechnungen mit der einfaktoriellen Anova durchgeführt, bei allen anderen mit dem nichtparametrischen Test, dem U-Test nach Mann und Whitney für den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben.

Die einfaktorielle Anova setzt Varianzhomogenität der Daten voraus, weshalb diese mit dem Leven-Test für Varianzgleichheit überprüft wurde, wobei laut Bühl (2010) die Varianzhomogenität bei  $p < 0.05$  verworfen wird. Die Varianzhomogenität wurde mit  $p = 0.191$  bestätigt. Die Resultate der einfaktoriellen Anova werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

**Tabelle 18 Ergebnisse der einfaktoriellen Anova der Altersgruppen**

		Mittelwert	F	df	p*
E int	3-13 Jahre (n = 25)	5.32	.172	1	0.680
	13.1-19 Jahre (n = 48)	5.06		71	
	Gesamt (n = 73)	55.15		72	

E = SDQ Eltern; int = internalisierende Störungen;

\*  $p < 0.05$

Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen, dass sich die Varianzen der beiden Altersgruppen nicht signifikant unterscheiden. Die Varianzen unterscheiden sich mit einer Signifikanz von 0.680. Ausgehend von einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0.05 kann ein rein zufälliger Unterschied der Mittelwerte nicht ausgeschlossen werden.

In der folgenden Tabelle werden die Resultate der Berechnungen für die Daten, die keine Normalverteilung aufweisen, mit dem nichtparametrischen Test (dem U-Test nach Mann und Whitney) für den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben dargestellt.

**Tabelle 19 Ergebnisse des U-Test nach Mann und Whitney der Altersgruppen**

		Median	Mittelwert	z	p*
E ext	3 - 13 Jahre (n = 24)	4.00	3.87	-.890	0.373
	13.1 - 19 Jahre (n = 48)	3.00	3.58		
	Gesamt (n = 72)	3.50	3.68		
E hyp	3 - 13 Jahre (n = 25)	5.00	4.60	-1.429	0.153
	13.1 - 19 Jahre (n = 48)	4.00	4.06		
	Gesamt (n = 73)	4.00	4.25		
E gle	3 - 13 Jahre (n = 25)	5.00	5.40	-.653	0.513
	13.1 - 19 Jahre (n = 48)	5.00	5.10		
	Gesamt (n = 73)	5.00	5.21		
E pros	3 - 13 Jahre (n = 25)	7.00	6.80	-.241	0.810
	13.1 - 19 Jahre (n = 48)	7.50	6.94		
	Gesamt (n = 73)	7.00	6.89		
J int	3 - 13 Jahre (n = 2)	4.00	4.00	-.645	0.547 <sup>a</sup>
	13.1 - 19 Jahre (n = 58)	5.00	5.03		
	Gesamt (n = 60)	5.00	5.00		
J ext	3 - 13 Jahre (n = 2)	2.00	2.00	-.930	0.408 <sup>a</sup>
	13.1 - 19 Jahre (n = 58)	3.00	3.00		
	Gesamt (n = 60)	3.00	2.97		
J hyp	3 - 13 Jahre (n = 2)	6.00	6.00	-.717	0.522 <sup>a</sup>
	13.1 - 19 Jahre (n = 58)	5.00	4.72		
	Gesamt (n = 60)	5.00	4.77		
J gle	3 - 13 Jahre (n = 2)	6.00	6.00	-.361	0.734 <sup>a</sup>
	13.1 - 19 Jahre (n = 58)	5.00	5.31		
	Gesamt (n = 60)	5.00	5.33		
J pros	3 - 13 Jahre (n = 2)	7.50	7.50	-.063	0.950 <sup>a</sup>
	13.1 - 19 Jahre (n = 58)	8.00	7.88		
	Gesamt (n = 60)	8.00	7.87		

E = SDQ Eltern; J = SDQ Jugendliche; int = internalisierende Störungen; ext = externalisierende Störungen; hyp Hyperaktivität; gle = Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen; pros = Prosoziales Verhalten

\* Asymptotische Signifikanz (2-seitig)  $p < 0.05$

<sup>a</sup> Exakte Signifikanz [ $2 \cdot (1\text{-seitig Sig.})$ ] nicht für Bindungen korrigiert

Ausgehend von  $p < 0.05$  zeigen die Ergebnisse bei keiner der berechneten Dimensionen einen signifikanten Unterschied der Mediane der beiden Altersgruppen. Dadurch kann ein

rein zufälliger Unterschied der Mediane der Altersgruppen nicht ausgeschlossen werden. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen konnte nicht bestätigt werden.

## 10 DISKUSSION

Der erste Teil dieses Kapitels beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung der für die Beurteilung der Ergebnisse relevanten Theorie. Danach werden die Fragestellungen beantwortet und die Interpretation der Ergebnisse sowie die Beantwortung der Hypothesen folgen.

Anschliessend erfolgt die kritische Auseinandersetzung mit der angewendeten Methodik und dem Studiendesign. Weiterführende Überlegungen und mögliche anknüpfende Fragestellungen schliessen diese Arbeit ab.

### 10.1 Zusammenfassung

Qualitätssicherung wird oft in Verbindung mit Sparmassnahmen, Kürzungen und externer Kontrolle gebracht. Das eigentliche Anliegen der Sicherung und Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen gerät dadurch etwas in den Hintergrund. (Herzog et. al., 2000). Eine Schwierigkeit liegt in der Definition von Qualität und was diese beinhalten soll. Donabedian (2005) versuchte durch die heute in der medizinischen Qualitätssicherungstheorie anerkannte Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Klarheit in die Komplexität der Qualität im Gesundheitswesen zu bringen.

