

Bredel, Susanne / Brunner, Romuald / Haffner, Johann und Resch, Franz

**Behandlungserfolg, Behandlungserleben und  
Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und  
Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der  
stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 4, S. 256-276*

urn:nbn:de:bsz-psydok-44984

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

**Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

**Kontakt:**

**PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic) . . . . .	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?) . . . . .	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) . . .	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children) . . . . .	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents) . . . . .	573

## Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry) . . . . .	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBek) for adolescents) . . . . .	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study) . . . . .	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age) . . . . .	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children) . . . . .	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities) . . . . .	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school) . . . . .	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache) . . . . .	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers) . . . . .	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training) . . . . .	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the “adolescence-limited” delinquency) . . . . .	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form) . . . . .	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment) . . . . .	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance) . . . . .	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood) . . . . .	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development) . . . . .	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?) . . . . .	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany) . . . . .	652

#### Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period) . . . . .	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks) . . . . .	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures) . . . . .	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children) . . . . .	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents) . . . . .	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction) . . . . .	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams) . . . . .	39
Noeker, M.: Artifizielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy) . . . . .	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions) . . . . .	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model) . . . . .	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders) . . . . .	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty) . . . . .	547

### Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. ( <i>K. Mauthe</i> ) . . . . .	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	66
Erler, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. ( <i>A. Müller</i> ) . . . . .	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. ( <i>K. Jost</i> ) . . . . .	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. ( <i>M. Micklej</i> ) . . . . .	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer) .....	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner) .....	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber) .....	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner) .....	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch) .....	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch) .....	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch) .....	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner) .....	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt) .....	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker) .....	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich) .....	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff) .....	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich) .....	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr) .....	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich) .....	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich) .....	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr) .....	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich) .....	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich) .....	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich) .....	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke) .....	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke) .....	63

Lauth, G. W.; Grünke, M.; Brunstein, J. C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	679
Lepach, A. C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag ( <i>E. M. Dinkelaker</i> ) . . . . .	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. ( <i>W. Schweizer</i> ) . . . . .	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. ( <i>M. Schulte-Markwort</i> ) . . . . .	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. ( <i>B. Plois</i> ) . . . . .	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. ( <i>L. Goldbeck</i> ) . . . . .	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> ) . . . . .	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. ( <i>G. Latzko</i> ) . . . . .	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. ( <i>Y. Ahren</i> ) . . . . .	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. ( <i>L. Mürbeth</i> ) . . . . .	595
Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G. J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	289
Schönplflug, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. ( <i>D. Gröschke</i> ) . . . . .	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. ( <i>M. Mickley</i> ) . . . . .	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. ( <i>H. Heckerens</i> ) . . . . .	592
Watkins, J. G.; Watkins, H. H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> ) .....	360

#### Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). ( <i>K. Waligora</i> ) .....	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	521

Editorial / Editorial .....	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors .....	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles .....	588
Tagungskalender / Congress Dates .....	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements .....	220, 448, 527

# Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Susanne Bredel, Romuald Brunner, Johann Haffner und Franz Resch

### Summary

Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry

In spite of the high importance of subjective opinions as essential evaluation criteria there are hardly any studies available, dealing with the research of subjective judgements made by children and adolescent patients in relation to their inpatient treatment, and comparison with the evaluation of their parents. The evaluative study on an age-group random sample survey (n=95) of patients and parents at the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University of Heidelberg includes success of treatment, experience of treatment and satisfaction with treatment by means of specially constructed and parallelized questionnaires for patients, parents and therapists. Apart from the extent of subjectively experienced changes in precisely defined success variables, not only agreements and differences were studied, but also connections between success of treatment, experience of treatment and satisfaction with treatment as well as influences of success variables and experience variables on treatment satisfaction. Parents', patients' and therapists' evaluations of the treatment in regard of most success variables were all positive. At the end of treatment a perspective convergence was noticeable in some variables. The pressure on the parents requires special therapeutic attention. In the sense of therapy evaluation the change in the way the problem was viewed proved to be a worthwhile success criterium. From the patients' and parents' point of view the change in the problem „as a whole“ is mainly characterized by a positive change in emotional disposition. The therapeutic atmosphere and organisation of therapeutic relationships were highly appreciated by patients and parents. All in all patients, parents and therapists were highly satisfied with inpatient treatment. The correlations found between the grade of success, experience of treatment and satisfaction with treatment were clearly positive. On the patients' side treatment satisfaction was dictated more by their experiences during the treatment, whereas on the parents' side the success of treatment proved to be the stronger factor.

**Keywords:** patient satisfaction with psychiatric treatment – child psychiatry – evaluation – success of treatment – treatment satisfaction



## Zusammenfassung

Trotz der hohen Bedeutung subjektiver Bewertungen als wesentliches Evaluationskriterium liegen kaum experimentelle Studien vor, die sich der Erforschung der subjektiven Beurteilungen von psychiatrischen Patienten im Kindes- und Jugendalter in Bezug auf die stationäre Behandlung und dem Vergleich mit den Einschätzungen ihrer Eltern gewidmet haben. Im Rahmen einer evaluativen Studie an einer Jahrgangsstichprobe ( $n = 95$ ) von Patienten und Eltern der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg wurden der Behandlungserfolg, das Behandlungserleben und die Behandlungszufriedenheit mittels eigens konstruierter, parallelisierter Fragebögen für Patienten, Eltern und Therapeuten erfasst. Neben dem Ausmaß der subjektiv erlebten Veränderung in definierten Erfolgsvariablen sowie Übereinstimmungen und Unterschieden wurden Zusammenhänge zwischen Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit sowie der Einfluss von Erfolgs- und Erlebensvariablen auf die Behandlungszufriedenheit untersucht. Eltern und Patienten schätzten die Behandlung im Hinblick auf die meisten Erfolgsvariablen – ebenso wie die Therapeuten – übereinstimmend positiv ein. Bei einigen Variablen war am Ende der Behandlung eine Perspektivenannäherung festzustellen. Der Leidensdruck der Eltern erfordert besondere therapeutische Aufmerksamkeit. Die Veränderung der Problemsicht erwies sich als ein im Sinne der Therapieevaluation lohnendes Erfolgskriterium. Die Problemveränderung „insgesamt“ ist aus Sicht von Patienten und Eltern vorwiegend durch positive Veränderungen im emotionalen Bereich gekennzeichnet. Das therapeutische Klima und die therapeutische Beziehungsgestaltung fanden bei Patienten und Eltern eine hohe Akzeptanz. Patienten, Eltern und Therapeuten waren mit der stationären Behandlung insgesamt hoch zufrieden. Bei Patienten und Eltern ergaben sich deutlich positive Zusammenhänge zwischen den meisten Erfolgs- und Erlebensmaßen und der Behandlungszufriedenheit. Bei den Patienten scheinen Erlebensaspekte, bei Eltern Erfolgsaspekte die stärkeren Prädiktoren für die Behandlungszufriedenheit zu sein.

**Schlagwörter:** stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie – Behandlungserfolg – Behandlungszufriedenheit – Qualitätssicherung – Evaluation

## 1 Einleitung und Fragestellung

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der Therapieevaluation und der Qualitätssicherung zunehmend mehr Bedeutung beigemessen (vgl. Mattejat u. Remschmidt 1995; Döpfner u. Lehmkuhl 1993; Poustka 1998; Jungmann 1998). Qualität stellt kein absolutes Merkmal dar, sondern wird im Hinblick auf bestimmte Ziele definiert, die unterschiedlich konkretisiert werden können. Neben ökonomischen und weiteren objektiv erfassbaren Qualitätsmerkmalen (z. B. Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen mittels Expertenurteilen oder standardisierten Testverfahren) wird in jüngerer Zeit die Bedeutung subjektiver Bewertungen betont (Jungmann 1998; Mattejat 1998; Reisel et al. 1998).

Während die subjektive Beurteilung der Behandlung durch die Eltern kinderpsychiatrisch behandelter Kinder und jugendlicher Patienten seit längerem als eigenständiges und wesentliches Qualitätsmerkmal für die Behandlung betrachtet (vgl. Mattejat u. Remschmidt 1993) und häufiger untersucht wurde (Kammerer et al. 1984; Steinhausen 1983a; Jungmann 1984; Wille u. Loser-Kalbermatten 1988), wurden die Einschätzungen der behandelten Kinder und jugendlichen Patienten selbst bisher kaum in Evaluationsstudien einbezogen. Dass die Befragung von Kindern und Jugendlichen in differenzierter Form möglich (s. Friese u. Nissen 1983; Kammerer u. Göbel 1985) und als eigenständiges Evaluationskriterium von hohem Wert zu betrachten ist, wurde in jüngerer Zeit eindrücklich betont und nachgewiesen (Mattejat u. Remschmidt 1993; Lenz 1998; Helmer-Meier 1999).

Parallelisierte Datenerhebungen bei Patienten, Eltern und Therapeuten liegen bisher nur vereinzelt vor (Quaschner 1998; von Stosch 1998; Zander et al. 2001). Trotz teilweiser Übereinstimmung in der Beurteilung von Erfolgs-, Erlebens- und Zufriedenheitsaspekten scheinen auch wesentliche Unterschiede zwischen Patienten und Eltern zu bestehen (z.B. in der Einschätzung des Ausmaßes der Symptomverbesserung, Einschätzung innerfamiliärer Veränderungen, Beurteilung der Trennung von der Familie oder in der Betonung der Beziehungsvariablen im Behandlungserleben). Die Therapeuten urteilten insgesamt moderater in ihren Erfolgs- und Zufriedenheitseinschätzungen (Quaschner 1998; von Stosch 1998; Zander et al. 2001).

In verschiedenen Untersuchungen wurde die Beziehung zwischen *Behandlungserfolg* und *Behandlungszufriedenheit* analysiert. Die Befundlage ist jedoch uneinheitlich. In einigen Studien aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten parallel zur positiven Veränderung des Problemverhaltens beziehungsweise der Verbesserung der Gesamtentwicklung auch deutlich höhere Zufriedenheitseinschätzungen der Eltern gefunden werden (Steinhausen 1983b; Wille u. Loser-Kalbermatten 1988). Höger und Temme (1995) fanden einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und der Symptomverbesserung beziehungsweise positiven Veränderungen der innerfamiliären Umgangsformen. Dagegen stellte Jungmann (1984) bei seiner Elternbefragung keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesamtbewertung der Behandlung und der Symptomverbesserung fest. Die Resultate von Ludewig (1993) zeigen sogar positive Zufriedenheitsurteile trotz Nichterreichens der Therapieziele und die Ergebnisse von Zürn et al. (1990) belegen, dass eine positive Problementwicklung nicht notwendigerweise hohe Zufriedenheitseinschätzungen nach sich zieht. Unzufriedenheit wird in diesem Fall allerdings ausgesprochen selten geäußert. Zu diesem Ergebnis kommen auch neuere Untersuchungen im Bereich der Psychotherapie mit Erwachsenen (Hannöver et al. 2000).

Auch wenn die Behandlungszufriedenheit oft aus verschiedenen Erfolgs- und/oder Erlebensmaßen erschlossen und nicht unabhängig davon erhoben wurde, weisen die empirischen Belege übereinstimmend auf positive Zusammenhänge zwischen *Behandlungserleben* – vor allem eine positive Beziehung zum behandelnden Therapeuten oder ein gutes Verhältnis zu den Betreuern – und der *Behandlungszufriedenheit* hin (z.B. Kammerer et al. 1984; Zander et al. 2001).

Auch aus dem Bereich der Therapieforschung (Fischer u. Föh 1998) sowie aus dem „Client satisfaction research“ (Lebow 1982; 1983 a) liegen einheitliche Befunde dahingehend vor, dass eine vom Klienten als positiv erlebte therapeutische Beziehung und ein empathisches, echtes und interessiertes Therapeutenverhalten mit einer höheren Zufriedenheit mit der gesamten Behandlung verbunden ist. In einer neueren Untersuchung zur Patientenzufriedenheit von stationär therapeutisch behandelten Erwachsenen kommen auch Hannöver et al. (2000) zu dem Ergebnis, dass zwischen hilfreicher Arbeitsbeziehung zum Therapeuten und der Patientenzufriedenheit ein substanzieller Zusammenhang besteht. Die Autoren stellten auch fest, dass Patienten ihre Unzufriedenheit eher auf den Therapeuten oder die Therapie als auf die erreichten Ergebnisse beziehen.

Die vorliegende Evaluationsstudie widmete sich neben der detaillierten Analyse der subjektiven Perspektiven von Patienten und Eltern in Bezug auf Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit auch der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen den erhobenen Evaluationskriterien. Bei den Erfolgs- und Zufriedenheitsmaßen wurden auch die Einschätzungen der behandelnden Therapeuten vergleichend einbezogen.

## 2 Methode

### 2.1 Untersuchungsdesign

Die Untersuchung wurde auf den Stationen der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg in der Zeit vom 1.4.1999 bis 31.3.2000 durchgeführt. Die Psychotherapiestation bietet eine stationäre integrative Therapie für Kinder und Jugendliche im Alter von etwa vier bis 18 Jahren unter Einschluss psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung an. Es kommen tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Familientherapie und -beratung, Musiktherapie, Ergotherapie und allgemein entwicklungsfördernde Maßnahmen zur Anwendung. Die Akutstation bietet psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfestellung bei akuten Krisen, psychotischen Störungen, depressiven Störungen, Borderline-Erkrankungen, schweren Essstörungen, Selbstverletzung und Suizidalität im Jugendalter.

Die Studie wurde in einem Prä-post-Design (bei Aufnahme und Entlassung) unter klinischen Bedingungen an einer konsekutiven Stichprobe auf der Grundlage eigens entwickelter Fragebögen (Bredel 2002, unveröff. Dissertation) durchgeführt. Es wurden alle Patienten und ihre Eltern einbezogen, die innerhalb des definierten Zeitraumes auf den Stationen zur Behandlung aufgenommen wurden. Ausgeschlossen wurden Patienten mit sehr kurzer (< 2 Wochen) Aufenthaltsdauer (da die Befragung einen längeren Zeitraum voraussetzte), sowie Patienten, die ausschließlich zur Diagnostik oder zur Begutachtung aufgenommen worden waren.

## 2.2 Stichprobe (Patienten, Eltern, Therapeuten)

Insgesamt konnten die Daten von 95 Patienten in die Untersuchung einbezogen werden. Die stationäre Aufenthaltsdauer lag zwischen zwei Wochen und maximal acht Monaten, im Durchschnitt bei 10,6 Wochen. Von den 95 Patienten und Eltern konnten bei Aufnahme 96% der Patienten und 91% der Eltern, bei Entlassung jeweils 83% der Patienten und Eltern befragt werden. Die „drop-outs“ gehen auf Nichtverfügbarkeit der Eltern oder Nichtrücksendung der Fragebögen der Patienten und Eltern, die bei Entlassung nicht persönlich befragt werden konnten, zurück. Die komplexeren Fragen (z. B. zu Veränderung der Problemsicht oder Konfliktlösefähigkeit in der Familie) wurden nur den älteren Kindern (> 10 J.) gestellt, so dass hier die Antwortquote niedriger lag. Insgesamt waren 50 Patienten und 45 Patientinnen im Alter von vier bis 19 Jahren in die Untersuchung einbezogen. Der Altersdurchschnitt der Gesamtstichprobe lag bei 13,5 Jahren. Bei den unter zehnjährigen Patienten überwogen die Jungen (n = 16 gegenüber n = 9 Mädchen), während bei den jugendlichen Patienten (11–19 Jahre) der Stichprobe Jungen (n = 34) und Mädchen (n = 36) etwa gleich häufig vertreten waren.

Die Patientenstichprobe wies folgende psychiatrischen Hauptdiagnosen (ICD-10) auf. Mit 39% (n = 37) dominierten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F95). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F41–F44) wurden bei 16% (n = 15) der Patienten diagnostiziert. 13% (n = 12) hatten affektive Störungen (F32–F34). Bei 11,5% (n = 11) der Patienten wurde die Diagnose Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung (F20–F25) gestellt. 11,5% (n = 11) hatten eine Essstörung (F50). 3% der Patienten hatten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60); 2% tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84); eine Patientin hatte eine leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (F70). Bei drei Patienten lag eine organische Grunderkrankung mit Anpassungsstörungen (F41) vor.

Neben dieser kategorialen Zuordnung lagen Einschätzungen der Symptomatik durch Eltern und Patienten (10–18 Jahre) mittels Child-Behavior-Checklist (CBCL) und Youth Self-Report (YSR) vor (s. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998a, b). Die Einschätzungen der Eltern lagen bei 80% der Stichprobe, die Selbsteinschätzungen der Patienten bei 90% der Stichprobe im Bereich der klinischen Auffälligkeit (cut-off: Syndromskalen T-Wert > 70; cut-off: Skalen der Internalisierenden und Externalisierenden Auffälligkeiten und Gesamtwert T-Wert > 63). In beiden Gruppen überwogen die internalen Störungen (CBCL: internalisierende Störungen 73%, externalisierende Störungen 41%; YSR: internale Störungen 64%, externale Störungen 29%). Nahezu die Hälfte der Patienten (47%) lebte nicht in der vollständigen Herkunftsfamilie. 23% der Patienten lebten in Stief- oder Ersatzfamilien, zum Teil mit leiblichen, Halb-, Stief-, Pflege- oder Adoptivgeschwistern und 24% bei einem alleinerziehenden Elternteil. Es kann von einem hohen Komplexitätsgrad der familiären Beziehungen in der untersuchten Patientenstichprobe gesprochen werden. Die Stichprobe kann aufgrund der Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung als charakteristisch für kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulationen angesehen werden.