Wie sieht nun aber die konkrete Umsetzung der Qualitätssicherung aus? Dazu braucht es sinnvolle, ökonomische und praktikable Massnahmen, welche nicht nur Daten erheben sondern Probleme und mögliche Ursachen aufspüren, analysieren und zur Lösung beitragen (Nübling & Schmidt, 1999). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden einige solcher Massnahmen entwickelt. Allerdings muss vorweggenommen werden, dass hier noch ein grosses Entwicklungspotential schlummert. Es wurden Leitlinien formuliert und Dokumentationssysteme sowie Konzepte für internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung entwickelt. Weiterhin braucht es die Entwicklung von validen, ökonomischen Messinstrumenten zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität (Mattejat, 2008).

Die Übersichtstabellen in Kapitel 2.5.3 zeigen deutlich, wie wenig Messinstrumente es zu störungsunabhängigen Verfahren gibt. Keines der aufgeführten Verfahren misst die psychosoziale Belastung. Bei den Verfahren, die Verhaltensstörungen oder soziale Kompetenzen erfassen, gibt es keine Versionen für Therapeuten und Therapeutinnen zur Fremdbeur-

teilung. Zur Outcome-Messung ist aber die Erfassung der Selbst- und Fremdbeurteilung wichtig, da sie stark voneinander abweichen können (Donabedian, 2005; Merod & Petermann, 2006). Auch bei einer modular gestalteten Outcome-Messung ist die Erhebung beider Sichtweisen bedeutsam.

Fonagy (2005) nennt wichtige Aspekte, die bei der Outcome-Messung im Kinder und Jugendbereich berücksichtigt werden sollten. Messinstrumente und Diagnosekriterien sollten nicht einfach aus dem Erwachsenenbereich adaptiert werden. Die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen muss miteinbezogen werden, da gewisse psychiatrische Symptome in einer bestimmten Entwicklungsphase normal sind. Weiter fällt es Kindern nicht leicht, über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen, weshalb auf die Einschätzung von Eltern und Lehrpersonen zurückgegriffen wird. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Einschätzungen exakt die des Kindes wiedergeben. Was schließlich als erwünschter Outcome gesehen wird, kann auseinander driften, da die Bedürfnisse der Familie nicht immer deckungsgleich mit denen der Kinder und Jugendlichen sind.

Die Outcome-Messung im Kinder und Jugendpsychiatrischen Bereich steht noch am Anfang - es gibt erst wenige Studien im Zusammenhang mit Qualitätssicherung. Mattejat und Renschmidt (2006) betonen das Fehlen von geeigneten Messinstrumenten, mit denen in der realen Gesundheitsversorgung Daten zum Behandlungsergebnis erhoben werden können. In England und Australien ist die Entwicklung solcher Messinstrumente weiter fortgeschritten. Der HoNOSCA wurde von Gowers et al. (1999) in England als ökonomisches Outcome-Messinstrument entwickelt. In einem in Australien entwickelten modularen System zur Outcome-Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt er eine bedeutende Stellung ein. Im deutschsprachigen Raum sind zwei Projekte zu erwähnen: Zum einen die Entwicklung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS) in der stationären Versorgung, zum anderen das kjp-Qualitätssystem für den ambulanten Bereich.

## 10.2 Beantwortung der Fragestellung

1. *Nimmt die psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG ab? (Einschätzung durch Therapeutinnen und Therapeuten)*

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die signifikante Abnahme der psychosozialen Belastung der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG, bei der Einschätzung durch die Therapeutinnen und Therapeuten.

2. *Nehmen Erlebens- und Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG ab? (Einschätzungen durch die Eltern und die Jugendlichen ab 11 Jahren)?*

Die Ergebnisse bei der Einschätzung durch die Eltern bestätigen die signifikante Abnahme der Erlebens- und Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG. In Bezug auf die Normen bedeutet dies eine Veränderung in der Beurteilung von grenzwertig zu unauffällig.

Bei der Einschätzung durch die Jugendlichen selbst zeigt sich keine signifikante Abnahme der Erlebens- und Verhaltensstörungen der Jugendlichen zwischen Anfang und Ende einer Behandlung an den KJPDSG.

3. *Besteht ein Zusammenhang zwischen den Einschätzungen der Eltern und Jugendlichen beim SDQ und den Einschätzungen der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA?*

Nach den vorliegenden Ergebnissen kann ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Eltern und Jugendlichen beim SDQ und den Einschätzungen der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA bei Behandlungsbeginn bestätigt werden. Es handelt sich um eine sehr signifikante Korrelation von  $r = 0.357$  beim Zusammenhang der Einschätzung der Eltern und der Therapeutinnen und Therapeuten und  $r = 0.248$  beim Zusammenhang der Einschätzung der Jugendlichen und der Therapeutinnen und Therapeuten. Eine Korrelation zwischen 0.2 und 0.5 wird nach Bühl (2010) als geringe Korrelation eingestuft.

Bei Behandlungsende zeigen die vorliegenden Ergebnisse keinen Zusammenhang. Ein Grund dafür könnte die kleine Stichprobengröße sein.

4. *Zeigen sich Unterschiede bei den verschiedenen Dimensionen des SDQ (emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten) bezüglich Geschlecht oder Alter bei der Einschätzung durch die Eltern und die Jugendlichen ab 11 Jahren?*

Die Resultate dieser Studie bestätigen einen signifikanten Unterschied zwischen den Mädchen und Knaben bei der Dimension emotionale Probleme des SDQ, bei der Einschätzung durch die Jugendlichen selbst. Bei allen anderen Dimensionen des SDQ konnte weder bei der Einschätzung durch die Eltern noch bei der Einschätzung durch die Jugendlichen ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Knaben festgestellt werden.