Die Patienten und ihre Familien wurden von vier Therapeuten behandelt. Zwei Ärzte und eine Ärztin in Facharztausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater betreuten 84 Patienten, 11 Patienten wurden von einer approbierten psychologischen Psychotherapeutin behandelt.

### 2.3 Erhebungsinstrument, Durchführung und Auswertung

Die Daten wurden auf der Grundlage selbst entwickelter, strukturierter und für Patienten, Eltern und Therapeuten parallelierter Fragebögen mittels Interview bei Aufnahme auf die Station und bei Entlassung erhoben. Es wurden die methodischen Zugangsweisen der direkten (retrospektiv bei Entlassung) und indirekten Veränderungsmessung (Zeitvergleich Aufnahme/Entlassung) kombiniert. Grundlage für die subjektiven Einschätzungen bildeten jeweils vier- bis fünfstufige Ratingskalen (ja – eher ja – eher nein – nein; sehr stark – stark – mittel – leicht – gering; sehr gut – gut – mittel – schlecht – sehr schlecht). Gebundene wurden durch offene Fragen ergänzt. Die Reihenfolge der Items entsprach dem zeitlichen Verlauf des stationären Aufenthaltes.

Der *Behandlungserfolg* wurde anhand der subjektiven Einschätzungen in differenzierter Form erfasst. Tabelle 1 bietet eine Übersicht über Inhalte und Befragungszeitpunkte für alle drei befragten Gruppen. Merkmale des *Behandlungserlebens* (nur bei Entlassung erfasst) wurden operationalisiert über die Therapeut-Patient-Beziehung, die Beziehung zum therapeutischen Team, atmosphärische Variablen (z. B. „Ich fühlte mich auf der Station wohl“) und das Erleben der Intervention „stationäre Aufnahme“ („Die vorübergehende Trennung von der Familie war für mich / war für mein Kind hilfreich“). Die *Behandlungszufriedenheit* wurde als globales Maß, bezogen auf die gesamte stationäre Behandlung erfasst.

Die Befragung der Eltern bei Aufnahme erfolgte entweder im Anschluss an das Aufnahmegespräch oder im Anschluss an die erste Besuchszeit nach Aufnahme. Die Patienten wurden in der ersten Woche nach Aufnahme, meist im Rahmen der psychologischen Diagnostik, befragt. Das Interview bei Entlassung wurde mit Eltern und Patienten getrennt entweder in der letzten Woche vor Entlassung oder im Anschluss an das therapeutische Abschlussgespräch durchgeführt. Einige Patienten und Eltern konnten vor der Entlassung nicht befragt werden, diesen wurden die Fragebögen mit der Bitte um Beantwortung postalisch zugesandt. Die Befragung wurde in den meisten Fällen mit Interesse und Akzeptanz angenommen. Auch die jüngeren Kinder waren sehr motiviert und erstaunlich gut in der Lage, ihre Eindrücke wiederzugeben.

Bei den erhobenen Daten ist von Ordinalskalenniveau auszugehen. Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen den bei Aufnahme und Entlassung erhobenen Daten (Prä-post-Vergleich) und zwischen den verschiedenen Beurteilergruppen (Patienten, Eltern, Therapeuten) wurden mittels nicht-parametrischer, verteilungsunabhängiger Verfahren (Sign-Test zweiseitig) für abhängige Stichproben und Korrelationen nach Spearman (Rangkorrelation) auf Signifikanz überprüft. Bei der Analyse der Antworten auf die offenen Fragen kam als qualitatives Verfahren die Inhaltsanalyse nach Mayring (1995) zur Anwendung.

Tab. 1: Übersicht der Items zum Behandlungserfolg

<b>Problembezogen</b>			
<i>Erfassung/ Stichprobe</i>	<i>Aufnahme und Entlassung quantitativ</i>	<i>Entlassung quantitativ</i>	<i>Entlassung qualitativ</i>
Patienten Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemausprägung</li> <li>• Problembelastung</li> <li>• Allgemeine Befindlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der aufnahmerelevanten Probleme</li> <li>• Veränderung der Schwierigkeiten insgesamt</li> <li>• Veränderung der Problemsicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der Problemsicht</li> <li>• Veränderung von Schwierigkeiten insgesamt</li> </ul>
Therapeuten		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problembelastung des Patienten</li> <li>• Problembelastung der Eltern</li> <li>• Veränderung der aufnahmerelevanten Schwierigkeiten</li> <li>• Veränderung der Schwierigkeiten insgesamt</li> </ul>	
<b>Familienbezogen und sozial</b>			
<i>Erfassung/ Stichprobe</i>	<i>Aufnahme und Entlassung quantitativ</i>	<i>Entlassung quantitativ</i>	
Patienten Eltern Therapeuten		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der Familienbeziehungen</li> </ul>	
Patienten Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnis zu den Geschwistern</li> <li>• Verhältnis zu Freunden und Gleichaltrigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der Konfliktlösefähigkeit in der Familie</li> </ul>	
Patienten Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnis zur Mutter</li> <li>• Verhältnis zum Vater</li> <li>• Verhältnis zum Kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besseres Verstehen/Auskommen mit den Eltern</li> </ul>	

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit erfolgte auf Itemebene. Aufgrund der multiplen Testung wurde eine  $\alpha$ -Fehler-Adjustierung (Bonferroni Korrektur, vgl. Bortz 1993, S. 249) vorgenommen. Neben der Analyse der korrelativen Zusammenhänge zwischen Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit auf Ebene der Einzelitems wurde abschließend analysiert, welches Gewicht einzelnen Erfolgs- und Erlebensmaßen im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit von

Patienten und Eltern zukommt. Als statistisches Verfahren wurde die schrittweise Regression angewandt. Dieser Analyse kommt aufgrund des damit zugleich vorausgesetzten (nicht gesicherten) Intervallskalenniveaus explorativer Charakter im Sinne einer Hypothesengenerierung zu.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Behandlungserfolg

Bei Patienten und Eltern zeigten sich im Zeitvergleich zwischen Aufnahme und Entlassung deutlich positive Veränderungen bei der Einschätzung der Problemausprägung, Problembelastung und allgemeinen Befindlichkeit der Patienten (Sign-Tests:  $p = 0.00^{**}$ ). Das Ausmaß der Wahrnehmung von positiven Veränderungen bei den genannten Variablen war bei Patienten und Eltern gleichermaßen hoch. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse der retrospektiv von Patienten, Eltern und Therapeuten eingeschätzten Veränderung der aufnahmerelevanten Symptomatik im Vergleich.

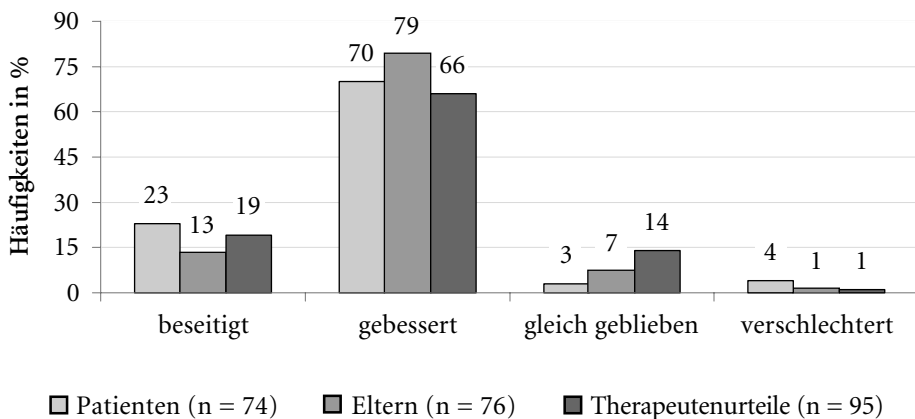


Abb. 1: Veränderung der aufnahmerelevanten Probleme bei Entlassung aus Patienten-, Eltern- und Therapeutensicht: Häufigkeitsverteilungen

Die Urteile von Patienten, Eltern und Therapeuten stimmen zu einem sehr hohen Prozentsatz darin überein, dass die aufnahmerelevante Symptomatik bei Entlassung deutlich gebessert oder beseitigt ist. Auch die individuell bezogenen Paarvergleiche zwischen Therapeut und Patient ( $\rho = 0.33$ ,  $p = 0.00^{**}$ ) sowie zwischen Therapeut und Eltern ( $\rho = 0.27$ ,  $p = 0.02^*$ ) ergaben jeweils signifikante Korrelationen. Es ergaben sich keine Unterschiede im Ausmaß der eingeschätzten Veränderung.

Bei den Variablen Problembelastung und Allgemeine Befindlichkeit ergaben sich im Vergleich zwischen Patienten und Eltern interessante Detailergebnisse: obwohl die Problembelastung der Eltern im Zeitvergleich von ihnen selbst als deutlich geringer ausgeprägt eingeschätzt wurde (Sign-Test:  $p = 0.00^{**}$ ), war die Problembelastung

der Eltern bei Aufnahme und bei Entlassung jeweils wesentlich stärker als die Problembelastung der Patienten (Sign-Tests:  $p = 0.00^{**}$ ). Der Leidensdruck der Eltern wurde auch von den Therapeuten am Ende der Behandlung als wesentlich höher eingeschätzt als der Leidensdruck der Patienten (Sign-Test:  $p = 0.00^{**}$ ). Die Eltern hielten den Leidensdruck ihrer Kinder bei Aufnahme für stärker als ihn die Patienten für sich selbst beschrieben. Bei Entlassung unterschieden sich die Einschätzungen nicht, vielmehr ließ sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Beurteilungen von Patienten und Eltern feststellen, der sich auch bei Betrachtung der familienbezogenen Einschätzungen bestätigen ließ. Somit konnte eine Tendenz zur Perspektivenannäherung zwischen Patienten und Eltern festgestellt werden.

Trotz der deutlichen Veränderung im Zeitvergleich ist das Ausmaß der Problembelastung der Eltern zum Zeitpunkt der Entlassung noch hoch. 30% der Eltern schätzten ihre Problembelastung als stark und 24% als sehr stark ein. Auch 22% der Patienten gaben bei Entlassung noch eine starke oder sehr starke Problembelastung an.

Bei der Einschätzung der allgemeinen Befindlichkeit der Patienten gab es sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung deutliche Unterschiede zwischen Patienten und Eltern. Die Patienten schätzten ihre Befindlichkeit als wesentlich besser ein als ihre Eltern. Bei Entlassung ließ sich auch hier eine signifikante Annäherung in den Perspektiven feststellen.

Am Ende der Behandlung wurden von jeweils etwa zwei Dritteln der Patienten und Eltern Veränderungen der subjektiven Sichtweise der Probleme genannt. Der Vergleich der Inhaltskategorien der Antworten zur offen gestellten Frage, was sich an der Sichtweise der Probleme verändert hat, ergab, dass die Eltern mehr auf kognitive Veränderungen (z.B. Neubewertung der Probleme/Symptome oder Gewinn an Wissen über die Hintergründe der Symptomatik) fokussierten. Die Patienten nahmen fast ausschließlich auf sich selbst oder auf Veränderungen in der Wahrnehmung ihrer eigenen Person im kognitiven, emotionalen und Verhaltensbereich Bezug. Die Eltern dagegen nahmen auch Bezug auf ihr eigenes Verhalten als Eltern und nannten Veränderungen auf der kognitiven Ebene (veränderte Bewertung der Probleme, verbessertes Problemverständnis, Zunahme an Information und Klarheit über die Diagnose). Die Hälfte der Eltern beschrieb einen Gewinn an Sicherheit im Be- und Erziehungshandeln („Ich lasse sie mehr allein entscheiden und lasse ihr ihren eigenen Standpunkt“; „Ich nehme mir mehr Zeit und Liebe“; „Ich versuche mehr zu verstehen, warum es meinem Kind so schlecht geht“) sowie eine deutliche Erleichterung des Umgangs mit ihrem Kind.

Auch bei der Beurteilung der über die aufnahmerelevanten Probleme hinausgehenden Problemveränderungen „insgesamt“ (Globalbeurteilung), wurden von allen drei Gruppen deutliche Verbesserungen wahrgenommen (vgl. Abb. 2).

In den Häufigkeitsverteilungen erscheint die Einschätzung der Eltern als am optimistischsten. Bei den individuell bezogenen Paarvergleichen zwischen Therapeuten- und Patientenurteilen ist eine hoch signifikante Korrelation ausgewiesen ( $\rho = 0.30$ ,  $p = 0.01^*$ ). Die Therapeuten beurteilten den Behandlungserfolg in der vorliegenden Studie annähernd ähnlich wie Patienten und Eltern.

Bei der qualitativen Analyse der Problemveränderung „insgesamt“ ergab sich, dass sich die Qualität der Veränderung der Schwierigkeiten aus Sicht der Patienten über-



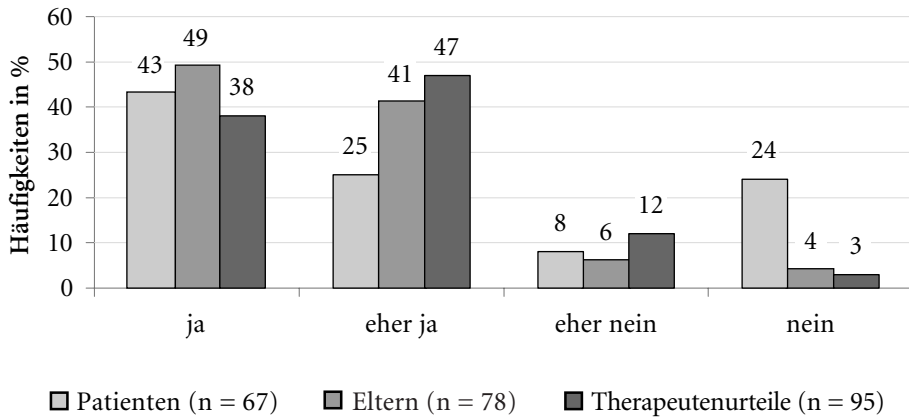


Abb. 2: Veränderung der Probleme insgesamt bei Entlassung aus Patienten-, Eltern- und Therapeutesicht: Häufigkeitsverteilungen

wiegend in einem Gewinn an positiven Emotionen und einer Zunahme an angemessenen problembewältigenden Verhaltensmustern zeigt. Aus den Antworten der Patienten konnten fünf Kategorien gebildet werden, die in der Rangfolge der Häufigkeit ihrer Besetzung in Tabelle 2 mit repräsentativen Beispielen dargestellt werden.

Auch zwei Drittel der Eltern beschrieben bei ihren Kindern deutliche Veränderungen auf der emotionalen Ebene im Sinne von mehr Zutrauen zu sich selbst, höherer Stabilität, verbesserter Stimmung, größerer Offenheit und stärkerer Eigeninitiative („Sie wirkt sicherer, mutiger, zielgerichteter. Sie lernt mit ihren Handicaps umzugehen und diese zu akzeptieren. Sie äußert ihre Gefühle und Ängste klarer“). Die Hälfte der Eltern beschrieb konkrete Veränderungen auf der Ebene des symptomatischen Verhaltens („Er macht nicht mehr in die Hose“). Jeweils ein Drittel der Eltern benannte Veränderungen in wichtigen sozialen Beziehungen („Sie scheint mehr aus sich herauszukommen und hat einen besseren Kontakt zu anderen Kindern“) und eine Erleichterung des persönlichen Kontaktes zum Kind („Sie kann ihre Probleme besser artikulieren, ist insgesamt zugänglicher geworden“).

Im Hinblick auf die Familien- und Sozialbeziehungen ergaben sich aus Sicht der Eltern bei der Erhebung im Zeitvergleich deutlich positive Veränderungen (Verhältnis zum Kind: Sign-Test:  $p = 0.00^{**}$ ; Verhältnis des Kindes zu den Geschwistern: Sign-Test:  $p = 0.00^{**}$ ; Verhältnis des Kindes zu Freunden und Gleichaltrigen: Sign-Test:  $p = 0.00^{**}$ ). Die Patienten dagegen erlebten lediglich eine bedeutsame Verbesserung ihres Verhältnisses zu ihren Geschwistern (Sign-Test:  $p = 0.02^*$ ). Bei Entlassung waren 69% der Patienten der Meinung, dass die Behandlung zum besseren Verständnis zwischen ihnen und ihren Eltern beigetragen hat. 68% der Patienten und 63% der Eltern gaben an, dass sich die Konfliktlösefähigkeit innerhalb der Familie verbessert hat. Abbildung 3 zeigt die Einschätzungen der Verbesserung der Familienbeziehungen insgesamt aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten.