Im Bezug auf das Alter konnte in keiner der fünf Dimensionen des SDQ ein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

### ***10.3 Interpretation der Ergebnisse***

1. *Hypothese: Die Differenz zwischen der Prä- und Postmessung des HoNOSCA und die Differenz zwischen der Prä- und Postmessung des SDQ sind signifikant unterschiedlich.*

Im Bezug auf die Prä- und Postmessung des HoNOSCA konnte die Hypothese bestätigt werden. Die psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen war bei Behandlungsende signifikant tiefer. Die Differenz der Mediane des HoNOSCA Gesamtscores zwischen der Prä- und Postmessung beträgt 4.5 Punkte. Ausgehend von  $p < 0.05$  ergibt sich mit  $p = 0.004$  ein sehr signifikanter Unterschied der beiden Messungen.

Im Bezug auf die Prä- und Postmessung des SDQ kann die Hypothese bei der Einschätzung durch die Eltern bestätigt werden, nicht aber im Bezug auf die Einschätzung der Jugendlichen. Die Erlebens- und Verhaltensstörungen der Kinder und Jugendlichen waren bei Behandlungsende bei der Einschätzung durch die Eltern signifikant tiefer. Ausgehend von  $p < 0.05$  ergibt sich mit  $p = 0.041$  ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Messungen. Die Differenz der Mediane des SDQ Gesamtscores zwischen der Prä- und Postmessung beträgt 9 Punkte. Der Mittelwert ist (von 16.08 auf 7.00) stark gesunken. Im Bezug auf die Normen bedeutet dies eine Veränderung in der Beurteilung von „grenzwertig“ zu „unauffällig“.

Bei der Einschätzung der Jugendlichen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Ausgehend von  $p < 0.05$  liegt die Signifikanz bei 0.779, der Median liegt bei Be-

handlungsende 0.5 Punkte tiefer. Der Mittelwert veränderte sich von 13.75 zu 12.00, was im Bezug auf die Normen bei beiden Werten der Beurteilung „unauffällig“ entspricht.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu Berücksichtigen, dass die Stichprobengrösse von Behandlungsbeginn zum Behandlungsende stark geschrumpft ist. Bei Behandlungsbeginn und -ende betrug sie beim HoNOSCA Gesamtscore  $n = 674 / n = 21$ , beim Gesamtscore des SDQ für Eltern  $n = 719 / n = 16$  und beim Gesamtscore des SDQ für Jugendliche  $n = 421 / n = 10$ . Die grosse Stichprobe des Behandlungsbeginns konnte zur Überprüfung dieser Hypothese nicht voll ausgeschöpft werden, da die Überprüfung der Veränderung nur bei 21, 16 respektive 10 der Erhebungen möglich war. Die dadurch entstandenen kleinen Stichproben mindern die Bedeutung der Ergebnisse.

Die Untersuchungsergebnisse sprechen für die deutschsprachige Version des HoNOSCA als veränderungssensitives Outcome-Messinstrument, da sie sich mit Befunden aus anderen Studien decken. In der vorliegenden Studie betrug die Reduktion des HoNOSCA Gesamtscores 39%, was mit den Resultaten der Initial Studie von Gowers et al. (1999) übereinstimmt, in welcher eine Reduktion von 38% nach drei Monaten beschrieben wird. Mathai und Bourne (2009) bestätigen bei einer nach sechs Monaten durchgeführten Erhebung ebenfalls eine durchschnittliche Veränderung des HoNOSCA Gesamtscore von 4.48 Punkten. Auch Manderson und McCune (2003) fanden eine signifikante Reduktion des Gesamtscores von 12.55 auf 6.66 Punkte nach sechs Monaten. Hingegen berichten Brann et al. (2001) von einer tieferen Reduktion des Gesamtscores von 22%.

Die Resultate der Erhebung der Einschätzung der Eltern zeigt eine grosse Veränderung zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende, welche aber von den Jugendlichen selbst nicht wahrgenommen wurde. Dies kann zum einen daran liegen, dass sich zu Beginn die Jugendlichen im Durchschnitt bereits als unauffällig einschätzten. Dies kann dafür sprechen, dass in ihrem eigenen Erleben ihre Problematik gar nicht so stark ausgeprägt ist. Im Gegensatz dazu ist die Problematik in der Wahrnehmung ihrer Eltern viel stärker ausgeprägt. Im Durchschnitt schätzten die Eltern die Problematik der Jugendlichen zu Beginn als grenzwertig ein.

Zum anderen kann laut Fonagy (2005) nicht davon ausgegangen werden, dass die Wahrnehmung der Eltern exakt die Gefühlswelt und die Bedürfnisse ihrer Kinder wiedergibt. Diese Aussage bezieht sich zwar auf Kinder und nicht explizit auf Jugendliche, doch sie könnte auch hier ihre Berechtigung haben.

Weiter kann vermutet werden, dass die Jugendlichen wirklich nicht in der erhofften Weise von der Behandlung profitieren konnten und für sie keine spürbare Veränderung stattfand. Vielleicht wurde die Wahrnehmung der Eltern und der Behandelnden von der Erwartungshaltung beeinflusst, dass nun etwas unternommen wurde, eine Behandlung durchgeführt wurde und sich deshalb eine Verbesserung zeigen sollte.

Die Schwierigkeit der Interpretation der Resultate der Einschätzung durch die Jugendlichen liegt auch an den fehlenden Normen für die deutschsprachige Version des SDQ für Jugendliche. Bei der Elternversion konnten die englischen Normen nicht einfach übernommen werden, was aber in dieser Studie bei den Jugendlichen mangels deutscher Normen geschah. Dazu kommt, dass der SDQ für Jugendliche bis 16 Jahre konzipiert wurde, in dieser Studie die Altersspanne aber bis 19 Jahre reicht.