Tab. 2: Problemveränderung „insgesamt“ aus Sicht der Patienten: Ergebnis der Inhaltsanalyse

<b>A Veränderung auf der emotionalen Ebene</b>	N = 40*
„Mir geht es jetzt super gut. Vorher ging es mir nicht gut.“	
„Mein ganzes Leben hat sich geändert. Ich bin erwachsener geworden im ganzen Denken. Mein Optimismus ist wieder da und die Freude am Leben. Ich kann wieder in die Zukunft gucken. Wie ich mein Leben verbringen will und so. Meine Zeit hier ist vorbei. Ich habe meine Power wieder und viele Fortschritte gemacht. Jetzt will ich es wieder selbst schaffen, das letzte Stück für mich allein ackern, wieder auf eigenen Füßen stehen.“	
„Meine Lebensfreude ist mehr. Davor war ich so traurig. Das ist positiver geworden. Ich bin so gestärkt irgendwie.“	
„Ich habe mehr Lust zu leben.“	
<b>B Veränderung auf der Symptomebene/Verhalten</b>	N = 28
„Mit dem Essen ist es besser geworden. Ich bin aufgeschlossener geworden und kann mehr über meine Gefühle sprechen. Ich habe gesehen, dass es mir hilft, wenn ich mit anderen spreche.“	
„Am Anfang habe ich nichts gesprochen, weil ich mich nicht getraut habe. Dann habe ich Dich kennen gelernt. Das Reden, dass ich es geschafft habe.“	
„Meine Angst ist weg. Mir schmeckt Kartoffelsalat. Ich habe neun Kilo abgenommen und gucke nicht mehr so gerne fernsehen. Und dass ich keine Höhenangst mehr habe. Ich raste nicht mehr gleich aus. Nur wenn ein anderer dauernd nervt.“	
<b>C Veränderung auf der kognitiven Ebene</b>	N = 14
„Ich denke positiver. Meine Lebenseinstellung ist anders. Ich will mich nicht mehr von Gedanken an den Tod bedrängen lassen. Ich will leben.“	
<b>D Veränderung in wichtigen Beziehungen</b>	N = 12
„Ich bin nicht mehr so abweisend, wie ich es oft mit der Familie oder mit meiner Schwester war.“	
<b>E Keine oder negative Veränderung</b>	N = 5
„Eigentlich nichts. Der Hass auf meine Eltern ist größer geworden.“	

\* Die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf die kodierten Einzelaspekte (n = 99) der Aussagen von n = 53 vorwiegend jugendlichen Patienten, die auf die offene Frage geantwortet haben. Jede Hauptkategorie wurde pro Patientenaussage nur einmal kodiert.

### 3.2 Behandlungserleben

Das Behandlungserleben wurde über folgende Themenbereiche operationalisiert: (1) Erleben der Trennung von der Familie; (2) Erleben der stationären Atmosphäre; (3) Erleben des therapeutischen Teams und (4) Erleben der Beziehung zum behandelnden Therapeuten. Bei der deskriptiv statistischen Auswertung wurden die Antwortkategorien „ja“ und „eher ja“ sowie „nein“ und „eher nein“ zusammengefasst.

Insgesamt wurde das therapeutische Klima – sowohl die Atmosphäre insgesamt als auch die Beziehung zum therapeutischen Team und zum behandelnden Therapeuten (Vertrauen, Verstandensein) – übereinstimmend von Patienten und Eltern sehr positiv bewertet (s. Tab. 3).

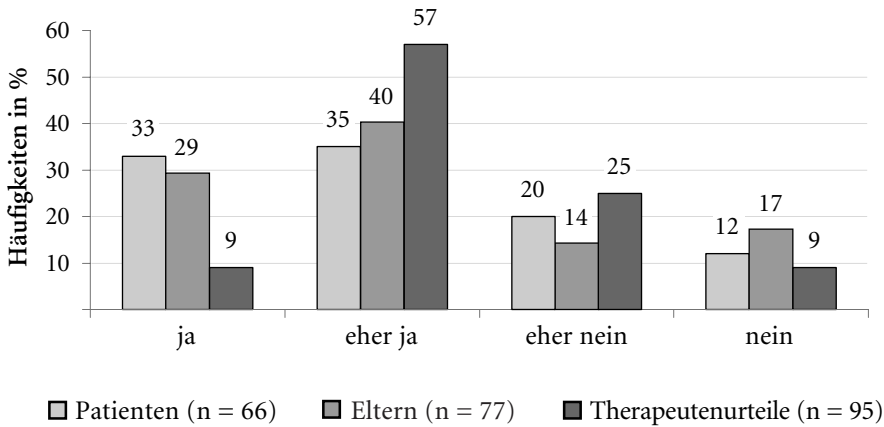


Abb. 3: Verbesserung der Familienbeziehungen bei Entlassung aus Patienten-, Eltern- und Therapeutesicht: Häufigkeitsverteilungen

Tab. 3: Behandlungserleben von Patienten und Eltern

Stationärer Aufenthalt		Ja/eher ja	Nein/eher nein	n
		in %	in %	
Die vorübergehende Trennung von der Familie war für mich/war für mein Kind hilfreich	Patienten	66	34	71
	Eltern	77	23	79
<b>Stationäres Setting/Atmosphäre</b>				
Insgesamt fand ich die Atmosphäre auf der Station angenehm	Patienten	90	10	71
	Eltern	95	5	76
Ich fühlte mich auf der Station wohl	Patienten	81	19	77
	Eltern	82	18	77
Die Beziehung zu den anderen Patienten war für mich wichtig	Patienten	94	6	71
<b>Therapeutisches Team</b>				
Die Betreuer auf der Station waren freundlich zu mir	Patienten	94	6	80
Von den Betreuern auf der Station fühlte ich mich unterstützt und angenommen	Patienten	84	16	70
Ich hatte das Gefühl, dass mein Kind auf der Station in guten Händen ist	Eltern	98	2	79
<b>Beziehung zum behandelnden Therapeuten</b>				
Der Stationsarzt* hat das Wesentliche von meinen Problemen/den Problemen meines Kindes verstanden	Patienten	84	16	69
	Eltern	100	0	79
Ich hatte Vertrauen zum Stationsarzt	Patienten	87	13	73
	Eltern	99	1	79

\* Bei Durchführung der Psychotherapie durch die psychologische Psychotherapeutin wurde der Begriff entsprechend ersetzt.

### 3.3 Behandlungszufriedenheit

Die Behandlungszufriedenheit der Patienten, Eltern und Therapeuten wurde global, auf den gesamten stationären Aufenthalt bezogen, erfasst. Abbildung 4 zeigt die Häufigkeitsverteilungen der Antworten von Patienten, Eltern und Therapeuten.

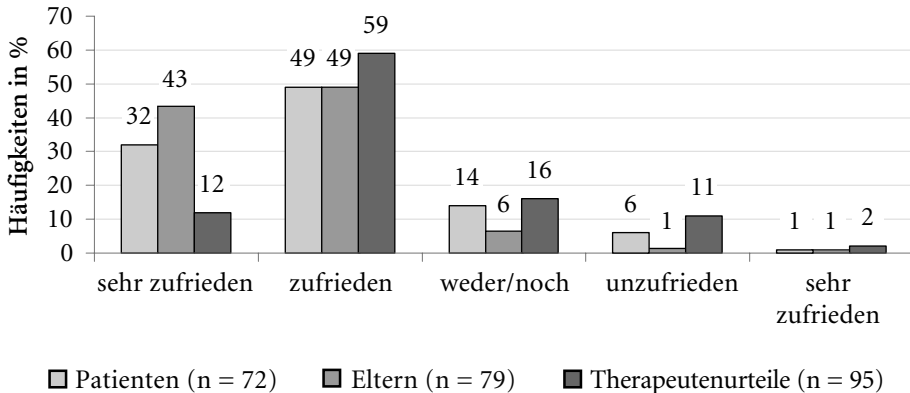


Abb. 4: Behandlungszufriedenheit bei Patienten, Eltern und Therapeuten zum Zeitpunkt der Entlassung: Häufigkeitsverteilungen

Betrachtet man die Patienten-, Eltern- und Therapeuteneinschätzungen, fällt auf, dass die Antwortverteilungen deutlich rechtsschief ausfallen. Bei allen drei befragten Gruppen war eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung festzustellen. Im Vergleich wies die Gruppe der Eltern den größten Prozentsatz (92%) und auch das höchste Ausmaß (sehr zufrieden 43%) an Zufriedenheit mit der Behandlung auf. Sowohl zwischen den Therapeuten- und Patienteneinschätzungen ( $\rho = 0.28$ ,  $p = 0.02^*$ ) als auch zwischen den Therapeuten- und Elterneinschätzungen ( $\rho = 0.36$ ,  $p = 0.00^{**}$ ) besteht jeweils ein deutlicher Zusammenhang. Die Therapeuten und die Patienten äußerten sich ähnlich zufrieden mit der Behandlung, die Zufriedenheit der Eltern war im Vergleich zur Zufriedenheit der Therapeuten signifikant höher (Sign-Test:  $p = 0.00^{**}$ ).

Die Annahme, dass die Zufriedenheit der Therapeuten mit der Behandlung insgesamt geringer ist als die Zufriedenheit der Patienten und Eltern, ließ sich in Bezug auf die Eltern bestätigen. Insgesamt urteilten die Therapeuten im Ausmaß ihrer Zufriedenheit moderater als Patienten und Eltern, drückten aber in Einzelfällen ihre Unzufriedenheit deutlich aus.

### 3.4 Zusammenhänge zwischen Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit bei Patienten, Eltern und Therapeuten

In die Prüfung der korrelativen Beziehungen wurden sowohl alle direkt erhobenen Erfolgsmaße als auch alle im Zeitvergleich erhobenen Erfolgsindikatoren einbezogen (vgl. Tab. 1). Auf Seiten der Patienten zeigten sich signifikante Zusammenhänge

zwischen dem Ausmaß positiver Veränderung der allgemeinen Befindlichkeit sowie der wahrgenommenen Verbesserung der Beziehungen innerhalb der Familie und der Behandlungszufriedenheit ( $\rho = 0.37$ ,  $p = 0.00^{**}$ ;  $\rho = 0.42$ ,  $p = 0.00^{**}$ ). Deutliche korrelative Trends waren ferner zwischen der Behandlungszufriedenheit und der Reduktion der aufnahmerelevanten Probleme sowie der Behandlungszufriedenheit und einem insgesamt besseren Verhältnis (Verständnis untereinander) mit den Eltern zu beobachten.

Auf Seiten der Eltern korrelierte die Behandlungszufriedenheit signifikant positiv sowohl mit der Veränderung der aufnahmerelevanten Probleme ( $\rho = 0.43$ ,  $p = 0.00^{**}$ ) als auch mit der wahrgenommenen Veränderung der Schwierigkeiten der Patienten „insgesamt“ ( $\rho = 0.36$ ,  $p = 0.00^{**}$ ). Tendenziell ging bei den Eltern eine Abnahme ihres Leidensdrucks sowie eine (positiv) veränderte Problemsicht mit wachsender Behandlungszufriedenheit einher. Ebenso bestand eine tendenziell positive Beziehung zwischen der Behandlungszufriedenheit einerseits und der von den Eltern wahrgenommenen Verbesserung der Konfliktlösefähigkeit innerhalb der Familie sowie dem insgesamt als günstiger eingeschätzten Verhältnis der Patienten zu ihren Geschwistern andererseits.

Im Vergleich der Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen bei Patienten und Eltern zeigte sich bei den Eltern eine stärkere Beziehung zwischen Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit als bei den Patienten. In beiden Gruppen bestand ein positiver Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und dem Nachlassen der aufnahmerelevanten Probleme.

Auf Seiten der Patienten ergab sich ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Verbesserung der Familienbeziehungen und der Behandlungszufriedenheit, während auf Seiten der Eltern eine Tendenz dahingehend festzustellen war, dass die Verbesserung der Konfliktlösefähigkeit in der Familie das Ausmaß der erlebten Behandlungszufriedenheit erhöht. Auch die wahrgenommene Verbesserung der Geschwisterbeziehung steht tendenziell auf Seiten der Eltern in positivem Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit. Die von den Eltern als besonders positiv empfundene Zunahme ihrer Kompetenz und Sicherheit in bezug auf die Erziehung und die Beziehung zu ihren Kindern scheint sich günstig auf ihre Zufriedenheit auszuwirken. Für die Zufriedenheit der Patienten scheint hingegen eine globale „Klimaverbesserung“ in der Familie ausschlaggebend zu sein.

Bei den Patienten bestand im Gegensatz zu den Eltern kein Zusammenhang zwischen der Verringerung des Leidensdrucks und der Behandlungszufriedenheit. Offensichtlich ist im Erleben der Patienten das Ausmaß des eigenen Leidensdrucks nicht ausschlaggebend für die Behandlungszufriedenheit. Bei den Einschätzungen der Therapeuten ergaben sich zwischen allen Erfolgsmaßen und der Behandlungszufriedenheit hoch signifikante Korrelationen ( $p = 0.00^{**}$ ).

### *3.5 Zusammenhänge zwischen Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Eltern*

Zwischen Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit zeigten sich sowohl auf Seiten der Eltern als auch auf Seiten der Patienten deutlich signifikante Zusammenhän-

ge und größtenteils übereinstimmende Ergebnisse. Zwischen den als angenehm erlebten atmosphärischen Variablen sowie dem Wohlbefinden auf der Station und der freundlichen Haltung der Betreuer aus Sicht der Patienten beziehungsweise der guten Betreuung der Kindes aus Sicht der Eltern bestanden hoch signifikant positive korrelative Beziehungen mit der Behandlungszufriedenheit ( $\rho = 0.30\text{--}0.54$ ,  $p = 0.00^{**}$ ).

Eindeutig positive Interdependenzen ergaben sich auch zwischen der Behandlungszufriedenheit von Eltern und Patienten und ihrem Vertrauen zum Therapeuten (Patienten:  $\rho = 0.48$ ,  $p = 0.00^{**}$ ; Eltern:  $0.33$ ,  $p = 0.00^{**}$ ) sowie für dessen Verständnis für die Schwierigkeiten des Patienten, wobei letzteres Ergebnis nur bei den Eltern Signifikanz erreichte (Eltern:  $\rho = 0.35$ ,  $p = 0.00^{**}$ ).

Ob die durch den stationären Aufenthalt bedingte Trennung von der Familie als hilfreich erlebt wurde, stand in keiner signifikanten Beziehung zur allgemeinen Zufriedenheit. Die negative Korrelation bei den Eltern kommt dadurch zustande, dass 28% der Eltern die Trennung ihres Kindes von der Familie als für sich selbst nicht hilfreich einschätzten, aber dennoch mit der Behandlung insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden waren.

### 3.6 *Behandlungszufriedenheit in Abhängigkeit von Behandlungserfolg und Behandlungserleben bei Patienten und Eltern*

Abschließend wurde untersucht, inwieweit die Behandlungszufriedenheit auf Erfolgs- und Erlebensmaße bei Patienten und Eltern zurückgeführt werden kann. In die schrittweise Regression wurden alle Erfolgs- und Erlebensmaße einbezogen. Es sollten Hinweise darauf gewonnen werden, inwieweit Erfolg beziehungsweise Erleben der Behandlung den jeweils substanzielleren Beitrag zur Behandlungszufriedenheit leisten.

Es erwiesen sich für die Patienten die beiden Erlebensmaße *Vertrauen zum Stationsarzt* (32%) und *Wohlfühlen auf der Station* (9%) als substanzielle Komponenten im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit. Als einziges Erfolgsmaß leistete die *Verbesserung der aufnahmerelevanten Probleme* einen signifikanten, aber wesentlich geringeren (16%) Erklärungsbeitrag.

Bei den Eltern erwies sich bei gleichzeitiger Einbeziehung der wesentlichsten Erfolgs- und Erlebensmaße das Erfolgsmaß *Verbesserung der Schwierigkeiten insgesamt* mit 21% als für die Behandlungszufriedenheit stärkste Erklärungskomponente. Von den Erlebensmaßen erreichte die Variable *Kind ist auf der Station in guten Händen* mit 9% einen zwar nicht sehr hohen, aber signifikanten Erklärungsbeitrag.

Es lässt sich aus diesen Ergebnissen die Hypothese ableiten, dass bei den Patienten den Erlebensmaßen im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit eine substanziellere Bedeutung zukommt als dem subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg. Neben mehreren Erlebensvariablen trägt einzig das Erfolgsmaß *Verbesserung der aufnahmerelevanten Symptomatik* zur Erklärung der Behandlungszufriedenheit bei. Bei den Eltern dagegen war der Beitrag der Erfolgsvariablen zur Erklärung der Behandlungszufriedenheit deutlich höher als der Beitrag der Erlebensvariablen. Hierbei scheint die *Verbesserung der Schwierigkeiten insgesamt* für die Zufriedenheit der Eltern die wesentlichste Erfolgsvariable zu sein.