Die Einschätzung der Jugendlichen unterscheidet sich nicht nur von jener ihrer Eltern, sondern auch von jener der Behandelnden. Zu ähnlichen Befunden kamen Gowers et al. (2002) bei der Erhebung mittels HoNOSCA-SR, wobei die Jugendlichen ihre Problematik tiefer werteten und weniger Veränderung wahrnahmen als die Therapeutinnen und Therapeuten.

Auf diesen Unterschied verweisen auch Merod und Petermann (2006) und Donabedian (2005), weshalb bei der Outcome-Messung die Einschätzung des Behandelnden sowie die des Patienten und der Patientin erhoben werden sollten. Dies stützt die Bedeutung von modularen Systemen zur Outcome-Messung in der Qualitätssicherung, wie sie in Australien von Bickman et al. (2006) oder in Deutschland von Mattejat und Remschmidt (2006) entwickelt wurden.

Das gewählte Vorgehen der KJPDSG zur Qualitätssicherung die Sichtweise der Eltern, der Jugendlichen und der Therapeutinnen und Therapeuten zu erfassen, wird durch die Untersuchungsergebnisse und aufgeführten Aspekte ebenfalls unterstützt. Dabei stellt sich die Frage nach der Wahl von geeigneten Messinstrumenten, um alle Sichtweisen valide, ökonomisch und praktikabel zu erheben. Dabei wird man mit einem Mangel an geeigneten Messinstrumenten zur Erhebung der Prozess und Ergebnisqualität konfrontiert (Merod & Petermann, 2006; Remschmidt & Mattejat, 2006).

Ahle et al. (2006) empfehlen den Einsatz von störungsunabhängigen Verfahren für die Qualitätssicherung. Die Tabellen zwei und drei in Kapitel 2.4.3. nennen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und sozialen Kompetenzen kein einziges Instrument für Fach-



kräfte, nur eines für Jugendliche. Nur ein Elternfragebogen deckt die Altersspanne bis 18 Jahre ab. Um die Sichtweise der Behandelnden zu erfassen, wird ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität und eines für die Therapiezufriedenheit genannt. Bei der Interpretation dieser Angaben muss berücksichtigt werden, dass diese Zusammenstellung von Verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten erstellt wurde und Fachkräfte mit einem anderen Therapeutischen Hintergrund vielleicht noch andere Messinstrumente aufgeführt hätten.

2. *Hypothese: Die Einschätzung der Eltern und Jugendlichen beim SDQ korreliert positiv mit der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA.*

Die Hypothese wird bei der Einschätzung zu Behandlungsbeginn bestätigt, nicht aber bei Behandlungsende.

Die Nicht-Bestätigung der Hypothese bei Behandlungsende ist wohl auf die sehr kleine Stichprobe zurückzuführen. Zu diesem Zeitpunkt betrug die Stichprobengrösse beim HoNOSCA Gesamtscore  $n = 21$ , beim Gesamtscore des SDQ für Eltern  $n = 9$ , beim SDQ für Jugendlichen  $n = 8$ . Aus diesem Grund kann das Resultat bei Behandlungsende in Frage gestellt werden. Bei Behandlungsbeginn handelt es sich um sehr grosse Stichproben von  $n = 674$  beim HoNOSCA Gesamtscore,  $n = 537$  beim SDQ Gesamtscore der Eltern und  $n = 330$  beim SDQ der Jugendlichen. Aus diesem Grund wird in den weiteren Ausführungen Bezug auf die Ergebnisse am Behandlungsbeginn genommen.

Die Ergebnisse zeigen eine sehr signifikante Korrelation von  $r = 0.357$  beim Zusammenhang der Einschätzung der Eltern und der Therapeutinnen und Therapeuten und ebenfalls eine sehr signifikante Korrelation von  $r = 0.248$  beim Zusammenhang der Einschätzung der Jugendlichen und der Therapeutinnen und Therapeuten. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen einen Zusammenhang der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten beim HoNOSCA und der Einschätzung der Eltern und Jugendlichen beim SDQ. Der Zusammenhang wird laut Bühl (2010) als gering eingestuft, da Korrelationen zwischen 0.2 und 0.5 als gering beurteilt werden.

Diese Zusammenhänge sind nur geringfügig tiefer als die Resultate, welche Yates et al. (1999) beschreiben. Sie untersuchten ebenfalls den Zusammenhang des HoNOSCA mit dem SDQ und fanden eine Korrelation von  $r = 0.4$  bei der Einschätzung durch die Eltern und  $r = 0.3$  bei der Einschätzung durch die Jugendlichen.

Garralda et al. (2000) untersuchten nicht den Zusammenhang der Gesamtscore sondern, wie die Veränderungen der HoNOSCA und der SDQ-Messung zusammenhängen. Die Veränderung, welche der HoNOSCA erfasste, weist mit jener des SDQ für Eltern eine Korrelation von  $r = 0.32$  auf.

Der eher geringe Zusammenhang deckt sich mit den Aussagen von Donabedian (2005) und Merod und Petermann (2006), wonach die Einschätzung der Fachleute sowie die des Patienten unterschiedlich sein können.

3. *Hypothese: Mädchen haben mehr internalisierende Störungen, Knaben mehr externalisierende Störungen und Hyperaktivität (bei der Einschätzung durch Eltern und Jugendliche ab 11 Jahren).*

Diese Hypothese kann nur sehr bedingt gestützt werden. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse wird bestätigt, dass sich Mädchen und Knaben bei der Dimension internalisierende Störungen des SDQ, bei der Einschätzung durch die Jugendlichen selbst signifikant unterscheiden. Der Mittelwert der Mädchen ist 2.26 Punkte höher als der Mittelwert der Knaben. Dies zeigt, dass Mädchen in der Selbstwahrnehmung der Jugendlichen mehr internalisierende Störungen haben.

Die Vermutung Knaben hätten mehr externalisierende Störungen und Hyperaktivität, konnte nicht bestätigt werden. Ebenfalls wurde bei der Einschätzung durch die Eltern, die Vermutung Mädchen hätten mehr internalisierende Störungen nicht bestätigt. Nur die impliziten Aussagen der Hypothese, dass es keinen Unterschied bei den Dimensionen Umgang mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten gebe, wurden durch die Untersuchungsergebnisse bestätigt.

Diese Befunde decken sich nicht mit den Resultaten aus anderen Studien. So fanden Koglin et al. (2007) und Woerner et al. (2002) einen signifikanten Unterschied zwischen Mädchen und Knaben in den Dimensionen externalisierende Verhaltensstörungen, Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, wobei die Knaben höhere Werte erreichten. Woerner et al. (2002) bestätigen zudem einen signifikant höheren Durchschnittswert der Mädchen beim prosozialem Verhalten.

Anhand der Stichprobengröße lassen sich diese ungleichen Resultate nicht erklären, da bei den Mädchen die Stichprobengröße bei  $n = 42 / 40$  (Einschätzung Eltern/Jugendliche) und bei den Knaben bei  $n = 33 / 23$  (Einschätzung Eltern/Jugendliche) lag.

Vielleicht hat das ungleiche Alter der Stichproben einen Einfluss. Koglin et al. (2007) untersuchten Kinder zwischen drei bis fünf Jahren. In der vorliegenden Studie konnte fast immer bei den gleichen Kindern und Jugendlichen das Alter und das Geschlecht erhoben werden. Dadurch muss davon ausgegangen werden, dass in dieser Stichprobe Jugendliche zwischen 13 und 19 Jahren stärker vertreten sind. Dieser Hypothese widersprechen aber den Befunden von Woerner et al. (2002), welche einen Unterschied bei den Geschlechtern in den genannten Dimensionen auch bei der Aufteilung in Jüngere und Ältere fanden.

Die explorativen Ergebnisse zeigen keine Unterschiede in den Dimensionen des SDQ im Bezug auf das Alter. Dies deckt sich teilweise mit den Befunden von Koglin et al. (2007) und Woerner et al. (2002), welche im Bezug aufs Alter nur einen Unterschied in der Dimension Hyperaktivität fanden. Dieser Unterschied verkleinerte sich mit zunehmendem Alter geringfügig. Da in dieser Studie die Gruppe der Älteren stärker vertreten ist und auch Jugendliche bis 19 Jahre vertreten sind, könnte es sein, dass sich der Unterschied mit zunehmendem Alter ganz aufhebt.

#### ***10.4 Methodenkritik***

Sowohl das Paneldesign wie auch die eingesetzten Messinstrumente waren durch die bereits vorliegenden Prä- und Postmessungen, die den KJPDSG bereits vorlagen, vorgegeben.

Dadurch wurden die Werte der gleichen Variabel zu zwei Messzeitpunkten auf der Grundlage einer identischen Stichprobe erhoben. Die Anzahl der erhobenen Fragebögen bei Behandlungsbeginn ist sehr gross, je nach Messinstrument liegt sie bei 421, 674 oder 719.

Bei längerfristigen angelegten Panelerhebungen besteht die Gefahr der Mortalität. Damit ist eine Schwundquote der ursprünglichen Stichprobe gemeint, die aufgrund von Wegzügen, Sterblichkeit, Verweigerung oder aus anderen Gründen zustande kommt.

In dieser Studie ist die Panelmortalität extrem hoch. Es stellt sich jedoch die Frage, ob es sich dabei um eine Mortalität im eben beschriebenen Sinne handelt oder ob sie bereits im Studiendesign angelegt ist. Damit eine Veränderung messbar wird, braucht es eine gewisse Zeit und Anzahl Behandlungen, weshalb die Daten bei Behandlungsende nur nach 10 Behandlungen erhoben wurden. Hier stellt sich die Frage, ob nicht sehr viele Behandlungen früher beendet wurden und deshalb die zweite Erhebung gar nicht durchgeführt wurde.

Aus diesem Grund müsste überprüft werden, wie viele Behandlungen vor dem Erreichen von 10 Behandlungen abgeschlossen wurden. Vielleicht könnte es sinnvoll sein, den zweiten Erhebungszeitpunkt neu zu definieren. Eine andere Anzahl durchgeführter Behandlungen, eine definierte Zeitspanne in Monaten oder ein längerer Erhebungszeitraum als 11 Monate bis zur Auswertung könnte in Betracht gezogen werden. Dadurch könnte das Design verbessert werden.

Einen zweiten Grund könnten die Langzeitbehandlungen liefern. Dies würde bedeuten, dass in den 11 Monaten der Datenerhebung nur wenige Behandlungen abgeschlossen werden konnten. Würden diese zwei Vermutungen bestätigt, kann nicht von einer Mortalität im engeren Sinne gesprochen werden, da beim Design bereits definiert wurde, dass nicht auf alle Ersterhebungen eine zweite folgen wird.

Das Ein- und Austrittsdatum weniger konnte bisher aus dem dieser Studie zugrunde liegenden Datensatz erhoben werden, weshalb nur Vermutungen formuliert werden können. Durch das Fehlen dieser Angaben war auch eine Aussage über den Behandlungszeitraum, in dem die Veränderung von der Prä- zur Postmessung stattgefunden hat, nicht möglich. Im Bezug zu den erwähnten Studien wäre diese Angabe spannend gewesen.