## 4 Diskussion

Ebenso wie es für die Diagnostik wichtig ist, sich auf vielen Ebenen Zugang zum kindlichen Erleben zu verschaffen (vgl. Resch et al. 1999), ist es auch bei der Evaluation therapeutischer Prozesse notwendig, das kindliche Erleben stärker als bisher zu berücksichtigen. In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die bei der Befragung von Kindern gewonnenen Informationen einen eigenen Stellenwert im Evaluationsprozess der Behandlung haben. Die genaue Kenntnis der zum Teil unterschiedlichen Beurteilungen von Patienten und Eltern im Hinblick auf wesentliche Erfolgskriterien, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit liefert außerdem wichtige Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen. Die differenzierte Erhebung der Erfolgsvariablen – unter anderem die Einbeziehung von Problemsicht und Problembelastung – sowie die zusätzliche qualitative Antwortanalyse bei einigen Merkmalen erbrachte sowohl für die Evaluation als auch für den therapeutischen Prozess wesentliche Erkenntnisse.

### 4.1 Behandlungserfolg

Die Erfolgseinschätzungen der Patienten und Eltern liegen in der vorliegenden Untersuchung noch höher als in anderen Evaluationsuntersuchungen (vgl. z.B. Kammerer u. Göbel 1985). Insgesamt zeigte sich bei den problembezogenen Erfolgsvariablen, dass die Perspektiven von Patienten, Eltern und Therapeuten in der Beurteilung der durch die Behandlung eingetretenen positiven Veränderungen weitgehend übereinstimmen. Ähnlich wie in bisherigen Studien (Zürn et al. 1990; Höger u. Temme 1995; Zander et al. 2001) sind auch in der vorliegenden Untersuchung die wahrgenommenen Veränderungen in familiären und sozialen Beziehungen weniger deutlich. Inhaltlich zeigt sich an den Antworten zur Art der wahrgenommenen Problemveränderung insgesamt, dass aus der Sicht von Patienten und Eltern eindeutig Veränderungen im emotionalen Bereich im Vordergrund stehen. Es wird vorwiegend ein Gewinn an Selbstbewusstsein, Sicherheit, Selbstvertrauen, Stabilität, Zuversicht und Lebensqualität beschrieben. Die Entlastung infolge der Remission der Symptomatik nimmt bei Patienten und Eltern einen hohen Stellenwert ein. Während die Patienten zusätzlich Einstellungsveränderungen und positive Veränderungen in ihren sozialen Verhaltensweisen beschreiben, stellten die Eltern einerseits in Übereinstimmung mit den Patienten Verbesserungen in den sozialen Beziehungen und andererseits im Unterschied zu ihnen Verbesserungen in der Eltern-Kind-Beziehung fest. Es kann davon ausgegangen werden, dass die therapeutische Arbeit, die sich sowohl auf die Symptomatik als auch auf allgemein problembewältigende Verhaltensweisen und den Aufbau von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit bezieht, eine positive Entsprechung im Erleben der Patienten und Eltern findet. Wie bei den vorwiegend jugendlichen Patienten zu erwarten ist, ist für die Eltern der Gewinn eines besseren Zugangs zu ihrem Kind von positiver Bedeutung, für die Patienten sind Veränderungen in ihrer kognitiven Einstellung und Veränderungen im Sozialverhalten, die den Kontakt mit *peers* erleichtern, wesentlicher.

Einen besonderen Stellenwert in der psychotherapeutischen Behandlung hat die Bearbeitung der subjektiven Bedeutung und Gewichtung der Probleme durch den Patienten. Vor allem in der systemischen Therapie und der kognitiven Verhaltenstherapie wird diesem Aspekt hohe Bedeutung beigemessen. In der vorliegenden Untersuchung interessierte, ob und in welcher Weise sich die Sichtweise der Probleme bei Patienten und Eltern im Verlauf der Behandlung verändert hat. Die Ergebnisse zeigen, dass 68% der vorwiegend jugendlichen Patienten eine Veränderung der Sichtweise ihrer Probleme angaben. Bei etwa der Hälfte dieser Patienten spiegeln sich die therapeutisch intendierten Effekte in Form von Umdeutungen und Umbewertungen von problematisch erlebten Verhaltensweisen oder in Form eines veränderten Problemverständnisses wieder.

Bei den Eltern gaben 64% eine Veränderung ihrer Sichtweise der Probleme an. Die Analyse der inhaltlichen Akzentuierungen zeigte, dass sich bei etwa der Hälfte der Eltern am Ende der Behandlung ein fundierteres Verständnis für die Art und die Hintergründe des symptomatischen Verhaltens ihres Kindes und daraus folgend eine höhere Akzeptanz und Sicherheit im Umgang entwickelt hat. Die veränderte (Be-) Deutung auf der kognitiven Ebene schlägt sich emotional in einer erleichterten Beziehungsgestaltung zum Kind und in einem höheren subjektiven Sicherheitsgefühl im Erziehungsverhalten nieder. Im Gegensatz zu den Patienten, die in ihren Antworten kaum auf die Elternbeziehung eingehen, beschreibt etwa die Hälfte der Eltern deutlich qualitative Veränderungen sowohl auf der Beziehungsebene als auch in ihren erzieherischen Kompetenzen. Die Frage nach Veränderungen der Problemsicht liefert zusätzliche Erkenntnisse über das Gelingen des therapeutischen Prozesses bei Eltern und Patienten. Insofern stellt die subjektive Problemsicht ein wesentliches Evaluationskriterium für den Behandlungserfolg dar und sollte in zukünftigen Studien mit berücksichtigt werden.

Der Problembelastung von Patienten und Eltern wurde in der vorliegenden Untersuchung besondere Beachtung geschenkt. Der Leidensdruck ist gewissermaßen das „subjektivste“ der untersuchten Erfolgsmaße. Die Problembelastung beeinflusst die Lebensqualität und das gesamte Lebensgefühl der Betroffenen. Sowohl die Problembelastung der Patienten nach ihrer eigenen Einschätzung und nach Einschätzung der Eltern sowie die Problembelastung der Eltern ist am Ende der Behandlung deutlich zurückgegangen. Im Vergleich zwischen Patienten und Eltern zeigte sich, dass der Leidensdruck der Eltern sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erheblich stärker ist als der Leidensdruck der Patienten und bei Entlassung im absoluten Ausmaß immer noch relativ hoch.

Es bieten sich verschiedene Interpretationsmöglichkeiten an. Möglicherweise ließ sich die Symptomatik nicht in dem Maß beeinflussen, wie dies von den Eltern erhofft worden war. Denkbar ist weiter, dass empfohlene Maßnahmen seitens der Klinik wie z. B. eine Fremdplatzierung des Patienten belastend wirken. Auch eine gewisse Unsicherheit in Bezug auf die Situation nach Entlassung des Patienten oder Befürchtungen, wie sich die Rückkehr in die Familie gestaltet und ob die dazu gewonnenen Kompetenzen und Sichtweisen im Alltag Bestand haben, könnte sich hier niederschlagen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass möglicherweise die Eltern psychiatrisch erkrankter Kinder und Jugendlicher selbst eine erhöhte Sym-



ptombelastung im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung aufweisen, wie dies Zander et al. (2001) in ihrer Untersuchung zur Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie für ihre Elternstichprobe zeigen konnten. Möglicherweise ist generell von einem erhöhten Leidensdruck in der vorliegenden Elternstichprobe im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung auszugehen.

Für die klinische Handlungspraxis hat dieser Befund eine besondere Relevanz, da er die Phase der Entlassung als hoch vulnerablen Zeitabschnitt im stationären Behandlungsverlauf im Übergang der stationären zur ambulanten Behandlung unterstreicht. Der Befund indiziert, dass sowohl die Patienten als auch die Eltern zum Zeitpunkt der Entlassung besonderer Aufmerksamkeit, Unterstützung und Begleitung bedürfen, insbesondere auch im Hinblick auf die Planung und Konkretisierung einer poststationären therapeutischen Weiterbehandlung.

Eventuell trägt auch der Erhebungszeitpunkt bei Entlassung zu einer höheren Einschätzung der Problembelastung bei. Hierüber könnten katamnestiche Untersuchungen Aufschluss geben. Das relativ hohe Ausmaß der Problembelastung, das bei den Patienten, vor allem aber bei den Eltern am Ende der Behandlung festgestellt wurde, lässt qualitative Analysen zur Identifikation subjektiver Belastungsfaktoren im Hinblick auf therapeutische Interventionen als wünschenswert erscheinen. Auch sollte untersucht werden, welche Bedeutung der subjektiven Problembelastung zum Zeitpunkt der Entlassung im weiteren Krankheitsverlauf zukommt.

Die bei einzelnen Erfolgsvariablen (Problembelastung und allgemeine Befindlichkeit der Patienten) angedeutete Perspektivenannäherung zwischen Patienten und Eltern am Ende der Behandlung sollte in weiteren Untersuchungen mit spezifisch auf deren Erfassung ausgerichtetem Design nachgegangen werden. Sie könnte im Sinne der Verbesserung des gegenseitigen Verstehens beziehungsweise der gemeinsamen Konzeptualisierung von Problemen und deren Bewältigung als weiteres Evaluationskriterium für gelungene therapeutische Interventionen verstanden werden.