Trotz der beschriebenen Problematik erscheint das Paneldesign für die vorliegende Qualitätssicherungsstudie das geeignete zu sein, um eine Abnahme der psychosozialen Belastung und der Emotionalen- und Verhaltensstörungen zu überprüfen. Es ermöglicht eine umfassende Auswertung der Daten, und neben allgemeinen Aussagen ist auch die Darstellung von individueller Veränderung möglich.

In diesem Zusammenhang kann bei der ersten Fragestellung bemängelt werden, dass nicht auch nach der Abnahme bei den einzelnen Dimensionen des SDQ oder bei den einzelnen Items des HoNOSCA gefragt wurde. Weiter hätte untersucht werden können, wie die unterschiedlichen Sichtweisen der von beiden Messinstrumenten erhobenen Bereiche, (wie zum Beispiel Hyperaktivität) beurteilen. Qualitätssicherung soll auch Rückmeldungen an die Behandelnden geben. Für diese wären präzisere Angaben sicherlich interessant gewesen.

Bei den für diese Studie relevanten Messinstrumenten handelt es sich zum einen um den SDQ für Eltern, welcher standardisiert, validiert und normiert ist. In vielen Studien mit Kindern und Jugendlichen wird der SDQ verwendet, was den Vergleich mit anderen Studien ermöglicht. Beim SDQ für Jugendliche wurde die Reliabilität und Inhaltsvalidität der

Englischen Version bestätigt und eine Normierung durchgeführt. Bei der deutschen Version fehlen noch solche Studien. Die Altersspanne der dieser Studie zugrunde liegenden Stichprobe reicht bis 19 Jahre, wobei der SDQ bis 16 Jahre konzipiert ist. Der Mangel an geeigneten Messinstrumenten im Kinder- und Jugendbereich wurde bereits erwähnt. Es wurde kein Instrument gefunden, welches die Erlebens- und Verhaltensprobleme bei dieser Altersspanne erfasst.

Beim anderen Messinstrument handelt es sich um die deutsche Version des HoNOSCA, welches mit dem Einverständnis der Autoren übersetzt wurde. Die Fertigstellung des HoNOSCA-D erfolgte im Mai 2011. Bis anhin wurde er erst an den KJPDSG und an den UPK Basel, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik eingesetzt. Es gibt noch keine öffentlich zugänglichen Studien. Im Kinder- und Jugendbereich gibt es keine anderen deutschsprachigen Fremdbeurteilungsinstrumente zur Erhebung der psychosozialen Belastung. Die Befunde der Studien zu den psychometrischen Testkriterien der englischen Version sprechen für die in dieser Studie verwendete deutsche Version des HoNOSCA.

## *10.5 Ausblick*

Aufgrund des oben erwähnten Mangels an deutschsprachigen Fremdbeurteilungsinstrumenten scheint es sinnvoll, den HoNOSCA-D in weiteren Studien praktisch einzusetzen, die psychometrischen Testkriterien zu überprüfen und dadurch zur Entwicklung von validen, ökonomischen und deutschsprachigen Fremdbeurteilungsinstrumenten für den Kinder- und Jugendbereich beizutragen.

Es gibt ebenfalls sehr wenige deutschsprachige Selbstbeurteilungsinstrumente für Jugendliche, weshalb im Bezug auf den SDQ für Jugendliche das Gleiche gilt wie oben im Bezug auf den HoNOSCA-D formuliert.

In der Schweiz gibt es zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch kein koordiniertes Vorgehen wie zum Beispiel in der Erwachsenenpsychiatrie. Hier wären ähnliche Projekte sicher unterstützenswert.

Aus dem umfangreichen Datenmaterial dieser Qualitätssicherungsstudie könnten weitere Auswertungen erhoben werden, welche im Rahmen dieser Studie keinen Platz gefunden haben. Interessant wäre zu sehen, wie stark die Ausprägung der einzelnen Items beim HoNOSCA und den verschiedenen SDQ Dimensionen bei Behandlungsbeginn sind. Dadurch

wären Aussagen über das Ausmass der Belastung in den einzelnen Bereichen möglich. Weiter könnte untersucht werden, wie sich dies bei Behandlungsende verändert haben. Spannend wäre zu überprüfen, ob sich Unterschiede im Bezug auf Diagnosegruppen, Patientengruppen (zum Beispiel teilstationär und ambulante) oder den Bildungshintergrund der Eltern beim Gesamtscore und den einzelnen Items und Dimensionen zeigen. Die aufgeführten Aspekte sind sicher nicht vollständig, weitere Auswertungen wären interessant.

In einer qualitativen Untersuchung könnte untersucht werden, was aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten, der Eltern und Jugendlichen zu einer Abnahme oder eben zu keiner Abnahme der psychosozialen Belastungen und der Erlebens- und Verhaltensstörungen geführt hat.