#### *4.2 Behandlungserleben, Behandlungszufriedenheit und Behandlungserfolg – Zusammenhänge und Abhängigkeiten*

Ein erfreulich hoher Prozentsatz von Patienten und Eltern erlebte die stationäre Atmosphäre als angenehm, ähnlich wie in bisherigen Evaluationsuntersuchungen wurde die Qualität der Beziehungen und das Vertrauen zum behandelnden Therapeuten sehr positiv erlebt. Die Patienten und Eltern waren mit der stationären Behandlung insgesamt hoch zufrieden. Die Gruppe der Eltern wies den höchsten Prozentsatz und auch das größte Ausmaß an Zufriedenheit auf. Das Ausmaß an Zufriedenheit fällt in der vorliegenden Studie tendenziell höher aus als in bisherigen Evaluationsstudien (Kammerer et al. 1984; Kammerer 1989). Es ließen sich relativ übereinstimmend zwischen Patienten und Eltern Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der aufnahmerelevanten Probleme und der Behandlungszufriedenheit feststellen. Bei den Patienten ergab sich außerdem ein hoher Zusammenhang zwischen der positiven Veränderung der allgemeinen Befindlichkeit sowie der wahrgenommenen Verbesserung der Familienbeziehungen und der Behandlungszufriedenheit. Bei den Eltern kann-

ten zusätzlich gesicherte Zusammenhänge zur Veränderung der Schwierigkeiten insgesamt und tendenziell zur Verbesserung der Konfliktlösefähigkeit in der Familie sowie zur wahrgenommenen Verbesserung des Geschwisterverhältnisses festgestellt werden. In Bezug auf die Familie deutet sich in der unterschiedlichen Akzentuierung von Patienten und Eltern im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit an, dass für die Patienten eine „globale Klimaverbesserung“ ausschlaggebend ist, während sich bei den Eltern die als positiv empfundene Zunahme an erzieherischer Kompetenz und Sicherheit im Be- und Erziehungshandeln günstig auf ihre Zufriedenheit mit der Behandlung auswirkt. Bei den Eltern deuten sich im Gegensatz zu den Patienten auch Zusammenhänge zwischen der Behandlungszufriedenheit und dem Nachlassen der eigenen Problembelastung sowie der Veränderung ihrer Problemsicht an, also bei Variablen, die in direkter Form mit Auswirkungen der therapeutischen Interventionen bei den Eltern selbst in Zusammenhang stehen. Insgesamt deutete sich bei den Eltern ein engerer Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit an als bei den Patienten.

Die Beziehung zwischen Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit ist bei den wesentlichsten Prozessvariablen eindeutig positiv. Sowohl die stationäre Atmosphäre und das Wohlfühl auf Station als auch die Beziehung zum therapeutischen Team und zum behandelnden Therapeuten stehen in engem Zusammenhang zur Behandlungszufriedenheit. Die Ergebnisse sind konsistent mit bisherigen Evaluationsstudien (vgl. z. B. Kammerer u. Göbel 1985; Reisel et al. 1998; Swoboda et al. 2000). Bei den Patienten scheinen die Zusammenhänge zwischen Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit in Bezug auf die einzelnen Erlebensaspekte zwar ähnlich wie bei den Eltern, aber insgesamt noch enger zu sein als die Zusammenhänge zwischen Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit. Für die Eltern scheinen eher Erfolgsmaße, für die Patienten Erlebensmaße von substantieller Bedeutung für die Vorhersage der Behandlungszufriedenheit zu sein.

Für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse evaluativer Untersuchungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erscheint es nicht nur notwendig, standardisierte und änderungssensitive psychometrische Fragebogenverfahren – möglichst kombiniert mit qualitativen Ansätzen und in Interviewform durchgeführt – zu entwickeln, sondern sich auch auf „standardisierte“ Erfolgskriterien zu verständigen. Dass der Behandlungserfolg in differenzierter Weise wahrgenommen wird und aus verschiedenen Perspektiven erfasst werden sollte, haben die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zwischen Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit scheinen wichtige Interdependenzen und Abhängigkeiten zu bestehen, deren weitere Erforschung lohnend erscheint.

## Literatur

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen. Bearbeitet von

- Döpfner, M.; Melchers, P. 2. Aufl. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 b): Fragebogen für Jugendliche. Deutsche Bearbeitung des Youth-Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen. Bearbeitet von Döpfner, M.; Melchers, P. 2. Aufl. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Bortz, J. (1993): Statistik für Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Bredel, S. (2002): Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Eine evaluative Studie an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heidelberg, unveröff. Dissertation.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1993): Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 21: 188–193.
- Fischer, M.; Fäh, G. (1998): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Gießen: Psychosozial.
- Friese, H-J.; Nissen, G. (1983): Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer nachgehenden Befragung. *Deutsches Ärzteblatt* 80, 1. April 1983, Ausgabe B.
- Hannöver, W.; Dogs, Ch.-P.; Kordy, H. (2000): Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45: 292–300.
- Helmer-Meier, K. (1999): Lohnt es sich, Kinder zu befragen? Evaluation von Erziehungsberatungsstellen aus der Sicht der betroffenen Kinder. Psycholog. Diplomarbeit, Universität Mannheim.
- Höger, Ch.; Temme, M. (1995): Systemische Therapie mit einem reflektierenden Team. Eine Annäherung an Wirksamkeit und Wirkungsweise. *System Familie* 8: 51–61.
- Jungmann, J. (1984): Kinder- und jugendpsychiatrische Therapie im Elternurteil. *Acta paedopsychiat.* 50: 315–324.
- Jungmann, J. (1998): Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmeck, K.; Poustka, F.; Katschnig, H. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wien: Springer, S. 3–12.
- Kammerer, E. (1989): Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38: 205–209.
- Kammerer, E.; Göbel, D. (1985): Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 34: 123–133.
- Kammerer, E.; Grüneberg, B.; Göbel, D. (1984): Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33: 141–148.
- Lebow, J.L. (1982): Consumer Satisfaction With Mental Health Treatment. *Psychological Bulletin* 91: 244–259.
- Lebow, J.L. (1983 a): Research Assessing Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment: A Review of Findings. *Evaluation and Program Planning* 6: 211–236.
- Lenz, A. (1998): Erziehungsberatung aus der Sicht der Kinder. Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Dietzfelbinger, M.; Haid-Loh, A. (Hg.): Qualitätsentwicklung – eine Option für Güte. Bd. 2. Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung Nr. 20. Berlin: Evangelisches Zentralinstitut, S. 48–81.
- Ludewig, K. (1993): Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erste Ergebnisse. *System Familie* 6: 21–35.
- Mattejat, F. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. In: Remschmidt, H. (Hg.): Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 49–57.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1993): Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22: 192–233.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 23: 71–83.

- Mayring, Ph. (1995): *Qualitative Inhaltsanalyse*. 5. Aufl. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Poustka, F. (1998): Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Brainin, E.; Kral, G. (Hg.): *Spielerische Lösungen. Das Kind als Mittelpunkt psychotherapeutischen Denkens*. Festschrift für Ruth Naske. Wien: Picus, S. 160–200.
- Quaschner, K. (1998): Qualitätssicherung der Therapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, S. 58–66.
- Reisel, B.; Floquet, P.; Leixnering, W. (1998): Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47: 705–721.
- Resch, F.; Parzer, P.; Brunner, R.M.; Haffner, J.; Koch, E.; Oelkers, R.; Schuch, B.; Strehlow, U. (1999): *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Steinhausen, H.-Ch. (1983 a): Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei Kinderpsychiatrischen Störungen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32: 11–15.
- Steinhausen, H.-Ch. (1983 b): Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32: 286–292.
- Stosch, Th. von (1998): Beurteilung des Behandlungserfolges im teilstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Weinsberg durch Eltern und Therapeuten. *Krankenhauspsychiatrie* 9: 12–16.
- Swoboda, E.; Kühnel, B.; Waanders, R.; König, P. (2000): Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 13–20.
- Wille, A.; Loser-Kalbermatten, I. (1988): Die Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Urteil der Eltern. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 16: 117–123.
- Zander, B.; Balck, F.; Rothhaus, W.; Strack, M. (2001): Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 325–341.
- Zürn, H.; Bosselmann, R.; Arendt, G.; Liebl-Wachsmuth, W. (1990): Wie ging's denn weiter? – Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Nachbefragung eines Klientenjahrganges. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39: 185–190.

Korrespondenzadresse: Dr. Susanne Bredel, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg, Blumenstraße 8, 69115 Heidelberg;  
E-Mail: SusanneBredel@med.uni-heidelberg.de.