## 11 LITERATURVERZEICHNIS

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry), (2008). *Practice Parameters* [On-line]. Available: <http://www.aacap.org>
- Ahle, ME., Döpfner, M., Könning, J., Mattejat, F., Müller, U., Walter D. & Zumpf, H. (2006). Qualitätssicherung bei Therapien mit Kindern und Jugendlichen. In F. Mattejat, (Hrsg). *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Bd. 4. (S. 197-205). (W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenning & SKD. Sulz, (Hrsg). Lehrbuch der Psychotherapie). CIP Medien, Fachverlag für Psychotherapie.
- Anderson, L., Vostanis, P. & O'Reilly, M. (2005). Three-year follow-up of a family support service cohort of children with behavioural problems and their parents. *Child: Care, Health and Development*, 31 (4), 469-477.
- ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken), (2011). [On-line]. Available: <http://www.anq.ch/anq/>
- Ayton, A., Keen, C. & Lask, B. (2009). Pros and Cons of Using the Mental Health Act for Severe Eating Disorders in Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 17, 14-23.
- ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). (2003). (Hrsg). *Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bickman, L., Nurcombe, B., Townsend, C., Belle, M., Schut, J., & Karver, M. (1998). «Consumer Measurement Systems in Child and Adolescent Mental Health». Canberra, ACT (Australia): Department of Health and Family Services.
- Bilenberg, N. (2003). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Results of a Danish field trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12 (6), 298-302.
- Brann, P., Coleman, G. & Luk, E. (2001) Routine outcome measurement in a child and adolescent mental health service: an evaluation of HoNOSCA. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 370-376.
- Brisch, K. H. (2000). Was heilt? Ergebnis- und prozessorientierte Evaluation in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse*, 106, 109-122.
- Bühl, A. (2010). *PASW 18: Einführung in die moderne Datenanalyse*. (12. Aufl.). München: Pearson Studium.

- Bührlen-Amstrong, B. & Bengel, J. (1998). Qualitätssicherung: Grundlagen, Funktionen, Möglichkeiten. In D. Hell, J. Bengel & M. Kirsten-Krüger (Hrsg). *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung Modelle und Projekte in der Schweiz und in Deutschland* (S.1-15). Basel: Karger.
- Bundesversammlung, (1994). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)* [On-line]. Available: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf>
- Burgess, P., Trauer, T., Coombs, T., McKay, R. & Pirkis, J. (2009). What does 'clinical significance' mean in the context of the Health of the Nation Outcome Scales? *Australasian Psychiatry*, 17 (2), 141-148.
- Diekmann, A. (2009). *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. (20. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- DGKJPP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, (2005). (Hrsg). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83, (4), 691–729. Reprinted from *The Milbank Memorial Foundation Quarterly*, Vol. 44, No.3, Pt.2, 1966 (pp. 166-203).
- Eichhorn, S., (1997). *Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements*. Stuttgart: Kohlhammer
- Engler, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand F. & Poustka, F. (1998). Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 27, 129-146.
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 47-68). Göttingen: Hogrefe.
- Fonagy, P. (2005). Outcome Measurement in Children and Adolescents. In W. W. IsHak, T. Burt & L. I. Sederer (Eds.), *Outcome measurement in psychiatry: a critical review* (pp. 59-76). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson, I. (2000). Child and adolescent mental health service use. HoNOSCA as an outcome measure. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.



- Gebhardt, K. (2009). *Quality-Datenbank* [On-line]. Available: <http://www.quality.de/lexikon/qualitaet.htm>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38 (5), 581-586.
- Goodman, R. (2001). The psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *British Journal of Psychiatry*, 174, 428-431.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999b). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.
- Gowers, S.G., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR): in two adolescent mental health services. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O.O., Bilenberg, N., Brann, P., Garralda, E., Merry, S. & Heyerdahl, S. (2007). Cross-National Reliability of Clinician-Rated Outcome Measures in Child and Adolescent Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health*, 34, 513-518.
- Harnett, P. H., Loxton, N. J., Sadler, T., Hides, L. & Baldwin, A. (2005). The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents in an adolescent in-patient sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (3), 129-135.
- Hell, D. (1998). Qualität oder Güte? – Kritische Vorbemerkungen. In D. Hell, J. Bengel & M. Kirsten-Krüger (Hrsg). *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung Modelle und Projekte in der Schweiz und in Deutschland* (S. VII-IX). Basel: Karger.
- Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (2000). *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Hirsig, R. (2006). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS*. Band1. (5. Aufl.). Zürich: Seismo Verlag.
- Holzer, L., Tchemadjeu, I. K., Plancherel, B., Bolognini, M., Rossier, V., Chinet, L. & Halfon, O. (2006). Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) vs. Health of Nation

Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) in clinical outcome measurement. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (5), 482-490.

Hunter, J., Higginson, I. & Garralda, E. (1996). Systematic literature review: outcome measures for child and adolescent mental health services. *Journal of Public Health Medicine*. 18 (2), 197-206.

Johnston, C. & Gowers, S. (2005). Routine Outcome Measurement: A Survey of UK Child and Adolescent Mental Health Services. *Child and Adolescent Mental Health*, 10 (3), 133-139.

Kisely, S., Campbell, L., Crossman, D., Gleich, S. & Campbell, J. (2007). Are The Health Of The Nation Outcome Scales A Valid And Practical Instrument To Measure Outcomes In North America? A Three-Site Evaluation Across Nova Scotia. *Community Mental Health Journal*. 43 (2), 91-107.

Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 491-502.

Koglin, U., Barquero, B., Mayer, H., Scheithauer, H. & Petermann, F. (2007). Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Psychometrische Qualität der Lehre-/Erzieherversion für Kindergartenkinder. *Diagnostica*, 53 (4), 175-183.

Laireiter, A.-R. (2003). Dokumentation in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 72-81). Göttingen: Hogrefe.

Lesinskiene, S., Senina, J. & Ranceva, N. (2007). Use of the HoNOSCA scale in the teamwork of inpatient child psychiatry unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 727-733.

Manderson, J., & McCune, N. (2003). The use of HoNOSCA in a child and adolescent mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 20 (2), 52-55.

Mathai, J. & Bourne, A. (2009). Patients who do well and who do less well in an inpatient adolescent unit. *Australasian Psychiatry*, 17 (4), 283-286.

Mattejat, F. (2008). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. In H. Remschmidt, F. Mattejat & A. Warnke (Hrsg). *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 107-118). Stuttgart: Thieme Verlag.

Mattejat, F., Hirsch, O. & Remschmidt, H. (2003). Die Nutzung von Telefoninterviews für

die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Stichprobenverzerrungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 31, 17-34.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998a). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998b). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26 (3), 183-196.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2005). Marburger Symptomskalen (MSS). In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen: Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (6), 445-454.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Manual. Bern: Hube.

Mattejat, F., Trosse, M., John, K., Bachmann, M. & Remschmidt, H. (2006). *kjp-Qualität: Modell-Forschungsprojekt zur Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen* [On-line]. Available: <http://www.uni-marburg.de/fb20/kjp/eval/kjpq/kjpqdownload/kjpqab>

Merod, R. & Petermann, F. (2006). Prozess- und Ergebnisqualität: Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 15 (3), 164-169.

Nübling, R. & Schmidt, J. (1999). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung; ein Werkstattbuch* (S. 51ff). Tübingen: dgvt-Verlag.

Rasch, B., Frieze, M., Hoffmann, W. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden: Einführung in die Statistik*. Band1. (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Remschmidt, H., Gutenbrunner, C. & Mattejat, F. (1994). Zum Stellenwert verschiedener Therapieformen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und assoziierten Einrichtungen; Methodische und inhaltliche Aspekte der Therapiedokumentation im Rahmen der Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22 (3), 169-182.

- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2001). *Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry*. Darmstadt: Steinkopff-Verlag.
- Rückert, D. & Linster, W. (1998). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung; ein Werkstattbuch* (S. 417-454). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sartorius, N. & Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments. In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of Life Assessment in Health Care Settings, Vol.1*, (o.S.) Berlin: Springer.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. *GwG-Zeitschrift*, 96, 12-25.
- SDQ Normen und Fragebogen [On-line]. Available:  
<http://www.sdqinfo.org/py/doc/b3.py?language=German>
- Simnacher, G. (1999). Qualitätssicherung in der Psychiatrie aus der Sicht der Krankenhausträger. In C. Cording (Hrsg.), *Qualität in der Psychiatrie* (S. 9-17). Regensburg: Roderer Verlag.
- Swadi, H. & Bobier, C. (2005). Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorder: how long should it be? *Australasian Psychiatry*, 13 (2), 165-168.
- TADS Team (2006). Functioning and Quality of Life in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45 (12), 1393-1554.
- von Wyl, A. (2011). *HoNOSCA-D* (Bericht). Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- von Wyl, A. (2011). *Messung der Ergebnisqualität am KJPD St. Gallen* (Internerbericht). St. Gallen: Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen.
- Wing, J. K., Beever, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S. & Burns, A. (1998). Health of the nation outcome scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.
- Winter, S., Wiegard, A., Welke, M. & Lehmkuhl, U. (2005). Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ: Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- Jugendpsychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (2), 113-122.

- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (2), 105-112.
- Wölker, T. (2002). *Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: So managen Sie Qualität*. (3. Aufl.). Neu-Isenburg: Ärzte-Zeitung-Verl.-Ges.
- World Health Organization: Einzelziele für „Gesundheit 2000“. *Einzelziele zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie für „Gesundheit 2000“*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 1985.
- Yates, P., Garralda, M. E. & Higginson, I. (1999). Paddington Complexity Scale and Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 174, 417-423.
- Yates, P., Kramer, T. & Garralda, M. E. (2006). Use of a routine mental health measure in an adolescent secure unit. *British Journal of Psychiatry*, 188, 583-584.

## 12 ANHANG

*A HoNOSCA Fragebogen*

*B SDQ Fragebogen Elternversion*

*C SDQ Fragebogen Jugendversion*

Patientennummer..... Name TherapeutIn.....

Datum.....

**HoNOSCA Auswertungsblatt**

Schätze 9, wenn keine Antwort!

**Sektion A**

1. Störendes, asoziales oder aggressives Verhalten	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
2. Überaktivität, Aufmerksamkeit und Konzentration	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
3. Absichtliche Selbstverletzungen	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
4. Alkohol, Suchtmittel oder Lösungsmittelmissbrauch	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
5. Schulische oder sprachliche Fähigkeiten	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
6. Körperliche Erkrankung oder Behinderung	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
7. Halluzinationen und Wahnvorstellungen	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
8. Nicht organisch bedingte somatische Symptome	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
9. Emotionale und zugehörige Symptome	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
10. Beziehungen zu Gleichaltrigen	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
11. Selbstpflege und Unabhängigkeit	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
12. Familienleben und familiäre Beziehungen	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
13. Geringe Beteiligung an der Schule	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
<b>Total Werte Sektion A (9er Werte nicht dazuzählen!!)</b>						<input type="text"/>

**Sektion B**

14. Mangel an Kenntnis – Art der Schwierigkeiten	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
15. Mangel an Informationen – Angebote / Handhabung	0	1	2	3	4	<input type="text"/>
<b>Total Werte Sektion B</b>	0	1	2	3	4	<input type="text"/>

Patientennummer..... Name TherapeutIn.....

Datum.....

Mutter ☐ Vater ☐

# **Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)**

**Eltern**<sup>11-16</sup>

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig; überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Patientennummer..... Name TherapeutIn.....

Datum.....

# Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Selbst<sup>11-16</sup>

Bitte markiere zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich teile normalerweise mit anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich schlage mich häufig; ich kann andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Andere behaupten oft, dass ich lüge oder mogle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrer oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich denke nach, bevor ich handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: