

Aus dem Med. Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Kommissarischer Leiter: PD Dr. M. Martin
des Fachbereiches Medizin der Philipps-Universität Marburg
in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg



Lebensqualität bei psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen

Ergebnisse aus einer kontrollierten Vergleichsuntersuchung

INAUGURAL-DISSERTATION zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Wulf Helge Kramer
aus Marburg

Marburg, 2007

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
am 05.07.2007

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof. Dr. B. Maisch

Referent: Prof. Dr. F. Mattejat

Korreferent: Prof. Dr. K. Pieper

1. Einleitung	3
1.1 Einführung.....	3
1.2 Das Marburger ILK-Projekt.....	5
2. Stand der Forschung	7
2.1 Literaturrecherche.....	7
2.2 Geschichte und Begriffsdefinitionen	10
2.3 Forschungsmethoden	16
2.4 Lebensqualität bei gesunden Kindern und Jugendlichen.....	20
2.5 Lebensqualität bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen	
2.5.1 Allgemeines.....	27
2.5.2 Vergleich der LQ zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern.....	32
2.5.3 Vergleich der LQ zwischen gesunden Kindern und Kindern mit extroversiven Störungen.....	39
2.5.4 Vergleich der LQ zwischen gesunden Kindern und Kindern mit introversiven Störungen.....	51
2.5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	58
3. Fragestellung und Hypothesen	62
4. Methode und Stichprobe	65
4.1 Das standardisierte Telefoninterview.....	65
4.1.1 Aufbau des standardisierten Telefoninterviews.....	65
4.1.2 Gewinnung einer repräsentativen Telefonstichprobe	69
4.1.3 Pretest-Phase.....	72
4.2 Praktische Datenerhebung.....	73
4.3 Datenauswertung.....	75
4.3.1 Bildung des Rohdatensatzes.....	75
4.3.2 Dichotomisierung, Score-Bildung und Normierung der Zeiten.....	75
4.3.3 Klinische Vergleichsdaten und Bildung einer Paarlingsstichprobe durch ein Matchingverfahren.....	77
4.3.4 Bildung von Untergruppen innerhalb der Paarlingsstichprobe: Internal bzw. external gestörte Kinder vs. gesunde Kinder	80
4.3.5 Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken.....	81

5. Stichprobenbeschreibung	84
5.1 Beschreibung der repräsentativen Telefonstichprobe.....	84
5.1.1 Analyse der Datenausfälle (Non-Responder-Statistik).....	85
5.1.2 Demographische Merkmale der repräsentativen Telefonstichprobe.....	84
5.1.3 Repräsentativität der Stichprobe und Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung.....	87
5.2 Beschreibung der klinischen Stichprobe (=Multizenterstudie).....	89
5.3 Beschreibung der im Matchingverfahren gebildeten Paarlingsstichprobe.....	91
6. Ergebnisse	94
6.1 Deskriptive Statistik der Telefonstichprobe.....	94
6.1.1 Gesamtüberblick über die einzelnen Lebensbereiche.....	94
6.1.2 Darstellung der einzelnen Lebensbereiche.....	96
6.2 Vergleich psychisch kranker mit psychisch gesunden Kindern	104
6.2.1 Vergleich der repräsentativen Telefonstichprobe mit der Patientenstichprobe.....	105
6.2.2 Vergleich gesunder Kinder mit internal erkrankten Kindern	109
6.2.3 Vergleich gesunder Kinder mit external erkrankten Kindern.....	114
7. Diskussion	118
7.1 Diskussion der Ergebnisse.....	118
7.1.1 Allgemeines.....	118
7.1.2 Unterschiede zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern und Jugendlichen bezüglich der Lebensqualität.....	119
7.1.3 Unterschiede zwischen internal gestörten und gesunden Kindern und Jugendlichen bezüglich der Lebensqualität.....	123
7.1.4 Unterschiede zwischen external gestörten und gesunden Kindern und Jugendlichen bezüglich der Lebensqualität.....	124
7.1.5 Ergebnisse zu speziellen Annahmen.....	126
7.1.6 Fazit.....	131
7.2 Kritische Auseinandersetzung mit der Erhebungsmethode: Vorteile und Grenzen der Untersuchung.....	132
7.3 Hinweise zur weiteren Forschung.....	134
8. Zusammenfassung	136
9. Literaturverzeichnis	138
10. Anhang	152

1. Einleitung

1.1 Einführung

Aus dem alltäglichen Leben, vor allem aus dem Bereich der Werbung, kennen wohl die meisten Menschen den Begriff der „Lebensqualität“. Er soll den sozialen Wohlstand einzelner Bevölkerungskreise beschreiben, wobei jeder Mensch verschiedene Vorstellungen von dem hat, was die Lebensqualität ausmacht. Während für einige dabei beispielsweise materielle Dinge im Vordergrund stehen, ist wiederum für andere ein hoher Freizeitwert ausschlaggebend für ihre Lebensqualität.

Obwohl sich die Ansichten hierbei unterscheiden, gilt für alle Menschen die körperliche und seelische Gesundheit als das Gut, das die Lebensqualität maßgeblich beeinflusst. Daher spielt der Begriff Lebensqualität auch im Bereich der Medizin eine wachsende Rolle. Man hat beispielsweise erkannt, dass bei der Entscheidung über Behandlungsmaßnahmen die Beeinflussung der Lebensqualität durch diese abzuwägen ist. Seit der Forderung von Katz (1987), neben den üblichen therapeutischen Effizienzmaßen auch die Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen zu berücksichtigen, ist das Konzept der Lebensqualität aus der medizinisch-psychologischen Forschung nicht mehr wegzudenken. Dies gilt natürlich auch für den psychiatrischen Bereich im Allgemeinen und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Speziellen.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist es dementsprechend notwendig, die Lebensqualität auch bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen in systematischer Weise zu erfassen und bei der Therapieplanung und -evaluation zu berücksichtigen. Dabei wird in der Lebensqualitätsforschung an Kindern und Jugendlichen die Bewertung von Therapieerfolgen sowohl von Matzejat und Renschmidt (1998), als auch von Bullinger und Ravens-Sieberer (1995) in den Vordergrund gestellt, um daraus die kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Behandlungen optimal auf die Patienten einzustellen. Es soll also letztendlich nicht nur die Symptomatik, sondern die Lebensqualität insgesamt berücksichtigt werden. Dies würde nach Schmeck et al. (1998) die „Ergebnisqualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen“ verbessern.

Bisher liegen allerdings nur wenige Untersuchungen vor, die Hinweise darüber geben, ob und in welcher Hinsicht die Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen beeinträchtigt ist. Bis zum jetzigen Zeitpunkt handelt es sich hierbei weitgehend um Studien, die mit englisch- bzw. niederländischsprachigen Instrumenten erhoben wurden. Überprüfte und praktikable deutschsprachige Instrumente waren bisher noch nicht verfügbar. Aus diesem Grunde wurde das „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen“ (=ILK) entwickelt (Mattejat et al., 1998). Dieses Instrument ist für den Einsatz in der praktischen Versorgung von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen konzipiert, wobei es der Erfassung der Lebensqualität und der Evaluation einer psychiatrischen Therapie im Kindes- und Jugendalter dient.

Setzt man voraus, dass psychisch kranke Kinder und Jugendliche gegenüber Gesunden hinsichtlich ihrer Lebensqualität im täglichen Leben stärker eingeschränkt sind, erwartet man diesbezüglich auch Unterschiede in einzelnen Lebensbereichen. Die vorliegende Arbeit ist der Frage nachgegangen, ob sich die Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen von der Lebensqualität gesunder Kinder und Jugendlicher unterscheidet.

1.2 Das Marburger ILK-Projekt

Im Auftrag und mit der Unterstützung der Forschungskommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände wurde 1998 ein Instrument (siehe oben, „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen = ILK“, Matthejat et al., 1998) entwickelt, mit dem sich die Lebensqualität von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen erfassen lässt. Mit Hilfe dieses von der Deutschen Forschungsgesellschaft (=DFG) geförderten Projektes mit der Laufzeit von November 2000 bis April 2004 soll das ILK praktisch erprobt, empirisch überprüft und basierend auf den Ergebnissen weiterentwickelt und modifiziert werden. Dabei sollte es sowohl in der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. –psychotherapeutischen Forschung als auch im klinischen Bereich Anwendung finden und zur Verbesserung der Versorgungsqualität dienen. Um dies zu verwirklichen, sind folgende Untersuchungen und Überprüfungen wichtig:

1. *Testmetrische Überprüfung des ILK* durch Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität, Reliabilität und der Konstruktvalidität (Lienert & Raatz, 1994).
2. *Normierung des ILK* durch Ergebnisse aus Stichproben mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten und Schülerstichproben unterschiedlicher Schultypen, wobei die Stichproben möglichst repräsentativ sein sollen um Norm- bzw. Vergleichswerte zu gewinnen. Zusätzlich werden mit Hilfe eines Telefoninterviews Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erhoben.
3. *Überprüfung einer möglichen Therapieevaluation basierend auf dem ILK*. Dabei soll geklärt werden, wie sich der Therapieverlauf auf die Lebensqualität auswirkt und wie der Therapieerfolg und die Therapiezufriedenheit mit dem ILK assoziiert sind.

Im Rahmen des Marburger ILK-Projekts wurde zunächst ein ILK-Ratingbogen entwickelt und empirisch überprüft (Matthejat et al., 1998; Matthejat & Remschmidt, 1998). Dieser Ratingbogen besteht aus vier Lebensbereichen (Schule, Familie, soziale Kontakte zu anderen Kindern, Interessen/Freizeitgestaltung) und vier Aspekten zu gesundheitsbezogenen Bereichen (körperliche und psychische Gesundheit, Belastung

durch die aktuelle Erkrankung, Belastungen durch diagnostische/therapeutische Maßnahmen). Zusätzlich wird die Gesamtbeurteilung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen erhoben. Es existiert sowohl eine Version für Kinder und Jugendliche, als auch für Erwachsene. Um die Einflussfaktoren der Lebensqualität noch differenzierter betrachten zu können, erfolgte im Jahre 2002 die Entwicklung eines standardisierten Interviews. Aus der praktischen Erprobung dieses standardisierten Interviews (=„ILK-Fragebogen“) wurden daraufhin Fragebögen zur Fremd- (=„ILK-Fragebogen Eltern“) und Selbsteinschätzung (=„ILK-Fragebogen Kinder“) entwickelt, die pro Lebensbereich jeweils mit etwa 20 Aussagen („stimmt“ oder „stimmt nicht“) speziell auf die Lebensqualität eingehen. Zur Überprüfung der klinischen Praktikabilität des ILK wurden empirische Studien an Kliniken (Mattejat, et al., 2003a; Remschmidt et al., 2003) und Schulen durchgeführt (Kaestner, 2000).

Mit Hilfe der vorliegenden Arbeit soll die unter Punkt 2.) angesprochene Notwendigkeit zur Normierung des ILK Unterstützung finden. Die Erhebung der Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung erfolgt mit Hilfe eines standardisierten, aus dem ILK entwickelten Telefoninterviews. Diese telefonisch gewonnenen Normwerte der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe werden den Daten einer klinischen Stichprobe (=Multizenterstudie: Mattejat et al., 1998) gegenübergestellt und miteinander verglichen.

2. Stand der Forschung

2.1 Literaturrecherche

Hinsichtlich der Literaturrecherche zum Thema „Lebensqualität von (psychisch kranken) Kindern und Jugendlichen“ konnten wir einerseits auf Übersichtsarbeiten (=Reviews) zurückgreifen und andererseits Einzelstudien in entsprechenden Datenbanken finden. Dabei stützten wir uns im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf die wissenschaftlichen Datenbanken *Psyn dex*, *PsychINFO*, *Sociological Abstracts* und *Medline*. Aufgrund der hohen Trefferquote fand eine weitere Eingrenzung anhand im Anhang E beschriebener Ausschlusskriterien statt. Die auf diese Weise fokussierten Artikel thematisieren in über der Hälfte die *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, d.h. dass die Lebensqualität immer in Abhängigkeit von bestimmten systemischen oder chronischen Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen oder Fehlbildungen untersucht wurde. Alle übrigen Arbeiten untersuchen methodische Aspekte der Lebensqualitäts-Forschung, betrachten die Lebensqualität hinsichtlich soziologischer Aspekte oder beschäftigen sich mit historischen Überblicken zur Lebensqualitätsforschung.

Zur weiteren Differenzierung der Arbeiten zur *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* fällt auf, dass die Untersuchungen zur Lebensqualität bei körperlichen Erkrankungen überwogen (vgl. auch Marmot & Wilkinson, 1999), was der Achse IV des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter entspricht (Remschmidt & Schmidt, 1994). In absteigender Häufigkeit waren die Untersuchungen kombiniert mit onkologischen Erkrankungen, Epilepsie, Organtransplantationen und systemischen und chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Asthma).

Bei den durch uns gefundenen Studien zu Kindern und Jugendlichen mit psychisch relevanten Erkrankungen oder Behinderungen stehen Intelligenzminderungen und Entwicklungsstörungen (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störung des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO nach Remschmidt et al., 2001: MAS Achsen II und III) im Vordergrund. Nur eine relativ geringe Anzahl von Untersuchungen beschäftigt sich mit psychiatrischen Problemen, die der MAS Achse I zugeordnet werden können.

Unsere Ergebnisse decken sich mit denen von Loreck, die diesbezüglich im Jahr 2004 eine umfangreiche Literaturrecherche durchführte (Loreck, 2004).

Bei der speziellen Suche nach Studien, in denen die Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern mit der von gesunden Kindern direkt verglichen wird, konnten lediglich 8 Studien gefunden werden (vgl. Tabelle 2.5.1 in Kapitel 2.5 „Ergebnisse bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen“). Da diese im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit von besonderem Interesse sind, werden sie in Kapitel 2.5 tabellarisch dargestellt und ausführlich beschrieben.

Nach einer Literaturrecherche innerhalb eines Reviews von Marmot und Wilkinson aus dem Jahre 1999, beziehen sich die meisten Untersuchungen zur Gesundheit und Lebenszufriedenheit in der Bevölkerung auf physische Gesundheitsprobleme, dabei hauptsächlich auf die Sterblichkeit und die Lebenserwartung. Weniger untersucht werden mentale Gesundheitsprobleme und noch weniger Studien existieren zur emotionalen Zufriedenheit (Marmot & Wilkinson, 1999).

In einer Übersichtsarbeit von Mattejat et al. (1998) betrug der Anteil an Arbeiten zum Thema Lebensqualität bei Kindern nur 15%. Hiervon untersuchten weniger als 10% der Arbeiten die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Allerdings ist seit ca. 10 Jahren ein Anstieg der Arbeiten zum Thema Lebensqualität zu verzeichnen, wobei prozentual die Arbeiten zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen nahezu konstant geblieben ist.

Auch Eiser und Morse (2001) fanden in ihrer Übersicht zum Thema Lebensqualität von Kindern nur 14 empirische Originalarbeiten, in der Eltern- bzw. Kinderangaben zur Lebensqualität bei erkrankten Kindern erhoben wurden. Jedoch nur zwei dieser Arbeiten bezogen sich auf psychische Probleme der kranken Kinder. Diese psychischen Probleme wurden bei Kindern mit abdominellen Schmerzen bzw. bei Kindern, die nach einem Tumorleiden genesen sind, gemessen. Ein direkter Vergleich zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern wurde hierbei allerdings nicht angestellt.

Daher gilt für den aktuellen Stand der Literaturrecherche immer noch die Aussage von Mattejat und Remschmidt (1998, S. 3), dass „im psychiatrischen Bereich die Konzepte der Lebensqualität im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen bisher relativ wenig berücksichtigt wurden; insbesondere bei Kindern wurden sehr wenige Untersuchungen durchgeführt“. Ebenso wird von Ravens-Sieberer und Bullinger (1998)

angemerkt, dass die Perspektive des Kindes als Reflexion des momentanen Zustandes bis dato nicht suffizient untersucht wurde und die Altersspanne der meisten Studien sich hauptsächlich auf Kinder zwischen 13 und 18 Jahren bezieht, während Kinder zwischen 6 und 12 Jahren weniger häufig in Studien zur Lebensqualität integriert wurden. Nach Ravens-Sieberer und Bullinger (1998) könnte diese Tatsache damit erklärt werden, dass die Lebensqualitätsforschung lange Zeit durch die Zuverlässigkeit der kindlichen Urteilskraft eingeschränkt war.

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass der Zusammenhang zwischen einer niedrigen Lebensqualität und einer psychischen Erkrankung als gesichert gilt. McKnight et al. (2002) betonen, dass Kinder und Jugendliche mit einer niedrigen subjektiven Lebenszufriedenheit gefährdeter sind als gesunde Kinder und Jugendliche, psychopathologische Auffälligkeiten zu entwickeln, wie z.B. Depressionen oder Ängste. Im Umkehrschluss lässt sich sagen, dass psychopathologisch auffällige bzw. erkrankte Kinder eine geringere Lebenszufriedenheit haben als gesunde Kinder.

In den folgenden Kapiteln (2.2 bis 2.5) soll der aktuelle Stand der Lebensqualitätsforschung ausführlich dargestellt werden.

Dies erfolgt in Kapitel 2.2 allgemein in Form einer geschichtlichen Darstellung zur Forschung der Lebensqualität und entsprechender Begriffsdefinitionen.

Kapitel 2.3 stellt im Rahmen der aktuellen Forschungsmethoden die Messbarkeit der Lebensqualität und die Entwicklung geeigneter Messinstrumente vor.

Kapitel 2.4 beschäftigt sich mit der Darstellung der Lebensqualität bei gesunden Kindern und Jugendlichen.

In Kapitel 2.5 werden die Ergebnisse präsentiert, die sich aus den Einschränkungen der Lebensqualität bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ergeben.

2.2 Geschichte und Begriffsdefinitionen

a) Geschichtliche Darstellung zur Forschung der Lebensqualität

Bei der geschichtlichen Darstellung zur Lebensqualitätsforschung und den Begriffsdefinitionen stützen wir uns in erster Linie auf die folgenden beiden Übersichtsarbeiten:

1. „Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und neue Wohlfahrtskonzepte“ (Noll, 1998)
2. „Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung“ (Schumacher et al., 2003)

Nach Noll (1998) bezeichnet der Begriff der Lebensqualität im medizinischen Sinne ein Wohlfahrtskonzept, das in seiner modernen Variante in den sechziger Jahren des vorherigen Jahrhunderts in den USA entstand und mit Beginn der 1970er Jahre auch in Deutschland sehr schnell populär wurde.

Die Ursprünge der Lebensqualitätsforschung gehen dabei auf die sozialwissenschaftliche Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung zurück (Noll, 1998), wobei die Lebensqualität in erster Linie die subjektive Bewertung (Wohlbefinden, Zufriedenheit) von objektiven Lebensbedingungen widerspiegeln sollte. Es wurden daher in der empirischen Sozialforschung zahlreiche Ansätze entwickelt, die das Ziel hatten, das Konzept der Lebensqualität zu operationalisieren und empirisch zu messen. Dabei lassen sich zwei prinzipiell verschiedene Ansätze unterscheiden, wobei es sich zum einen um den skandinavischen „Level of living-Approach“ und zum anderen um die amerikanische „Quality of life“-Forschung handelt.

In Wohlfahrtsstaaten wie Schweden setzte sich der objektivierte, politik-orientierte und staatsnahe „Level of living“-Ansatz durch (Huschka, 2002). Hierbei wurde vor allem auf soziale und ökonomische Indikatoren der Lebensqualität (Einkommen, politische Freiheit, soziale Gerechtigkeit usw.) Bezug genommen. Dieses Konzept ist also sehr von *objektiv* messbaren Faktoren geprägt.

In der jüngeren Forschung wird hingegen das Konzept des *subjektiven* Wohlbefindens berücksichtigt (Schumacher et al., 2003). Wie in der amerikanischen „Quality-of-life“-Forschung werden hier *subjektive* Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse des

Individuums in den Vordergrund gestellt (Noll, 1998). Dieses individuumsbezogene Konzept der Lebensqualitätsforschung ist somit sehr subjektiv und individualistisch geprägt und wird zunehmend herangezogen, um Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Lebensqualität zu untersuchen (vgl. Kapitel 2.2 b). Neuerdings wird auch vermehrt der Nutzen der Lebensqualitätsforschung im Rahmen von Therapieplanung, -durchführung und -evaluation erkannt.

Die Lebensqualitätsforschung bei Kindern und Jugendlichen stellt in der Geschichte der Lebensqualitätsforschung ein relativ neues Feld dar (siehe oben). Sie findet jedoch in den letzten Jahren in zunehmendem Maße Berücksichtigung (Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995; Drotar, 1998; Mattejat & Remschmidt, 1998; Ravens-Sieberer, 2000; Wahn et al., 1995), worauf wir im Folgenden nicht weiter eingehen und auf die Ausführungen in Kapitel 2.4 „Ergebnisse bei gesunden Kindern und Jugendlichen“ verweisen.

Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ist wie eingangs bereits angeführt, bei Bullinger und Ravens-Sieberer (1995), Mattejat und Remschmidt (1998) und Schmeck et al. (1998) für den kinder- und jugendpsychiatrischen beziehungsweise -psychotherapeutischen Bereich beschrieben. Auch hierbei sind die Untersuchungen noch neu und es besteht weiterer Forschungsbedarf (Mattejat & Remschmidt, 1998; Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998).

b) Begriffsdefinitionen der Lebensqualität

Nachdem nun kurz die geschichtlichen Hintergründe dargestellt wurden, soll nunmehr der eigentliche Gegenstand der Forschung genau definiert werden. Die meisten empirisch-sozialwissenschaftliche Untersuchungen konstatieren für die Bürger der Bundesrepublik eine hohe Lebensqualität. Ungeachtet wirtschaftlicher und sozialer Unterschiede in den einzelnen Bundesländern ist die Lebensqualität über das gesamte Bundesgebiet weitgehend gleich und vergleichsweise hoch (Huschka, 2002). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass gleiche Lebensbedingungen nicht generell zu einer gleichen Lebensqualität führen. Aus diesem Grund muss trotz dieser Unterschiede der Begriff „Lebensqualität“ genau definiert werden.

Schumacher et al. geben in ihrer Übersichtsarbeit „Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung“ einige verschiedenen Definitionen zur Lebensqualität, wobei aber an dieser Stelle nicht auf alle Definitionsansätze im Einzelnen eingegangen werden kann. Hinsichtlich der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* wird ein multidimensionales Konstrukt beschrieben, das „körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus subjektiver Sicht der Betroffenen beinhaltet“ (Schumacher et al., 2003; S. 2).

Früher beurteilte man in den Bereichen der Prävention, der medizinischen Therapie und der Rehabilitation einschließlich der Gesundheitsversorgung, hauptsächlich aber in einigen speziellen Bereichen der medizinischen Versorgung (z.B. der Onkologie oder bei chronischen Erkrankungen), die Therapieergebnisse nach so genannten „traditionellen“ Kriterien. Hierzu zählen somatische Indikatoren (z.B. Erfassung des Schweregrades einer Erkrankung) und Mortalitätsraten (z.B. Verlängerung der Überlebenszeit). In heutiger Zeit werden vermehrt *soziale* (z.B. Funktionsfähigkeit) und *subjektive* (z.B. subjektive Befindlichkeit des Patienten) Aspekte berücksichtigt. Ausschlaggebend hierfür ist die Tatsache, dass psychologische und physiologische Untersuchungsparameter oft nur teilweise oder gar nicht kongruent sind (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998). Berücksichtigt man die gesundheitsbezogene Lebensqualität, wird also die Behandlungsqualität nicht mehr nur durch die Dimension des „objektiven“ Behandlungserfolges erfasst, sondern an weiteren Indikatoren (wie z.B. die Prozessqualität, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität) gemessen, in denen die Perspektive der Patienten stärker zur Geltung kommt (vgl. Matzejat & Remschmidt, 1997; Lorenz & Koller, 2002). Dabei interessiert vor allem, wie der Patient mit alltäglichen Lebenssituationen umgehen kann und wie wohl er sich dabei fühlt.

Diese gesundheitsbezogene Lebensqualität wird häufig im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen erhoben. Beispielsweise werden die Auswirkungen von Erkrankungen wie Asthma (Petermann & Bergmann, 1994), Diabetes mellitus (Bott, 2000; Mühlhauser, 2000) oder Niereninsuffizienz (Parson & Harris, 1997) auf die Lebensqualität untersucht. In der modernen Medizin und Gesundheitsökonomie wird in immer mehr Bereichen dieser gesundheitsbezogene Lebensqualitätsbegriff untersucht, beispielsweise der medizinischen Psychologie und Soziologie (Bullinger, Ravens-Sieberer & Siegrist, 2000), der Verhaltensmedizin (Dimsdale & Baum, 1995), Gesundheitspsychologie (Fitzpatrick, 2000) und Gerontologie (Zumbo et al., 2001).

Auch der Definition der Weltgesundheitsbehörde (=WHO) liegt diese Betrachtungsweise zugrunde. Lebensqualität wird hier als individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen und Beurteilungsmaßstäbe und Interessen definiert. Die individuelle Lebensqualität wird dabei durch die körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen sowie durch ökonomische Umweltmerkmale beeinflusst (WHOQOL-Group, 1995).

Die Lebensqualität ist also ein komplexer Begriff, der gleichzeitig verschiedene Aspekte des menschlichen Befindens berücksichtigen soll. Die wichtigsten Aspekte sind die körperliche Verfassung, das seelische Befinden und die sozialen Beziehungen. Die letztendliche Beurteilung der Lebensqualität liegt dabei beim Patienten selbst, da objektive Einschränkungen jeder Art, wie beispielsweise körperliche Gebrechen, von jedem Menschen in anderer Weise erlebt und bewertet werden.

Bei der Definition der Lebensqualität orientieren wir uns an der Darstellung von Matzejat et al. (1998). Die „Lebensqualität im weiteren Sinne“ umfasst zum einen die *Voraussetzungen und Bedingungen der Lebensqualität* und zum anderen die *Lebensqualität im engeren Sinne* (vgl. Abb. 2.2.1).

Die *Voraussetzungen und Bedingungen der Lebensqualität* sind Bedingungen, durch die die Lebensqualität positiv und negativ beeinflusst wird, wie materielle Voraussetzungen, Erkrankungen oder Behinderungen, psychosoziale Umfeldbedingungen und medizinische Behandlungen (vgl. Abb. 2.2.1, 1.).

Die *Lebensqualität im engeren Sinne* umfasst einerseits die objektive und andererseits die subjektive Lebensqualität. Die objektive Lebensqualität beschreibt die Handlungs- und Funktionsfähigkeit (vgl. Abb. 2.2.1, 2.), die subjektive Lebensqualität umfasst das subjektive Wohlbefinden bzw. die subjektive Zufriedenheit mit dem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand, der Lebenssituation und -führung (vgl. Abb. 2.2.1., 3.). Die beiden Grundaspekte der objektiven und subjektiven Lebensqualität sind nicht auf ein einziges Maß zu reduzieren und müssen getrennt voneinander erhoben werden (Innen- und Außenperspektive).

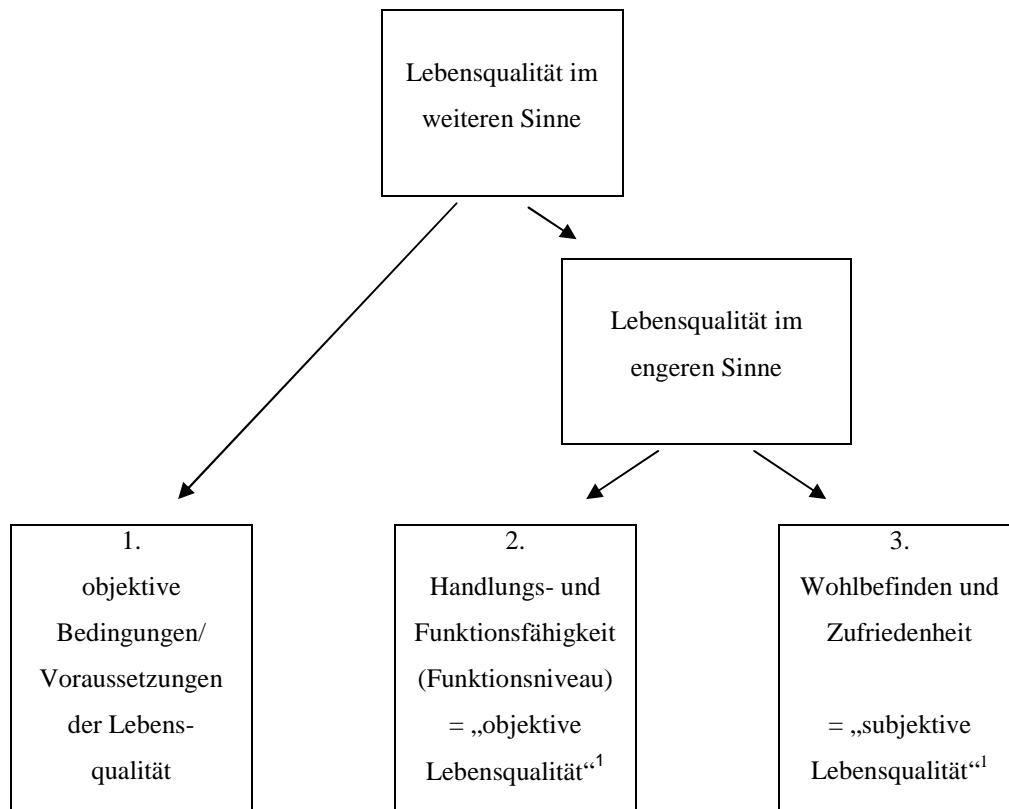


Abb.: 2.2.1: Grundaspekte der Lebensqualität; Quelle: Matzejat et al. (1998)

Betrachtet man in Anlehnung an eben diese Definition auch die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Lebensqualität, so machen Schmeck & Poustka (1997) in ihrer Übersichtsdarstellung zur „Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ darauf aufmerksam, dass die Erkrankung in eine sensible Zeit der Persönlichkeitsentwicklung fällt (vgl. hierzu auch Resch, 1996). Vor allem das Selbstwertgefühl ist in dieser Phase noch erheblichen Schwankungen und Beeinträchtigungen unterworfen und die zentrale Entwicklungsaufgabe dieses Lebensabschnitts stellt die Suche nach der eigenen Identität dar (Erikson, 1976). „Die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgabe wird durch das Erlebnis einer psychiatrischen Erkrankung in erheblichem Maße gefährdet“ (Schmeck & Poustka, 1997, S. 198).

¹ Häufig wird der Begriff Lebensqualität auf die subjektive Lebensqualität eingeengt. Der Begriff „subjektive Lebensqualität“ wird dabei teilweise als Synonym zum subjektiven Wohlbefinden/Zufriedenheit verwendet (so wie wir es hier auch tun; Aspekt 3); teilweise wird er auch gebraucht, um alle Selbstberichtsangaben der Patienten/Probanden (zu den Aspekten 1, 2 und 3) zu bezeichnen. Den Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ verwenden wir zur Bezeichnung aller derjenigen Aspekte, die mit der Gesundheit oder Krankheit einer Person zusammenhängen.

Ebenso gefährdet diese Erkrankung die Schul- und Berufsausbildung in der Hinsicht, dass Schul- und Ausbildungsziele wegen chronischer psychiatrischer Beeinträchtigungen wie Ängste, Denk- und Aufmerksamkeitsstörungen einen ungünstigeren Verlauf erfahren oder eventuell gar nicht erreicht werden. Durch die Erkrankung im Jugendalter besteht eine erhöhte Vulnerabilität und die Krankheit nimmt häufiger einen schwereren und chronischeren Verlauf als bei gesunden Gleichaltrigen (Schmeck & Poustka, 1997). Neben der Erkrankung an sich beeinflussen noch weitere Faktoren die Lebensqualität der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen (Schmeck & Poustka, 1997):

1. *Beeinflussung der Behandlung* durch medikamentöse Therapie und entsprechende Nebenwirkungen
2. *Individuelle Charakteristika* durch adäquate „Coping-Strategien“ der Kinder, um sich mit der Erkrankung erfolgreich auseinanderzusetzen (=Fähigkeiten der Krankheitsbewältigung)
3. *Familiäre Faktoren*: Die Lebensqualität aller Familienmitglieder wird beeinträchtigt. Außerdem leidet auch eine Vielzahl der betroffenen Eltern selbst an einer psychischen Erkrankung.
4. *Ökologische und soziokulturelle Faktoren*: Durch gemeindenahe Versorgungsprogramme kann eine Verminderung der Rehospitalisierungsrate erreicht werden (vgl. Lauer, 1994).

Insgesamt bestehen also viele Ansätze, sich mit dem Begriff der Lebensqualität und ihrer Einflussfaktoren auseinander zu setzen. Wichtig ist dabei, die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation immer in multidimensionaler Hinsicht zu betrachten, um sowohl subjektive als auch objektive Einschränkungen des Patienten identifizieren und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

2.3 Forschungsmethoden

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Messbarkeit der Lebensqualität (a) beschrieben. Nachfolgend wird ein Überblick über die Entwicklung verschiedener Messinstrumente (b) gegeben, wobei wir uns hierbei im Hinblick auf das Thema der vorliegenden Arbeit auf die Darstellung von Instrumenten beschränken, die für Kinder und Jugendliche konzipiert wurden.

a) Messbarkeit der Lebensqualität

Harding verweist in ihrer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2001 darauf, dass es nicht ausreichend ist, nur die physische Krankheit des Kindes zu behandeln, sondern dass die Lebenszufriedenheit von der Krankheit abhängig ist, ebenso die Krankheit vom Lebensstandard. Aus diesem Grund sind konsequenterweise Messungen entwickelt worden, die einerseits einen krankheitsspezifischen Teil, andererseits einen allgemeinen soziodemographischen Teil beinhalten (Harding, 2001). Es soll also hinterfragt werden, in wie weit eine Krankheit z.B. die Mobilität eines Kindes qualitativ einschränkt: „So wird sich z.B. bei sportlichen Kindern ein gebrochenes Bein stärker auf die Lebensqualität auswirken als bei anderen Kindern, die eher musisch oder intellektuell veranlagt sind“ (Harding, 2001, S. 82). Dieser Ansatz ist schon 1998 in der Übersichtsarbeit von Levi und Drotar (1998) zu erkennen. Hier wird im Rahmen einer Einführung in die gesundheitsbezogene Lebensqualität festgestellt, dass eine Erkrankung und deren Behandlung (z.B. Bestrahlung bei Tumoren und folgender Haarausfall) in verschiedenen Altersgruppen ganz unterschiedlich wahrgenommen wird.

Aus diesem Grund stellt sich für die Arbeitsgruppe Psychologie der Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde (Wurst et al., 2002) die Lebensqualität als *die* wesentliche Compliance-/Adherence-stützende Variable dar, die sowohl bei der Indikation, als auch bei der Evaluation unterschiedlicher Behandlungsstrategien unbedingt zu berücksichtigen ist.

Harding stellte in ihrer Übersichtsarbeit zur Entwicklung der Lebensqualitätskonzepte weiterhin fest, dass verschiedene Ereignisse bzw. Lebensumstände Kinder und

Jugendliche in unterschiedlichen Altersklassen auch unterschiedlich stark einschränken. Deshalb sollte idealer Weise das kindliche Bildungsniveau und die Dimension der Lebensqualität, die für das Kind in diesem Lebensabschnitt entscheidend ist, mit in die Messungen zur Lebensqualität einbezogen werden. Die Lebensqualitäts-Messung sollte demnach folgende Aspekte enthalten (Harding, 2001):

1. die 4 WHO-Domänen: physische, psychische und soziale Ausgeglichenheit, Umwelteinflüsse
2. angepasst an das Entwicklungsniveau des Kindes/Jugendlichen
3. reliabel, valide, leicht zu verwalten
4. standardisiert an einer relevanten Bevölkerungsauswahl
5. allgemeine und gesundheitsbezogene Fragen
6. subjektives oder qualitatives Messinstrument

Da Kinder und Jugendliche bei der Beurteilung der Lebensqualität nach Hinds (1990) stärker gegenwartsbezogen vorgehen, sollten Messinstrumente möglichst diesem Gegenwartsbezug gerecht werden. Daher werden von Levi und Drotar (1998) an die jeweilige Altersgruppe angepasste Untersuchungsformen gefordert. Da bei zu jungen oder sehr kranken Kindern das Problem einer reliablen Eigeneinschätzung und Erfassung der subjektiven Dimensionen des kindlichen Befindens besteht (Eiser & Morse, 2001), rechtfertigt sich die Einbeziehung der Elternperspektive im Sinne einer Fremdbeurteilung (=“Proxy rating“). Dies gelinge zusätzlich durch Ärzte oder betreuendes Pflegepersonal (Mattejat & Renschmidt, 1998), beziehungsweise durch Lehrer (Levi & Drotar, 1998).

b) Entwicklung und Überblick über existierende Messinstrumente

Das oben bereits beschriebene Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (vgl. Kapitel 2.2, b) setzte sich in vielen medizinischen Disziplinen durch und wird folglich auch bei der Entwicklung entsprechender Erhebungsinstrumente berücksichtigt. Ein zusätzliches entscheidendes Kriterium bei der Erhebung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität ist der Aspekt der Multidimensionalität. Dieser wird erst seit einigen Jahren berücksichtigt, wohingegen man früher einen einfachen, aber alles erfassenden

Maßstab angewandt hat (Ingersoll & Marrero, 1991; Juniper et al., 1996). Diese Bewertungsmaßstäbe der Lebenszufriedenheit von Kindern waren jedoch durch ihre eindimensionale Messung der Gesamtlebenszufriedenheit begrenzt aussagefähig.

Um nun der Multidimensionalität gerecht zu werden, wurde z.B. der MSLSS (=„Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale“) unter Mitwirkung von Huebner und Gilman (2002) entwickelt. Gezielte Messungen und besser abgestimmte klinische Therapiemaßnahmen sollten dadurch ermöglicht werden, dass *subjektive Indikatoren* (z.B. subjektives Wohlbefinden) in Kombination mit den traditionellen *objektiven Indikatoren* genutzt werden (z.B. Ehescheidungsrate, familiäres Einkommensniveau).

Auf einen umfassenden Überblick über existierende Messinstrumente, mit denen sich die Lebensqualität von Kindern erheben lässt, wird in der vorliegenden Arbeit verzichtet. Wir verweisen hierbei auf die Arbeit von Schumacher et al. (2003), in der alle Instrumente aus dem englischsprachigen Raum dargestellt werden. Zusätzlich sei auf die Arbeit von Mattejat und Remschmidt (1998) verwiesen, die einen Überblick über 9 deutschsprachige Instrumente gibt.

Hinsichtlich der Verfügbarkeit der Messinstrumente kam Ravens-Sieberer (2000) zu dem Schluss, dass nur wenige bedeutende Maßskalen zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern existieren.

Nach Mattejat und Remschmidt (1998) gibt es nur zwei Erhebungsinstrumente, die zur Untersuchung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen konstruiert wurden. Dies ist der in München erstellte Fragebogen „KINDL“ (Bullinger et al., 1994) und der von Graham und Stevenson (1994) erstellte Fragebogen „CQOL“. Allerdings erfüllen diese Instrumente nicht in erwünschtem Maße ihren Zweck und haben sich im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich nicht entsprechend bewährt. Sie sind teilweise zu spezifisch, inhaltlich unsystematisch und unökonomisch (zeitaufwendig) und wurden zudem noch nicht empirisch überprüft.

Daran anknüpfend, stellte in den Jahren 1997 und 1998 das Thema "Lebensqualität" einen zentralen Schwerpunkt in den Diskussionen der gemeinsamen Forschungskommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände dar. Die Entwicklung eines Instrumentariums wurde angestrebt, das sowohl dazu geeignet ist, die Lebensqualität von psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen zu erfassen, als auch in der praktischen Versorgung eingesetzt zu werden.

Daraufhin wurde von der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg in Zusammenarbeit mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Dachverbänden das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (=ILK) entwickelt (vgl. Kapitel 1.2 „Das Marburger ILK-Projekt“). Eine genaue Beschreibung dieses Erhebungsinstruments ist den Darstellungen von Mattejat et al. (1998) zu entnehmen.

Die Arbeitsgruppe Psychologie der Wiener Kinder- und Jugendheilkunde stellte bei ihren Erhebungen zur Lebensqualität die Vorzüge des in Marburg entwickelten ILK dar: Da das ILK im deutschsprachigen Raum der erste Fragebogen zur Lebensqualität ist, mit dem die Daten aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Teil direkt im psychotherapeutischen Bereich genutzt werden können, kann von einer „zeitökonomischen Durchführung“ gesprochen werden. Da Fremd- und Selbstbeurteilungen möglich sind, d.h. die „Außen- und Innenperspektive mit einbezogen werden können“, werden entsprechend viele Lebensbereiche erfasst. Insgesamt kann die Gestaltung als „kindgerecht“ beschrieben werden. Hierdurch kann die Lebensqualität differenziert nach Lebensbereichen und betroffenen Personen (Patientengruppen und Bezugspersonen) erhoben werden, um die Bedeutung der Einflussfaktoren besser einschätzen zu können (Wurst et al., 2002).

2.4 Lebensqualität bei gesunden Kindern und Jugendlichen

In vorliegendem Kapitel werden Ergebnisse in der Lebensqualitäts-Forschung bei gesunden Kindern und Jugendlichen dargestellt. Dies erfolgt zunächst in einem allgemeinen Überblick (a), in dem Faktoren angeführt werden, die in positiver und negativer Weise mit der Lebensqualität korrelieren. In den darauf folgenden speziellen Ergebnissen (b) werden einzelne Lebensbereiche der gesunden Kinder und Jugendlichen dargestellt.

a) allgemeine Ergebnisse zur Lebensqualität

Als zentraler Indikator der Lebensqualität von Gesunden und Kranken wird von Lauer und Mundt (1995) das Selbstwertgefühl angesehen, wobei die Steigerung der sozialen Akzeptanz, der psychologischen Reife und physischen Attraktivität eine Verbesserung des Selbstwertgefühls bedingt und damit mit einer erhöhten subjektiven Zufriedenheit einhergeht.

Bereits 1991 konnten Huebner et al. in einer Untersuchung mit 254 amerikanischen Kindern im Alter von 7 bis 14 Jahren eine hohe Korrelation zwischen der persönlich wahrgenommenen Lebensqualität von 10- bis 13-jährigen Kindern und dem Selbstwertgefühl bzw. dem Maß der Eigenbeherrschung (=innere Kontrolle) zeigen (Huebner, 1991a).

Gullone und Cummins berichten in ihrer Studie mit 264 12- bis 18-jährigen, australischen Schülern über weitere Faktoren und Einflüsse, die positiv und negativ mit der Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen korrelieren. Es konnte gezeigt werden, dass hierbei ähnliche Aspekte ausschlaggebend sind, wie dies auch bei Erwachsenen der Fall ist: so ist die Zufriedenheit positiv mit den Eigenschaften innerer Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen korreliert. In negativer Korrelation stehen Angst, Streß, neurotische und depressive Symptome (Gullone & Cummins, 1999). Zusätzlich werden in dieser Studie andere Autoren zitiert, die darüber hinaus die Eigenschaften Einsamkeit, Sozialangst und das Meiden der Öffentlichkeit als negativ mit der subjektiven Zufriedenheit korrelierend beschreiben (Hawkins et al., 1992; Neto, 1993, beide zitiert nach Gullone & Cummins, 1999).

Aus dem deutschsprachigen Raum berichtet Ravens-Sieberer über eine Längsschnitt-Untersuchung im Auftrag des Robert-Koch-Institutes Berlin zum seelischen

Wohlbefinden und Verhalten von Kindern ab 11 Jahren (= „BELLA-Studie“). Um Vergleiche mit Kindern aus psychotherapeutischer Behandlung ziehen zu können, wird diese Untersuchung durch eine Befragung an der Universitätsklinik Hamburg ergänzt, an der ca. 200 Kinder und Jugendliche teilnehmen werden. Hierbei werden belastende und protektive Faktoren auf die psychische Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen vermutet. Abschließende Auswertungen liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor, konkrete Hypothesen werden zudem in der entsprechenden Veröffentlichung nicht genannt (Bettge & Ravens-Sieberer, 2005).

b) spezielle Ergebnisse zur Lebensqualität

Wie eingangs erwähnt, werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse zur Zufriedenheit in einzelnen Lebensbereichen bei psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen dargestellt. Bei der Auswahl dieser verschiedenen Lebensbereiche orientieren wir uns am ILK (vgl. Matzejat et al., 1998) und den Bereichen, in denen die Lebensqualität erhoben wird. Dies sind die folgenden Lebensbereiche: Schule, Familie, sozialer Kontakt zu anderen Kindern (=Andere Kinder), Alleine, körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit (=Nerven/Laune), Globaleinschätzung (=Alles zusammen).

Bereich „Schule“

Bereits im Grundschulalter stellt sich die Schule als Stressfaktor dar, der die Lebensqualität beeinflussen kann. Dabei können eine abnehmende Befindlichkeit im Lebensraum Schule und beständige Leistungsmisserfolge das Selbstwertgefühl mindern. Aufgrund der Tatsache, dass Probleme im Grundschulalter hauptsächlich psychischer Natur sind, steht die Stärkung des Selbstwertgefühles und damit des Wohlbefindens im Vordergrund (Wiesmann et al., 2004).

Bereits 1989 konnte in einer Studie mit 517 Jugendlichen im Alter von 9 bis 19 Jahren gezeigt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und von Kindern wahrgenommenen Aufsicht bzw. Kontrolle an der Schule besteht (Adelmann et al., 1989).

Eine eingeschränkte Lebensqualität im schulischen Lebensbereich resultiert in einer Untersuchung an 160 Schülern dabei auch aus einer schlechten Einstellung gegenüber den Lehrern und der Schule (Huebner et al., 2000).

Zusätzlich ist die Lebensqualität von Kindern den Darstellungen in einer Übersichtsarbeit von Huebner et al. (2004) zufolge in hohem Maße vom Verhalten an bzw. gegenüber der Schule, sowie von den Erfahrungen im schulischen Bereich abhängig.

Zusammenfassend sagen Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) aus, dass der schulische Bereich (Skalenbereich „Schule“) verglichen mit anderen Lebensbereichen von den Kindern und Jugendlichen am schlechtesten eingestuft wurde. Zusätzlich wurden Alters- und Geschlechtseffekte deutlich, da ältere Kinder bzw. Jugendliche (13-16 Jahre) dieses Item schlechter bewerteten als jüngere Kinder und Jungen generell schlechtere Angaben machten als Mädchen.

Dies geht in Einklang mit den Ergebnissen von Gilligan und Huebner aus dem gleichen Jahr. Es konnte gezeigt werden, dass Eltern von Schülern der Klassen 9 bis 12, die einen Eltern-Rating-Bogen mit einer Antwortskala von 1 bis 5 (sehr schlecht bis sehr gut) vorgelegt bekamen, den Bereich Schule mit einem Mittelwert von 3,41 (Standardabweichung = 0,90) bei ihren Kindern am schlechtesten einschätzten (Gilligan & Huebner, 2000).

Bereich „Familie“

Die hohe Abhängigkeit der Lebensqualität von der familiären Bindung des Kindes konnte in verschiedenen Studien mit französischen und australischen Kindern eindrucksvoll gezeigt werden (Sastre & Ferriere, 2000; Shek, 1997).

Die von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) mit Hilfe des KINDL-Fragebogens (revidierte Form) erhobenen Angaben von 899 Eltern mit Kindern zwischen 4 und 17 Jahren, unterstreichen ebenfalls die Wichtigkeit des Skalenbereiches „Familie“. Von allen Bereichen werden hier die besten Werte erzielt (MW = 79,38, SD = 17,75 auf Skala von 0 bis 100). Eine Ausnahme stellen lediglich die 13 bis 16-jährigen Mädchen dar, bei denen der Bereich „Familie“ nur noch an dritter Stelle nach „psychisches Wohlbefinden“ und „Freunde“ rangiert. Auch Huebner (1991b) stellte darüber hinaus-

gehend fest, dass die Beziehung zwischen Eltern und Kindern stärker mit der Lebensqualität korreliert als das Verhältnis der Kinder zu Gleichaltrigen.

Auch die Familienstruktur wurde als korrelierende Einflussgröße auf die emotionale Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen erkannt. So konnte in einer englischen Studie mit 5075 Elternangaben (Alter der Kinder/Jugendlichen: 4 bis 15 Jahre) von McMunn et al. (2001) gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche von allein erziehenden Müttern zwei bis dreimal so viele Probleme hatten wie Kinder, die von ihren beiden biologischen Elternteilen aufgezogen werden. Bei Kindern, die mit ihrem allein erziehenden Vater leben, zeigten sich bei McMunn et al. (2001) keine signifikanten Einschränkungen der Lebensqualität.

Demo und Acock sind der Ansicht, dass die Familienstruktur eine eher untergeordnete Rolle spielt. Viel stärker beeinflusst ein schlechtes Mutter-Kind-Verhältnis die Lebensqualität der Kinder in negativer Weise (Demo & Acock, 1996). Ähnlich argumentieren Petito und Cummins in ihrer Untersuchung mit Eltern von Kindern zwischen 12 und 17 Jahren (N=279), dass der Erziehungsstil in starker Abhängigkeit von der Lebensqualität der Kinder zu sehen ist. Ein autoritativer Erziehungsstil, informelle und monetäre Unterstützungen sowie eine generelle Hinwendung zu den Kindern kann mit einer Steigerung der Lebensqualität der Kinder assoziiert werden (Petito & Cummins, 2000).

Van Wel et al. (1999) unterstreichen in ihrer Untersuchung an 12- bis 24-Jährigen (N=1688) die Schlüsselposition der kindlichen Bindung zu den Eltern, wenn es um die Lebensqualität und die Leistung ihrer Kinder geht: dies reicht von der Entwicklung der kindlichen Identität über das positive Selbstbild, die Lebenszufriedenheit, bis hin zur sozialen Kompetenz.

Die Abhängigkeit der Bindung zwischen Kindern und Eltern vom Geschlecht (Kenny, 1994; Ryan & Lynch, 1989; Windle & Miller-Trutzauer, 1992) und vom Alter (Van Wel, 2000) wird kontrovers diskutiert, lässt aber zusätzlich vermuten, dass auch Geschlechts- und Alterseffekte bezüglich der Lebensqualität im Lebensbereich Familie bestehen.

Bereich „sozialer Kontakt zu anderen Kindern“

Insgesamt fällt bei Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) ein Alterseffekt auf, da vor allem in der Pubertät bei den Jungen der Bereich „Freunde“ an Bedeutung für die Lebensqualität zunimmt (Alter: 8 bis 16 Jahre, N=1501)

Gilman und Meyers (2004) zeigten in ihrer Untersuchung an 321 amerikanischen Schülern der Klassen 9 bis 12, dass die Zunahme an Lebensqualität von schulischen auch von außerschulischen Aktivitäten mit anderen gleichaltrigen Kindern beeinflusst wird. Vor allem die Bereitschaft der Kinder, sich in Sportvereinen oder sonstigen Organisationen zu engagieren, steigert bei Kindern nachhaltig die Lebensqualität. (Gilman, 2001).

Überdies konnten Gilligan und Huebner (2000) in ihrer Studie an 266 amerikanischen Neunt- bis Zwölftklässlern einen höheren Einfluss von „gleichgeschlechtlichen Freundschaften“ auf die Lebensqualität nachweisen als dies bei „gegengeschlechtlichen Freundschaften“ der Fall war.

Bereich „Beschäftigung mit sich selbst“

In der Studie von Gilligan und Huebner (2000) wurde, wie oben bereits erwähnt, 266 Schülern der High-School der Fragebogen „Students´ Multidimensional Life Satisfaction Scale – Adolescent Version“ vorgelegt, um die Lebensqualität in verschiedenen Bereichen zu bestimmen. Unter anderem wurde auch der Bereich abgefragt, der in der Studie mit „Self domains“ bezeichnet wird. Hier wird allerdings der Jugendliche lediglich zur Einstellung sich gegenüber befragt („Ich denke, ich sehe gut aus“, „Ich bin eine nette Person“) oder wie andere Personen über den Jugendlichen denken („Die meisten Menschen mögen mich“). Die Auswertungsergebnisse machen deutlich, dass sowohl die Jugendlichen selbst als auch deren Eltern diesen Bereich nach den Bereichen „gleichgeschlechtliche Freunde“, „Familie“, „gegengeschlechtliche Freunde“ und „Umfeld“ am zufriedensten bewerteten.

Ebenso wurde in einer Untersuchung von Schmeck und Poustka (1997) deutlich, dass auch hier der Funktionsbereich „Dinge für sich regeln können“ mit am besten abschneidet. Die Ergebnisse in der Untersuchung von Gilman et al. (2000) weisen darauf hin, dass der Bereich „Self“ von 321 Schülern der 9. bis 12. Klasse am besten

beurteilt wird. Allerdings wurde dieser Bereich aus mehreren Unterbereichen zum Bereich „Self“ zusammengefasst und beschäftigt sich eher mit den Fragen, wie sehr sich die betreffende Person selbst mag bzw. andere Personen sie mögen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass dieser Lebensbereich nach dem familiären Bereich und dem Kontakt zu anderen Kindern stark die Gesamtzufriedenheit der Kinder beeinflusst (vgl. Gilligan & Huebner, 2000).

Bereich „körperliche Gesundheit“

Das „körperliches Wohlbefinden“ zeigte in einer Studie von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) Alterseffekte dahingehend, dass sich vor allem Mädchen zwischen 13 und 16 Jahren einer eher mittelmäßigen Gesundheit erfreuen.

Die Auswertung der 264 Fragebögen von 12- bis 18-jährigen Jugendlichen in der Studie von Gullone und Cummins (1999) verdeutlicht, dass die Gesundheit und die Lebensqualität mit einem Wert von 0,62 korreliert und der durchschnittliche Wert auf einer Likert-Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) 3,96 beträgt. Allerdings fällt in dieser Studie auf, dass die Mädchen geringfügig (MW=3,74) besser abschneiden als die Jungen (MW=3,72). Hier wird die Gesundheit bei den 12- bis 14-Jährigen noch besser eingeschätzt wird als bei den 15- bis 18-Jährigen (vgl. Tabelle 2.4.1).

Tab. 2.4.1: Darstellung der Gesundheitseinschätzung bei Gullone und Cummins (1999) Abhängigkeit vom Alter:

Alter	Item Gesundheit*
12-14 Jahre	2,12
15-18 Jahre	2,36

* Likert-Skala umgerechnet in 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht

In der gleichen Studie von Gullone und Cummins (1999) wurde dargestellt, dass Jugendliche, obwohl diese objektiv gesünder als Erwachsene sind, nicht generell auch bessere Angaben im Bereich der Gesundheit machten. Herschbach (2002) spricht dabei vom sogenannten „Zufriedenheits- bzw. Wohlbefindlichkeitsparadoxon“.

Bereich der „psychischen Gesundheit“

Nieder und Seiffge-Krenke (2001) beschrieben in ihrer Darstellung „Psychosoziale Determinanten depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter“ das Jugendalter als eine Phase, in der physische und kognitive Veränderungen simultan zu Veränderungen im Freundschaftssystem, den sozialen Rollenerwartungen, bei Schulwechselln und zu Veränderungen innerhalb der familiären Beziehungen einhergehen. Diese Lebensphase bewältigen die meisten Jugendlichen ohne größere Probleme, für einige bedeuten derartige Veränderungen aber psychosozialen Stress, der zu psychopathologischen Auffälligkeiten führen kann.

In der Untersuchung von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) wurde der allgemeine Trend bestätigt, dass sich psychische Probleme bei den Jungen eher im Grundschulalter, bei den Mädchen eher im Rahmen der Pubertät manifestieren.

Bereich „Globaleinschätzung der Lebensqualität“

Nach McMunn et al. (2001) hat die psychologische Zufriedenheit der Eltern in England einen ganz entscheidenden Einfluss auf die psychologische Lebensqualität der Kinder. (siehe oben; Studie mit 5075 Elternangaben von Kindern im Alter zwischen 4 und 15 Jahren). Hier besteht im Rahmen der Einbindung in das soziale Umfeld der Trend, dass Jugendliche im Laufe der Pubertät die Gesamtzufriedenheit umso schlechter einschätzen, je älter sie werden. Bestätigt wird diese Entwicklung auch durch die Ergebnisse von Petito und Cummins (2000), die den möglichen Lebensqualitätsverlust in der Pubertät mit erhöhtem schulischem Druck, einer Unsicherheit auf dem Arbeitsmarkt und einem ungewissen Karrierestart erklären.

Insgesamt führt dies nach Greenberger und Chen (1996) zu einer depressiven inneren Stimmung, die den entscheidenden negativen Einfluss auf das Wohlbefinden hat. Auch die hormonellen Umstellungen, die der Körper eines pubertierenden Jugendlichen durchzumachen hat, tragen zu dieser depressiven Haltung bei (Susman et al., 1991). Im Gegensatz zu den angeführten Studien sieht Huebner (1991b) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und der Gesamt- Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Ebenso zeigte auch das Geschlecht der Kinder, der Familienstatus der Eltern (verheiratet, geschieden usw.) und der Beschäftigungs-Status der Eltern keinen Einfluss auf die Gesamt-Lebensqualität.

2.5 Lebensqualität bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

2.5.1 Allgemeines

In ersten Untersuchungen aus der eigenen Arbeitsgruppe wird die Hypothese bestätigt, wonach psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mehr Einschränkungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen als gesunde Gleichaltrige. Dabei zeigen sich besonders zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern und Jugendlichen im sozialen und schulischen Bereich deutliche Unterschiede (Kaestner, 2000; Franke, 2003).

Im vorliegenden Kapitel wird ausschließlich der Vergleich der Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern und gesunden Kindern dargestellt. Wie eingangs bei der Literaturrecherche beschrieben, konnten hierzu lediglich 8 Studien gefunden werden. Aufgrund dieser geringen Studienanzahl wird abweichend von den im Anhang dargestellten Ausschlusskriterien (vgl. Anhang E), wonach nur Studien aus Europa, Nordamerika/Kanada und Australien zugelassen wurden, eine Untersuchung aus Thailand (Pongwilairat et al., 2005) zu weiteren Vergleichen herangezogen.

Alle Studien werden zunächst in einer tabellarischen Übersicht zusammengefasst dargestellt (vgl. Tabelle 2.5.1).

Anschließend erfolgt die genaue Beschreibung dieser Studien, wobei wir uns an der Art der psychischen Störungen orientieren: Zunächst werden die Studien dargestellt, die sich mit allgemeinen psychischen Erkrankungen befassen und bei denen eine weitere diagnostische Differenzierung ausbleibt (vgl. Kapitel 2.5.2).

Danach werden die Studien beschrieben, die sich differenziert mit extroversiven Störungen (überwiegend aggressiv-ausagierende Syndrome, vgl. Kapitel 2.5.3) und introversiven Störungen (überwiegend ängstlich-depressive Syndrome, vgl. Kapitel 2.5.4) befassen.

Es muss allerdings im Vorfeld kritisch angemerkt werden, dass die in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Lebensbereiche nicht immer vollständig deckungsgleich sind (vgl. Anhang E). Es wurde jedoch versucht, die Lebensbereiche sinngemäß zusammenzufassen und in Analogie zum ILK zu stellen, um sie entsprechend besser vergleichen zu können (vgl. Kapitel 7).

Tab. 2.5.1: Überblick über die 8 Untersuchungen aus der wiss. Literatur, die die Lebensqualität von psychisch erkrankten und gesunden Kindern vergleichen

Studie	Fragebogen	Kontrollart bzw. Kontrollfaktoren	Angabe von (Selbst-/Fremdbeurteilung)	N insgesamt=	Studienart: Klinisch/epidemiologisch, rec./ref**	Gruppen (N=) Vergleiche	Alter (MW), Range (Von.. bis.. Jahre)	Ergebnisse	
								Elternangaben/Probleme	Kinderangaben/Probleme
Escobar et al. (2005), Spanien	CHQ-PF50 (1)	Matching (Alter, Geschlecht)	Eltern	337	Klinisch, ref.	ADHD (N=124), Asthma (N=93), Gesunde (N=120); <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich I: ADHD vs. gesund • Vergleich II: ADHD vs. Asthma 	MW: ADHD: 9,0 ; Gesunde/ Asthma: 9,3 Range insg: 6-12	Kinder mit ADHD versch. Bereichen schlechter als Gesunde: v.a.: familiäre Aktivitäten, Einschränkungen des Kindes durch physische Gesundheit, emotionales Verhalten der Eltern	-
Klassen et al. (2004), Canada	CHQ-PF50 (1)	Keine Kontrolle	Eltern	131 (nur psychisch Krank)	Klinisch, ref.	ADHD (Untergruppen: kombinierter Typ: N=88, unaufmerksamer Typ: N=35, hyperaktiver Typ: N=2, nicht anders spezifizierbar: N=6), Gesunde: kein N; <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich I: psychisch gesund vs. ADHD, • weitere Vergleiche nach Schweregrad/Komorbidität 	MW=10,0 für die Kinder mit ADHD, Range: 6-17	ADHD schlechter als Gesunde: psychosoziale Gesundheit, familiäre Aktivitäten/Bezieh., zeitlich und emotionale Einschränkungen der Eltern durch Krankheit der Kinder	-

<p>Sawyer et al. (2002), Australien</p>	<p>CHQ-PF50 (1)</p>	<p>Varianzanalyse (Alter, Geschl., Fam.strukt., körperl. Gesundheit)*</p>	<p>Eltern</p>	<p>3597</p>	<p>Epidemiologisch, rec.</p>	<p>Allgemein psychisch. Erkrankte (N=314); ADHD (N=308), Depression (N=53), Störung des Sozialverhaltens (N=35), Gesunde (N=2507 bzw. 2123), physisch Kranke (N=380)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich I: Diagnosegruppen vs. Gesunde • Vergleich II: Diagnosegruppen untereinander • Vergleich III: psych vs. physisch Kranke 	<p>MW: gesund. 11,6 Depres.: 13,6 Verhalt.: 10,7 ADHD: 10; Range: 6-17; Phys./psych. Kranke: keine Angaben</p>	<p>Diagnosegruppen und allgemein psychisch Kranke generell schlechter als Gesunde, v.a.: psychische Gesundheit, Familienaktivitäten, emotionale Einschränkungen der Eltern</p>	<p>-</p>
<p>Sawyer et al. (2001), Australien</p>	<p>CHQ-PF50 (1)</p>	<p>Varianzanalyse (Alter, Fam. Strukt., Einkommen, elterliches Beschäftig. verhältnis/ Bildung)</p>	<p>Kinder, Eltern</p>	<p>3255</p>	<p>Epidemiologisch, rec., Einteilung nach CBCL,</p>	<p>Depressionen, ADHD, Störung des Sozialverhaltens, Gesunde Keine Vergleiche nach Diagnosegruppen getrennt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich: gesund (N=2430) vs. psych. krank (N=460) vs. unterhalb des klinischen Scores (=subthreshold, N=365) 	<p>MW: keine Angabe; Range: 4-17</p>	<p>Psy. Kranke generell schlechter als Gesunde: Einschränkung des Kindes durch emotionale Probleme, Familienaktivitäten, psychische Gesundheit, Einschränkungen der Eltern</p>	<p>-</p>

<p>Patrick et al. (2002), USA</p>	<p>YQOL-R (2)</p>	<p>Parallelisierung (Alter, Geschlecht, teilweise depressive Symptomatik)</p>	<p>Kinder</p>	<p>236</p>	<p>Klinisch, ref.</p>	<p>ADHD (N=68), körperliche Behinderung (N=52), gesunde (N=116);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich I: gesund vs. ADHD • Vergleich II: ADHD vs. körperl. Behinderung 	<p>MW keine Angabe; Range gesamt: 12-18, Range bei Vergl. I: 12-14 Vergl. II: 15-18</p>	<p>-</p>	<p>ADHD generell schlechter als Gesunde: v.a. psychischer Gesundheitszustand, soziale Beziehungen zu anderen Kindern</p>
<p>Pongwilairat et al. (2005), Thailand</p>	<p>PedsQLTM 4.0 (3)</p>	<p>Keine Kontrolle</p>	<p>Kinder, Eltern</p>	<p>140</p>	<p>Klinisch, ref.</p>	<p>ADHD (N=46), Gesunde (N=94);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich: ADHD vs. gesund 	<p>MW=10,1; Range: 8-12</p>	<p>ADHD generell schlechter als Gesunde, v.a. emotionaler Gesundheitszustand, soziale Kontakte mit anderen Kindern, schulischer Bereich =psychosoziale Einschätzung</p>	<p>ADHD generell schlechter als Gesunde, v.a.: emotionaler Gesundheitszustand, soziale Kontakte mit anderen Kindern, schulischer Bereich =psychosoziale Einschätzung</p>
<p>Bastisaansen et al. (2004b), Niederlande</p>	<p>PedsQLTM 4.0 (3)</p>	<p>Varianzanalyse (sozioök. Status, Alter, Geschlecht)</p>	<p>Kinder, Eltern,</p>	<p>310</p>	<p>Klinisch, ref.</p>	<p>ADHD (N=107), Stör. des Sozialverhaltens (N=29), Angstzustände(N=57), Entwicklungsstörung (N=28), Stimmungsschwankungen (N=29), andere psychische Störung (N=22), Gesunde (N=67)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergleich: einzelne Diagnosegruppen vs. Gesunde 	<p>MW=11,3; Range: 6-18</p>	<p>Diagnosegruppen generell schlechter als gesunde: v.a. psychosoziale Einschätzung: Schule, emotionaler Gesundheitszustand, Kontakt mit anderen Kindern</p>	<p>Diagnosegruppen generell schlechter als Gesunde: v.a. psychosoziale Einschätzung: Schule, emotionaler Gesundheitszustand, Kontakt mit anderen Kindern</p>

Bastiaansen et al. (2004a), Niederlande	PedsQL TM 4.0 (3)	Varianz-analyse (sozioök. Status, Alter, Geschlecht)	Kinder, Eltern	Kinder: N=343, Eltern: N=339	Klinisch, ref. (Kranke); rec. (Gesunde)	Psychisch erkrankte (eingeteilt nach Scale-Scores, keine genaueren Diagnosen) N=310, Gesunde N=74 • Vergleich: psychisch krank vs. psychisch gesund	MW: Kranke: 11,3; Range: 6-18, Gesunde: 12,1; Range: 7-18	Psychisch Kranke generell schlechter als Gesunde: Soziale Kontakte zu anderen Kindern, psychosoziale Einschätzung, emotionaler Gesundheitszustand, schulischer Bereich	Psychisch Kranke generell schlechter als Gesunde: Soziale Kontakte zu anderen Kindern, psychosoziale Einschätzung, emotionaler Gesundheitszustand, schulischer Bereich
------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------------------------------	----------------	------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Erklärungen zur Tabelle:

ADHD = Aufmerksamkeitsdefizit, Hyperkinetisches Syndrom

* falls signifikante Unterschiede vorhanden waren

** rec. = recruited= aus der Bevölkerung ausgewählte Kinder/Jugendliche

ref. = referred = in Klinik ausgewählte Kinder/Jugendliche

(1): CHQ=Child Health Questionnaire Child/Parent Version

(2): YQOL-R=Youth Quality of Life-Research Version

(3): PedsQL= Pediatric Inventory for the Quality of Life

Kontrollart:

1. Vergleich direkter paarweiser Zuordnung (=Matching)
2. Parallelisierung
3. Varianzanalyse
4. keine Kontrolle

2.5.2 Vergleich der Lebensqualität gesunder und psychisch erkrankter Kindern

In diesem Kapitel werden 3 Studien beschrieben, welche die Lebensqualität psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher denen gesunder Kinder und Jugendlicher direkt gegenüberstellen. Dabei werden die Erkrankungen nicht nach diagnostischen Kriterien differenziert. Es handelt sich um die folgenden 3 Studien.

1. Bastiaansen et al. (2004a)
2. Sawyer et al. (2001)
3. Sawyer et al. (2002)

In einigen Studien werden auch extroversive Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Lügen, Stehlen und Betrügen evaluiert. Sie bleiben aber in der vorliegenden Darstellung unbeachtet, da es sich nicht im eigentlichen Sinne um psychische Krankheiten handelt, die Einfluss auf die Lebensqualität nehmen.

Zu 1.: Untersuchung: Bastiaansen et al. (2004a)

Die Studie von Bastiaansen et al. (2004a) vergleicht die Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern (6 bis 18 Jahre) mit gesunden Kindern (7 bis 18 Jahre). Es wurde mit dem „PedsQL 4.0“ als Erhebungsinstrument verschiedene Lebensbereiche abgefragt (vgl. Anhang E). Dabei wurden Angaben von 0 (=immer Probleme) bis 100 (=nie Probleme) gemacht. Es wurden im Rahmen der Studien sowohl N=343 Kinderangaben (vgl. Tabelle 2.5.2) als auch N=339 Elternangaben (vgl. Tabelle 2.5.3) gesammelt. Hinsichtlich der Diagnosen bei den psychisch erkrankten Kindern werden wie bereits erwähnt keine genaueren Angaben gemacht. Mit dem weltweit gebräuchlichsten Fragebogenverfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von 6 bis 18 Jahren (CBCL = „Child Behaviour Checklist“) und dem YSR (=„Youth Self Report“) erfolgte lediglich eine Beurteilung der Problemstärke. Daraus wurde von Bastiaansen ein „Internalizing Score“ und ein „Externalizing Score“ gebildet, eine weitere Trennung der Erkrankungen wird anhand dieser Scores allerdings nicht angestellt.

Tab. 2.5.2: Kinderangaben: Vergleich der Lebensbereiche bei psychisch kranken und gesunden Kindern, aus: Bastiaansen et al. (2004a):

Kinderangaben, N=343, Erhebungsinstrument: PedsQL 4.0*	Psychisch kranke Gruppe MW (SD)	Psychisch gesunde Gruppe MW (SD)	Effektstärke**
Gesamtbeurteilung	72,2 (12,7)	84,2 (10,4)	-1,15
Psychosoziale Einschätzung	67,4 (14,7)	81,7 (12,1)	-1,18
Körperlicher Gesundheitszustand	81,2 (14,2)	88,8 (9,7)	-0,78
Emotionaler Gesundheitszustand	61,3 (19,5)	78,0 (17,3)	-0,97
Soziale Kontakte zu anderen Kindern	73,0 (20,4)	86,0 (13,4)	-0,97
Schulischer Bereich	67,9 (16,7)	81,4 (13,0)	-1,04

Alle Scores sind auf einem Niveau von $p < 0,001$ signifikant.

* Zur genaueren Darstellung und Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe E

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)
MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Tab. 2.5.3: Elternangaben: Vergleich der Lebensbereiche bei psychisch kranken und gesunden Kindern, aus: Bastiaansen et al. (2004a):

Elternangaben, N=339, Erhebungsinstrument: PedsQL 4.0*	Psychisch kranke Gruppe MW (SD)	Psychisch gesunde Gruppe MW (SD)	Effektstärke**
Gesamtbeurteilung	66,9 (14,0)	87,6 (11,0)	-1,88
Psychosoziale Einschätzung	59,9 (14,7)	84,6 (12,1)	-2,04
Körperlicher Gesundheitszustand	88,0 (14,2)	93,2 (9,7)	-0,54
Emotionaler Gesundheitszustand	54,4 (19,5)	81,1 (17,4)	-1,53
Soziale Kontakte zu anderen Kindern	63,3 (20,4)	90,3 (14,0)	-1,93
Schulischer Bereich	62,4 (16,7)	82,5 (16,3)	-1,23

Alle Scores sind auf einem Niveau von $p < 0,001$ signifikant.

* Zur genaueren Darstellung und Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)
MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

Auffällig an diesem Vergleich ist, dass die Elternangaben der psychisch erkrankten Kinder durchweg schlechter sind als die Kinderangaben bis auf den Bereich der körperlichen Gesundheit. Im Gegensatz dazu machten bei den gesunden Kindern die Eltern bessere Angaben als ihre Kinder. Das heißt, dass es den psychisch erkrankten Kindern tatsächlich gar nicht so schlecht geht, wie es die Eltern annehmen und dass die psychisch gesunden Kinder anscheinend doch etwas stärker in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind, als deren Eltern es denken.

Insgesamt kommen Bastiaansen et al. zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität der psychisch erkrankten Kinder in allen Bereichen schlechter eingeschätzt wird, als bei den gesunden Vergleichskindern. Dies ist in der Gesamtbeurteilung ersichtlich, spiegelt sich aber ebenso in den einzelnen Lebensbereichen wider.

Die Bereiche, die in der psychosozialen Einschätzung zusammengefasst werden („Psychosocial-health-summary-Score“), nämlich der emotionale Gesundheitszustand („Emotional functioning“), der Kontakt mit anderen Kindern („Social functioning“) und der schulische Bereich („School functioning“) werden sowohl von den Eltern als auch von den erkrankten Kindern selbst schlechter eingeschätzt als in der gesunden Vergleichsgruppe. Die geringsten Unterschiede zwischen den psychisch kranken und gesunden Kindern zeigten sich hinsichtlich der physischen Gesundheit („Physical functioning“).

Alle Unterschiede waren auf dem Niveau von $p < .001$ höchst signifikant und können auch hinsichtlich der Effektstärken als bedeutsam angesehen werden.

Zu 2.: Untersuchung: Sawyer et al. (2001)

In einer Studie aus dem Jahre 2001 von Sawyer et al. wurde die Lebensqualität bei $N=460$ psychisch erkrankten Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivität, Depressionen oder Verhaltensstörungen mit den Angaben einer gesunden Kontrollgruppe verglichen. Als Erhebungsinstrument für die Lebensqualität diente der „CHQ-PF50“ (vgl. Anhang E), mit dem Elternangaben gesammelt wurden. Die Kinder waren in einem Alter zwischen 4 und 17 Jahren.

Zur Einteilung der erkrankten Kinder in verschiedene Gruppen wurde ebenfalls das oben dargestellte Fragebogenverfahren „CBCL“ herangezogen, wobei Sawyer et al. im Gegensatz zu Bastiaansen et al. (2004a) die folgenden drei Gruppen bildeten:

- nicht klinische Gruppe („non-clinical“)
- klinische Gruppe („clinical“)
- Gruppe, deren Werte noch unterhalb der klinischen Schwelle lagen („subthreshold“)

Im Folgenden werden nur die Vergleiche der klinischen Gruppe („clinical“) mit den gesunden Kontrollgruppe („non-clinical“) dargestellt. Die Gruppe, deren Werte unterhalb der klinischen Schwelle lagen („subthreshold“), soll hier keine weitere Beachtung finden. Obwohl external gestörte Kinder (ADHS und Störungen des Sozialverhaltens) und internal gestörte Kinder (Depressionen) innerhalb der klinischen Gruppe vertreten waren, unterbleibt hier eine Aufschlüsselung nach Diagnosen.

Generell wurde festgestellt, dass die Lebensqualität der psychisch erkrankten Kinder in allen Bereichen schlechter eingeschätzt wurde als die der gesunden Kinder. Die Bereiche, welche sich eher auf die körperliche Gesundheit beziehen, werden nicht so schlecht eingeschätzt wie die emotionalen und familiären Bereiche:

Am schlechtesten wurde die Lebensqualität der Kinder mit extroversiven Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Lügen, Stehlen und Betrügen („Behaviour“ hier „Behavioural problems“ genannt) eingeschätzt, auf die aber hier nicht weiter eingegangen wird.

Zusätzlich empfanden die Eltern zeitliche („Time impact on parent“) und emotionale Einschränkungen („Emotional impact on parent“) durch die Krankheit der Kinder.

Diese Ergebnisse sind zusätzlich in Tabelle 2.5.4 mit den entsprechenden Effektstärken dargestellt.

Tab. 2.5.4: Gegenüberstellung der Elternangaben bei psychisch gesunden und psychisch erkrankten Kindern nach Lebensbereichen geordnet (Sawyer et al., 2001):

Elternangaben, Erhebungsinstrument: CHQ*	Psychisch Erkrankte („clinical“) (N=460)	Psychisch Gesunde („non-clinical“) (N=2430)		Effekt- stärke **
	MW	MW	SD	
allgemeine körperliche Gesundheitswahrnehmung („General health perceptions“)	67,0	79,0	14,9	-0,81
Intensität und Häufigkeit allgemeiner Schmerzen und Unbehagen („Bodily pain/discomfort“)	79,4	89,2	15,8	-0,62
psychische Gesundheit (=„Mental health“, hier „Emotional problems“ genannt)	70,7	87,5	8,5	-1,98
Selbstwertgefühl („Self esteem“)	65,4	85,1	15,8	-1,25
Extrovertierte Verhaltensauffälligkeiten wie Stehlen, Lügen usw. („Behavior“)	58,3	87,7	10,2	-2,88
Einschränkung des Kindes durch emotionale Probleme (“Role/social emotional-behavioral”)	79,0	97,8	10,5	-1,70
Familienaktivitäten („Family activities“)	64,5	92,8	11,8	-2,40
Physische Funktionsfähigkeit (hier „Physical activities“ genannt)	90,1	96,2	13,7	-0,45
Einschränkungen des Kindes durch gesundheitliche Probleme (“Role/social-physical “)	89,4	97,1	12,9	-0,60
Zeitliche Einschränkungen der Eltern (“Time impact on parent”)	74,8	96,3	10,7	-2,01
Emotionale Einschränkungen der Eltern („Emotional impact on parent“)	57,8	89,2	14,9	-2,11

Alle Scores sind auf einem Niveau von $p < 0,0001$ signifikant.

* Zur genaueren Darstellung und Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken)

Zu 3.: Untersuchung: Sawyer et al. (2002)

In einer Folgestudie von Sawyer et al. (2002) wurden wiederum Angaben zur Lebensqualität psychisch kranker und psychisch gesunder Kinder verglichen. Wie bereits ein Jahr zuvor (siehe 2.) handelte es sich bei den psychischen Störungen um Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivität (N=308), Depressionen (N=53) und Verhaltensstörungen (N=35). Gegenstand der hier angeführten Ergebnisse sind die erneuten Vergleiche der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen (ohne Diagnoseaufschlüsselung) mit den Gesunden. Neu sind in dieser Studie getrennte Vergleiche zwischen gesunden Kindern und Kindern mit ADHD beziehungsweise zwischen gesunden Kindern und Kindern mit Verhaltensstörungen (vgl. Kapitel 2.5.3). Zusätzlich wird auch die Lebensqualität der Kinder mit internalisierenden Störungen (Depressionen) mit der von gesunden Kindern verglichen (vgl. Kapitel 2.5.4).

Auf die außerdem in dieser Studie gezogenen Vergleiche zwischen Kindern mit psychischen Erkrankungen und Kindern mit physischen Beeinträchtigungen wird hier nicht näher eingegangen.

Bei der Gewinnung der Daten diente wieder der „CHQ-PF50“ als Erhebungsinstrument für die Elternangaben.

Auch in dieser Vergleichsstudie konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern in allen Lebensbereichen signifikant schlechter bewertet wurde. Eine Ausnahme bildete die physische Funktionsfähigkeit („Physical activities“), wo die Unterschiede nicht signifikant waren (vgl. Tabelle 2.5.5).

Am schlechtesten wurden die *familiären Aktivitäten* („Family activities“) und das *Selbstwertgefühl* („Self esteem“) bewertet. Ebenso problematisch wurden erneut die extroversiven Verhaltensauffälligkeiten eingeschätzt, auf die aber auch hier nicht weiter eingegangen wird.

Allgemein betrachtet machen zwar die genannten Bereiche bei psychisch kranken Kindern durchweg Probleme, allerdings stellen sich die emotionalen bzw. verhaltensbasierten Bereiche („Mental health“, „Self esteem“, „Role/social limitations of emotional and behavioural difficulties“) problematischer dar als die physischen Bereiche. Leider liegen hier keine Summenscores vor („Physical health summary score“ bzw. „Psychosocial health summary score“), die diese These unterstreichen würden.

Stand der Forschung

Tab. 2.5.5: Gegenüberstellung der Elternangaben bei psychisch gesunden und psychisch erkrankten Kindern nach Lebensbereichen geordnet (Sawyer et al., 2002):

Elternangaben, Erhebungsinstrument: CHQ*	Psychisch Erkrankte („mental disorder“) (N=313)	Psychisch Gesunde („No mental disorder“) (N=2123)		Effekt- stärke **
	MW	MW	SD	
Physischer Gesundheitszustand allgemein („General health perceptions“)	75,4	79,7	14,5	-0,30
Intensität und Häufigkeit allgemeiner Schmerzen und Unbehagen („Bodily pain/discomfort“)	84,9	90,1	14,2	-0,37
Psychischer Gesundheitszustand („Mental health“, hier „Emotional problems“ genannt)	79,1	87,0	8,8	-0,90
Selbstwertgefühl („Self esteem“)	72,5	84,5	16,1	-0,75
Extroversive Verhaltensauffälligkeiten, wie Stehlen, Lügen usw. („Behavior“)	67,7	87,3	10,5	-1,87
Einschränkung des Kindes durch emotionale Probleme (“Role/social emotional-behavioral”)	86,8	97,5	10,9	-0,98
Familienaktivitäten („Family activities“)	75,2	92,2	12,1	-1,40
Körperlicher Gesundheitszustand („Physical functioning“, hier „Physical activities“ genannt)	95,1	96,6	13,4	-0,11***
Einschränkungen des Kindes durch gesundheitliche Probleme (“Role/social-physical“)	94,6	97,7	11,4	-0,27
Zeitliche Einschränkungen der Eltern (“Time impact on parent”)	83,7	96,5	10,6	-1,21
Emotionale Einschränkungen der Eltern („Emotional impact on parent“)	68,5	89,4	14,7	-1,42

Alle Scores sind auf einem Niveau von $p < 0,001$ signifikant.

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken)

*** nicht signifikant

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung

2.5.3 Vergleich zwischen gesunden Kindern und Kindern mit extroversiven Störungen

a) Allgemeines

Die Gruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher lässt sich in die beiden großen Subgruppen der *internalen Störungen* (mit überwiegend ängstlich-depressiven Syndromen) und der *externalen Störungen* (mit überwiegend aggressiv-ausagierenden Syndromen) unterteilen.

Ihle und Esser (2002) stellten fest, dass bei Jungen höhere Raten externalisierender Störungen vorliegen, während Mädchen höhere Raten bei Eßstörungen und psychosomatischen Störungen aufwiesen. Ein differenzierteres Bild zeigte sich bei den internalisierenden Störungen: Während depressive Störungen ab dem späten Jugendalter doppelt so häufig beim weiblichen Geschlecht vorkamen, traten diese im Grundschulalter häufiger bei Jungen auf (Alsaker & Bütikofer, 2005; Narring et al., 2004; Groen & Petermann, 2005; Harrington, 1993).

Die Kombination von subjektiven mit objektiven Indikatoren führt besonders beim geschlechtsspezifischen Vergleich der Lebensqualität zu differenzierten Ergebnissen: so wird zum Beispiel die Zufriedenheit von in unterschiedlichen Lebensabschnitte psychotherapeutisch behandelten Mädchen im Vergleich zu den Jungen ganz anders wahrgenommen. Nieder und Seiffge-Krenke (2001) konnten in einem geschlechtsspezifischen Vergleich psychosozialer Determinanten bei depressiven Symptomen im Jugendalter zeigen, dass die depressive Symptomatik männlicher Jugendlicher vornehmlich vom depressiven Niveau früherer Lebensabschnitte abhängt, während die depressive Belastung der weiblichen Jugendlichen besser durch psychosoziale Faktoren vorhergesagt werden kann. Hierzu zählen bei den Mädchen vor allem die positiven Eigenschaften des sozialen Netzes, bei den Jungen wirkt die soziale Umgebung primär als Stressor.

In diesem Kapitel sollen nun die Vergleiche zwischen gesunden Kindern und external erkrankten Kindern aus der wissenschaftlichen Literatur vorgestellt werden, wobei unter dem Oberbegriff „externale Störungen“ häufig folgende diagnostische Gruppen zusammengefasst werden (Definitionen nach Remschmidt et al., 2001):

- „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom/Hyperkinetisches Syndrom“ (ADS/HKS = ADHD, ICD-10: F90.0): Diese Störung ist charakterisiert durch einen frühen Beginn (meist in den ersten fünf Lebensjahren), eine Kombination eines Mangels an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen und einer Tendenz von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität.
- „Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F91 und F92): charakterisiert durch ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit teilweise größten Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen (F91), eventuell zusätzlich kombiniert mit offensichtlichen und deutlichen Symptome von Depression, Angst oder sonstigen emotionalen Störungen (F92).

In der oben bereits dargestellten Arbeit von Sawyer et al. (2001) wurde die psychische Verfassung australischer Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 4 und 17 Jahren untersucht (vgl. Kapitel 2.5.2). Wie bereits erläutert, wurden die Kinder mit der CBCL (=„Child Behavior Checklist“) anhand der Intensität ihrer Problemen einem „Externalizing-Scale“ oder einem „Internalizing-Scale“ zugeordnet. Dabei stellte sich heraus, dass ca. 13 % aller Kinder und Jugendlichen internale oder externale Verhaltensstörungen zeigten (vgl. Tabelle 2.5.6).

Tab. 2.5.6: geschlechtsspezifischer Vergleich der Häufigkeit bei internalen und externalen psychischen Erkrankungen 4-17 jähriger Kinder/Jugendlicher nach Sawyer et al. (2001):

CBCL-Scale: Problembereich	Gesamt (N=4083) in %	Weiblich (N=2001) in %	Männlich (N=2082) in %
Internal	12,9	12,9	12,9
External	12,8	11,1	14,5

McKnight und Huebner (2002) stellten die Hypothese auf, dass Kinder mit schwerwiegenden Lebensereignissen (=„Stressful Life Events“ = SLE, z.B. Tod eines Angehörigen) deutlich mehr internale oder externale Problem zeigen als gesunde Kinder. Zusätzlich wird hier ausgesagt, dass ein geringerer Zusammenhang zwischen

SLEs und Verhaltensproblemen für Kinder mit höherer Lebenszufriedenheit besteht als für Kinder mit niedriger Lebenszufriedenheit.

Interessant sind die Ergebnisse von Schubert et al. (2003), die sowohl den Eltern, als auch ihren psychisch erkrankten Kindern das ILK (=Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) vorlegten. Die Mütter schätzten die Lebensqualität ihrer Kinder mit Störungen der Aktivität/Aufmerksamkeit bzw. Störungen des Sozialverhaltens in nahezu allen Bereichen am schlechtesten ein, im Gegensatz zu den Patienten selbst. Bei den externalen Störungen scheint das Problem also eher von der Umwelt als beeinträchtigt wahrgenommen zu werden. Nicht das Problem an sich, sondern dessen Bewertung gibt offenbar den entscheidenden Ausschlag für die subjektive Lebensqualität.

b) Ergebnisse der Vergleiche von gesunden und external erkrankten Kindern

Anhand der Tabelle 2.5.1 ließen sich bei der Literaturrecherche sechs Studien finden, in denen die Lebensqualität extroversiv gestörter Kinder und Jugendlicher mit der von gesunden Kindern und Jugendlichen verglichen wird:

1. Escobar et al. (2005)
2. Klassen et al. (2004)
3. Patrick et al. (2002)
4. Bastisaansen et al. (2004b)
5. Sawyer et al. (2002)
6. Pongwilairat et al. (2005)

Diese Untersuchungen vergleichen alle die Lebensqualität psychisch gesunder Kinder mit Kindern, die an Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (=„ADHD“) leiden, mit geringen Abwandlungen in den Studien zu 4. und 5. Dabei wird in der Arbeit von Bastisaansen et al. (2004b) die Diagnose „ADHD“ zusätzlich mit der Diagnose „Verhaltensstörung“ kombiniert und in einer gemeinsamen Kategorie mit den gesunden Kindern verglichen. In der Untersuchung von Sawyer et al. (2002) wird die

Diagnose „Verhaltensstörung“ zusätzlich neben „ADHD“ als eigene Kategorie betrachtet.

Diese sechs Untersuchungen sollen im Folgenden genauer dargestellt werden.

Auf die in einigen Studien dargestellte extroversiven Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Lügen, Stehlen und Betrügen wird in der vorliegenden Darstellung nicht weiter eingegangen, da sie keinen Bereich abfragen, der speziell auf die Lebensqualität abzielt (siehe oben).

Zu 1.: Untersuchung: Escobar et al. (2005)

In der Studie von Escobar et al. (2005) wird die Lebensqualität von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit bzw. Hyperaktivität (=ADHD) mit der von psychisch gesunden oder asthmatischen Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren verglichen.

Mit dem „CHQ-PF50“ (vgl. Anhang E) wurden Elternangaben zur Lebensqualität ihrer Kinder erhoben. Allgemein kamen Escobar et al. zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität der Kinder mit ADHD für die meisten Lebensbereiche schlechter bewertet wurde als bei den nach Geschlecht und Alter gematchten gesunden Kindern.

Auffällig ist der große statistisch signifikante Unterschied der Lebensqualität bei im Bereich *„Einschränkungen der Kinder durch gesundheitliche Probleme bei schulischen Aktivitäten und Aktivitäten mit Freunden“* (=„Role/social limitations-physical“). Demgegenüber zeigen sich bei den übrigen Scores keine signifikanten Unterschiede, die die physische Gesundheit des erkrankten Kindes betreffen: der körperliche Gesundheitszustand (=„Physical functioning“) und die Intensität und Häufigkeit von allgemeinen Schmerzen und körperliche Beschwerden (=„Bodily pain/discomfort“). Ebenfalls nicht signifikante Unterschiede ergaben sich in der allgemeinen körperlichen Gesundheitswahrnehmung (=„Global health perceptions“). Bei der psychischen Gesundheit (=„Mental health“) und beim Selbstvertrauen (=„Self esteem“) wurden weitere signifikante Unterschiede festgestellt. Ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede und damit mehr Probleme hatten die erkrankten Kinder mit ihrem *psychosozialen Gesundheitszustand* (=„Psychosocial summary score“): vor allem bei den *Einschränkungen des Kindes durch emotionale Probleme und*

Verhaltensschwierigkeiten bei schulischen Aktivitäten und Aktivitäten mit Freunden (=„Role/social limitations emotional-behavioral“). Auch fallen die Unterschiede bei den extroversiven Verhaltensauffälligkeiten der erkrankten Kinder auf (=„Behavior“)

Im familiären Bereich machten vor allem die *familiären Aktivitäten* (=„Family activities“), und *emotionale Probleme der Eltern* durch die Erkrankung des Kindes (=„Emotional impact on parent“) Probleme, wohingegen die innerfamiliären Beziehungen (=„Familiar cohesion“) eher weniger auffällig sind.

Die Effektstärken in Tabelle 2.5.7 verdeutlichen diese Unterschiede noch einmal entsprechend.

Zusammenfassend machen vorwiegend die Bereiche Probleme, die den **psychischen Gesundheitszustand** erfassen. Teilweise ist auch der **familiäre Bereich** problembelastet.

Tab. 2.5.7: Effektstärkenberechnung und Darstellung der verschiedenen Lebensbereiche beim Vergleich gesunder Kinder und Kinder mit ADHD nach Escobar et al. (2005):

Elternangaben, Erhebungsinstrument: CHQ-PF50***	Kinder mit ADHD (N=120)		Gesunde Kinder (N=120)		Effektstärke**
	MW	SD	MW	SD	
Körperliche Aktivitäten	98,3	4,3	99,4	2,8	-0,39
Einschränkungen durch emotionale Probleme *	85,5	14,7	98,8	4,3	-3,09
Einschränkungen durch gesundh. Probleme *	72,1	26,6	98,6	5,9	-4,49
Intensität und Häufigkeit von allgemeinen Schmerzen und körperliche Beschwerden	79,7	21,9	83,7	16,5	-0,24
Moralische Verhaltensweisen bzw. Konzentrationsfähigkeit und allgemeines Verhalten im Vergleich zu anderen Kindern *	49,2	16,9	77,3	11,0	-2,55
psychische Gesundheit *	60,6	13,3	76,1	12,0	-1,29
Selbstwertgefühl*	71,9	18,3	89,2	13,1	-1,32
allgemeine körperliche Gesundheitswahrneh.	73,5	16,6	76,6	18,9	-0,16
emotionale Belastung/Probleme der Eltern *	39,5	19,0	76,5	24,6	-1,50
zeitliche Belastung/Einschränkung d. Eltern*	80,6	21,2	94,7	14,6	-0,96
Einschränkungen der Familienaktivitäten *	64,9	23,0	92,1	14,5	-1,87
Beziehungen innerhalb der Familie	60,8	26,0	72,9	19,2	-0,63
Physischer Summenscore	51,6	6,2	55,1	4,0	-0,875
Psychosozialer Summenscore*	38,3	7,5	53,2	5,7	-2,61

* statistisch signifikant: Signifikanzniveau: $p < 0,001$

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kap. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken)

*** Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

Zu 2.: Untersuchung: Klassen et al. (2004)

Klassen et al. (2004) befragten in einer kanadischen Studie Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen bzw. HKS (=ADHD) mit Hilfe des „CHQ-PF50“ (vgl. Anhang E), um die Lebensqualität verschiedener Lebensbereiche zu erfassen.

Die Diagnosen der Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen bzw. HKS wurden nochmals unterteilt in folgende Kategorien: unaufmerksamer Typ, hyperaktiver Typ, kombinierter Typ und nicht anders spezifizierbarer Typ. Gleichzeitig wurden Vergleiche zwischen Kindern mit und ohne Komorbiditäten (Lernschwierigkeiten, Aufsässigkeit bzw. Verhaltensstörungen) vorgenommen, die aber hier nicht näher betrachtet werden sollen.

Insgesamt fiel auf, dass die physische Gesundheit der Gesamtgruppe der Kinder mit ADHD in etwa gleich eingeschätzt wurde wie in den gesunden Kontrollgruppen aus Kanada und den USA.

Allerdings beschrieben die Eltern der Kinder mit ADHD signifikante Unterschiede ihrer Kinder im Vergleich zu den Gesunden in den Bereichen *der psychosozialen Gesundheit* (Mental health =MH, Self esteem =SE, Role/social limitations: emotional and behavioural =REB, Behavior =BE, Parent impact: time =PT, Parent impact: emotional =PE), dem entsprechend beim *psychosozialen Summenscore* (=„Psychosocial summary Score“) und bei *Familienaktivitäten* (=„Family activities“) bzw. die *familiären Beziehungen* (=„Family cohesion“). Dies belegen auch die entsprechenden Effektstärken der einzelnen Bereiche.

Zusammenfassend wird bei den psychisch erkrankten Kindern der **psychische Gesundheitszustand** und der **familiäre Bereich** problematisch eingeschätzt.

Zu 3.: Untersuchung: Patrick et al. (2002)

Die Untersuchung von Patrick et al. (2002) vergleicht mit Hilfe des „YQOL-R“ (vgl. Anhang E und Edwards et al, 2002) die Lebensqualität einzelner Bereiche zwischen gesunden Kindern, Kindern mit körperlichen Behinderungen (=„Mobility Disability“) und Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (=ADHD). Dabei interessieren an dieser Stelle nur die Vergleiche zwischen gesunden Kindern und Kindern mit ADHD.

Patrick et al. (2002) kamen zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität in allen Bereichen bei den Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren mit ADHD signifikant schlechter bewertet wird als in der gesunden Vergleichsgruppe. Dabei wurde entsprechend die *Gesamtwahrnehmung* (=„Total percetual Score“), in die alle 41 subjektiven Items eingerechnet werden, bei den Kindern mit ADHD signifikant schlechter eingeschätzt als bei den gesunden Kindern.

Auffällig ist, dass sowohl bei den gesunden als auch bei den Kindern mit ADHD der Bereich des *sozialen Umfeldes* (=„Environment“), am besten beurteilt wurde, der Bereich der *eigenen Persönlichkeit* (=„Self“), der den emotionalen Gesundheitszustand abfragt, am schlechtesten bewertet wurde. In absteigender Reihenfolge liegen die folgenden Bereiche zwischen den gerade erwähnten: *Globaleinschätzung der Lebensqualität* (=„Generel health“), *subjektive Einschätzung der Lebensbereiche* (=„Total percetual Score“), *soziale Kontakte* zu anderen Menschen, vorwiegend anderen Kindern (=„Relationship“).

Entsprechendes stellt die nachstehende Tabelle dar, wobei leider keine Standardabweichungen angegeben wurden:

Tab. 2.5.8: Kinderangaben: Vergleich der Lebensbereiche bei psychisch und gesunden Kindern, aus: Patrick et al. (2002):

Kinderangaben, Erhebungsinstrument: YQOL-R*	Psych. kranke Gruppe MW	Psych. gesunde Gruppe MW
Eigene Persönlichkeit (=„Self“)	72,72	78,77
Beziehungen zu anderen Menschen, vorwiegend Kindern (=„Relationship“)	73,09	80,79
Umfeld (=„Environment“)	80,17	87,56
Allgemeine Gesamteinschätzung der körperlichen Gesundheit und der Lebensqualität (=„Generel health/quality of life“)	79,87	86,85
Gesamtwahrnehmung (=„Total percetual Score“)	75,19	82,20

Alle Scores sind auf einem Niveau von $p < 0,05$ signifikant.

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

Zusammenfassend macht vor allem die *eigene Persönlichkeit* Probleme (=„Self“), wobei hier neben dem körperlichen Problemen hauptsächlich die **psychischen Probleme** (Selbständigkeit, Selbstvertrauen, psychischer Gesundheitszustand) erfasst werden.

Zu 4.: Untersuchung: Bastisaansen et al. (2004b):

In der Studie von Bastisaansen et al. (2004b) wird die Lebensqualität gesunder Kinder mit der Zufriedenheit von psychisch erkrankten Kindern zwischen 6 und 18 Jahren verglichen. Den Eltern und den Kindern wurde der „PedsQL 4.0“ als Erhebungsinstrument vorgelegt.

Bei den psychisch erkrankten Kindern werden zwar einzelne Diagnosegruppen wie Aufmerksamkeitsdefizit (=ADHD) und Verhaltensstörungen gebildet, aber zu einer Gesamtdiagnosegruppe zusammengefasst und dann mit der Kontrollgruppe verglichen. Auch internale Störungen waren Gegenstand dieser Untersuchung, wobei wir aber auf Kapitel 2.5.4 verweisen.

Bei der Auswertung der Ergebnisse lagen zwischen den einzelnen Diagnosegruppen und den gesunden Kindern nur im Gesamt-Score (=„Total score“) keine signifikanten Unterschiede vor, alle anderen abgefragten Bereiche wiesen signifikante Unterschiede auf. Die Eltern machen dabei insgesamt schlechtere Angaben als die Kinder.

Generell kommen Bastiaansen et al. (2004b) zu dem Ergebnis, dass die Eltern ihren Kindern mit ADHD oder Verhaltensstörung die größten Probleme im *psychosozialen Bereich* (=„Psychosocial Health“) und im *sozialen Kontakt mit andern Kindern* (=„Social functioning“) gegenüber den gesunden Vergleichskindern zuordnen (vgl. Tabelle 2.5.10). Die Kinder selbst hingegen schätzten eher *den emotionalen Gesundheitszustand* (=„Emotionale functioning“) und den *sozialen Kontakt mit anderen Kindern* (=„Social functioning“) als problematisch ein (vgl. Tabelle 2.5.9).

Hinsichtlich des *körperlichen Gesundheitszustandes* (=„Physical functioning“) gab es bei den Elternangaben am wenigsten Unterschiede, die Kinderangaben wiesen etwas stärkere Unterschiede auf. Die Unterschiede im *schulischen Bereich* (=„School functioning“) liegen sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern in etwa auf einem Niveau.

Dies verdeutlicht nochmals die nachstehende Tabelle, wobei die Skala von 0 (=„immer Probleme“) bis 100 (=„niemals Probleme“) reicht; Mittelwert (=MW) und Standardabweichung (=SD):

Tab. 2.5.9: Kinderangaben: Vergleich der Lebensbereiche nach Art der psychischen Erkrankung geordnet, aus: Bastiaansen et al. (2004b):

Kinderangaben, Erhebungsinstrument: PedsQL 4.0*	Aufmerksamkeitsdefizit/Verhaltensstörung, N=107	Kontrollgruppe: psychisch Gesunde, N=67	Effektstärken**
	MW (SD)	MW (SD)	
Gesamtbeurteilung	72,4 (12,2)	73,5 (13,2)	-0,08
Psychoziale Einschätzung	66,0 (14,7)	69,8 (14,3)	-0,27
Körperlicher Gesundheitszustand	84,3 (13,2)	80,4 (14,8)	-0,26
Emotionaler Gesundheitszustand	61,3 (19,5)	62,6 (19,8)	-0,66
Soziale Kontakte zu anderen Kindern	70,3 (21,4)	77,0 (17,7)	-0,39
Schulischer Bereich	66,4 (16,2)	70,2 (17,2)	-0,22

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit ADHS und den Kindern der Kontrollgruppe, Berechnung siehe Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“

Tab. 2.5.10: Elternangaben: Vergleich der Lebensbereiche nach Art der psychischen Erkrankung geordnet, aus: Bastiaansen et al. (2004b):

Elternangaben, Erhebungsinstrument: PedsQL 4.0*	Aufmerksamkeitsdefizit/Verhaltensstörung, N=107	Kontrollgruppe: psychisch Gesunde, N=67	Effektstärken**
	MW (SD)	MW (SD)	
Gesamtbeurteilung	65,8 (13,5)	70,1(14,7)	-0,29
Psychoziale Einschätzung	58,0 (15,4)	64,7(15,1)	-0,44
Körperlicher Gesundheitszustand	80,3 (16,2)	80,4(17,8)	-0,01
Emotionaler Gesundheitszustand	54,9 (18,7)	58,7(20,1)	-0,19
Soziale Kontakte zu anderen Kindern	59,1(22,5)	70,6(20,2)	-0,57
Schulischer Bereich	59,8 (17,8)	65,5(19,6)	-0,29

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit ADHS und den Kindern der Kontrollgruppe, Berechnung siehe Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“

Zusammenfassend kamen Bastiaansen et al. (2004b) zu dem Ergebnis, dass die Kinder mit *Aufmerksamkeitsdefizit* und *Verhaltensstörungen* Probleme im psychosozialen Bereich, nämlich im **schulischen Bereich**, **emotionalen Gesundheitszustand** und beim **Kontakt mit anderen Kindern** haben.

Zu 5.: Untersuchung: Sawyer et al. (2002)

Bei Sawyer et al. (2002) werden wie in Kapitel 2.5.2 beschrieben, einerseits psychisch gesunde Kinder mit psychisch kranken Kindern verglichen, andererseits gesunde Kinder mit Kindern, die an ADHD, Verhaltensstörungen oder Depressionen leiden. Erhebungsinstrument war hier wiederum der Fragebogen „CHQ-PF50“, den die Eltern ausfüllten. Die Ergebnisse der Kinder mit Depressionen werden dabei in Kapitel 2.5.4 „Vergleich der LQ zwischen gesunden Kindern und Kindern mit introversiven Störungen“ beschrieben.

Wie oben erwähnt, interessieren in diesem Abschnitt nur die Ergebnisse, bei denen die Lebensqualität zwischen psychisch gesunden Kindern und Kindern mit ADHD bzw. Verhaltensstörungen verglichen wird.

Wie schon im Vergleich psychisch erkrankter und psychisch gesunder Kinder und Jugendlicher (vgl. Kapitel 2.5.2) kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität von Kindern mit ADHD und Verhaltensstörungen in allen Lebensbereichen (zum Teil signifikant) schlechter bewertet wird als die der gesunden Kontrollgruppe.

Kinder mit ADHD:

Die stärksten Einschränkungen zeigten sich bei den an ADHD erkrankten Kindern bei den **Familienaktivitäten** (=„Family activities“) und den extroversiven Verhaltensauffälligkeiten, die hier keine weitere Beachtung finden sollen, da keine speziellen Bereiche zur Lebensqualität abgefragt werden (siehe oben).

Bei den Angaben, die die Zufriedenheit der Eltern registrieren, fällt die starke emotionale Einschränkung der Eltern durch die Krankheit ihrer Kinder auf (=„Emotional impact on parent“).

Kinder mit Verhaltensstörungen:

Geringe bzw. nicht signifikante Unterschiede im Vergleich mit den gesunden Kindern waren bei den Kindern mit Verhaltensstörungen alle physischen Bereiche: *die generelle Gesundheitswahrnehmung* (=„General health perceptions“), die *Intensität und Häufigkeit von allgemeinen Schmerzen und Unbehagen* (=„Bodily pain/discomfort“), der *körperliche Gesundheitszustand* (=„Physical functioning“) und den

Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme in der Schule und bei Aktivitäten mit andern Kindern („Role/social limitations physical“).

Alle übrigen Bereiche zeigten allerdings signifikante Unterschiede zu der gesunden Vergleichsgruppe: die Haupteinschränkungen hatten psychisch erkrankte Kinder bei **familiären Aktivitäten** (=„Family activities“) und den nicht näher betrachteten extroversiven Verhaltensauffälligkeiten.

Zu 6.: Untersuchung: Pongwilairat et al. (2005)

In einer thailändischen Studie von Pongwilairat et al. (2005) wurde die Lebensqualität von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen bzw. HKS (=ADHD) im Alter von 8 bis 12 Jahren mit der Lebensqualität psychisch gesunder Kinder in Thailand verglichen (vgl. Tabelle 2.5.1). Dabei wurde sowohl den Kindern (=Selbstbeurteilung) als auch den Eltern (=Fremdbeurteilung) der „PedsQL 4.0 Eltern- bzw. Kinderversion“ als Erhebungsinstrument vorgelegt.

Pongwilairat et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität der Kinder mit ADHD sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung signifikant schlechter eingeschätzt wurde als die Lebensqualität der psychisch gesunden Vergleichsgruppe.

Sämtliche Lebensbereiche wurden bei den psychisch erkrankten Kindern signifikant schlechter bewertet als bei den psychisch gesunden Kindern. Nur die Ergebnisse des physischen Gesundheitszustandes differenzieren etwas von dieser Aussage: der Unterschied beim physischen Summenscore („Physical health summary Score“) ist lediglich auf einem Niveau von $p < 0,04$ in der Selbstbeurteilung signifikant, die Unterschiede in der Fremdbeurteilung allerdings sind nicht signifikant ($p = 0,15$).

In den Bereichen des **emotionalen Gesundheitszustandes** (=„Emotional functioning“), beim **sozialen Kontakt zu anderen Kindern** („Social functioning“) und im *schulischen Bereich* (=„School Functioning“) wurden sowohl bei den Elternangaben als auch bei den Kinderangaben signifikante Unterschiede registriert (vgl. Tabellen 2.5.11 und 2.5.12). Dementsprechend auch bei der *psychosozialen Einschätzung* (=„Psychosocial health summary Score“), der alle drei genannten Bereiche zusammenfasst.

Außerdem ergaben sich signifikant schlechtere Summenscores bei der Selbstbeurteilung der Kinder mit ADHD: dem *Gesamt-Score* (=„Total Score“) und dem *psychosozialen Summenscore* (=„Psychosocial health summary Score“).

Tab. 2.5.11: Kinderangaben zu Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen, nach Pongwilairat et al. (2005):

Kinderangaben, PedsQL 4.0*	ADHD	Kontrollgruppe		Effekt- Stärke**
	MW	MW	SD	
Gesamteinschätzung	1508,69	1779,25	322,61	-0,84
physischer Summenscore ***	576,63	630,32	146,64	-0,37
Psychosoziale Einschätzung	932,06	1148,93	203,32	-1,07
Emotionaler Gesundheitszustand	311,95	371,27	81,56	-0,73
Soziale Kontakte zu anderen Kindern	341,30	410,90	84,44	-0,82
Schulischer Bereich	278,80	366,75	75,88	-1,16

Alle Unterschiede sind auf einem Niveau von $p < 0,001$ signifikant

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)

*** signifikant für $p < 0,04$

Tab. 2.5.12: Elternangaben zu Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen, nach Pongwilairat et al. (2005):

Elternangaben, PedsQL 4.0*	ADHD	Kontrollgruppe		Effekt- Stärke**
	MW	MW	SD	
Gesamteinschätzung	1362,5	1609,04	362,43	-0,68
physischer Summenscore ***	492,39	535,37	169,85	-0,25
Psychosoziale Einschätzung	870,11	1073,67	224,94	-0,90
Emotionaler Gesundheitszustand	308,15	363,82	87,34	-0,64
Soziale Kontakte zu anderen Kindern	310,32	373,13	94,06	-0,67
Schulischer Bereich	251,63	336,70	80,79	-1,05

Alle Unterschiede sind auf einem Niveau von $p < 0,001$ signifikant

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** Glass's Δ (Berechnung vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)

*** nicht signifikante Unterschiede

2.5.4 Vergleich der Lebensqualität zwischen gesunden Kindern und Kindern mit introversiven Störungen

a) Allgemeines

In diesem Kapitel werden die Vergleiche zwischen internal gestörten Kindern und psychisch gesunden Kindern dargestellt. Folgende Definitionen zu den „internalen“ Erkrankungen werden nach Remschmidt et al. (2001) gegeben:

1. „*Emotionalstörung, z. B. Angststörung*“ (ICD-10:F93) generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80): charakterisiert durch intensive Ängste und Sorgen (ängstliche Erwartung) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten an mindestens der Hälfte der Tage. Die Ängste beziehen sich auf mindestens einige Ereignisse und Aktivitäten wie z.B. Schul- oder Arbeitspflichten
2. „*Stimmungsschwankungen = emotional instabile Persönlichkeitsstörung*“ (ICD-10: F60.3): Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen und mit wechselnder, instabiler Stimmung
3. „*Affektive Störung; depressive Episoden*“ (=affektive Störung; ICD: F3): Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet

b) Ergebnisse der Vergleich der Lebensqualität zwischen gesunden Kindern und Kindern mit introversiven Störungen

Bei der Suche nach Untersuchungen, die die Lebensqualität von gesunden Kindern direkt mit der von Kindern mit introversiven Störungen vergleichen, fällt eine Heterogenität der einzelnen Diagnosen auf (Depressionen, Angststörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Stimmungsschwankungen). Die zu diesem Themenbereich existierenden zwei Studien werden nachfolgend genauer beschrieben:

1. Sawyer et al. (2002)
2. Bastiaansen et al. (2004b)

Zu 1.: Untersuchung: Sawyer et al.(2002)

Bei Sawyer et al. (2002) werden wie bereits in Kapitel 2.5.2 beschrieben, einerseits psychisch gesunde Kinder mit psychisch kranken Kindern verglichen, andererseits gesunde Kinder mit Kindern, die an ADHD, Verhaltensstörungen oder Depressionen leiden. Als Erhebungsinstrument diente in der Fremdbeurteilung der „CHQ-PF50“, der den Eltern vorgelegt wurde (vgl. Anhang E).

Die Ergebnisse der Vergleiche der psychisch gesunden Kinder mit psychisch kranken Kinder werden in Kapitel 2.5.2 „Vergleich der LQ bei gesunden und psychisch erkrankten Kindern“, die Vergleiche zwischen gesunden Kindern und Kindern mit ADHD bzw. Verhaltensstörungen in Kapitel 2.5.3 „Vergleich der LQ zwischen gesunden Kindern und Kindern mit extroversiven Störungen“ dargestellt.

Beim Vergleich zwischen psychisch gesunden und Kindern, die an Depressionen leiden, kamen Sawyer et al. (2002) zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität von internal Erkrankten in allen Lebensbereichen schlechter bewertet wird als die der gesunden Kontrollgruppe. Entsprechend ergaben sich bei den internal erkrankten Kindern und Jugendlichen in allen Lebensbereichen signifikant schlechtere Einschätzungen gegenüber der gesunden Kontrollgruppe.

Am schlechtesten wurden dabei die **psychische Gesundheit** (=„Emotional problems“, hier „Mental health“), die **familiären Aktivitäten** (=„Family activities“) und die extroversiven Verhaltensauffälligkeiten bewertet, die aber hier keine weitere Beachtung

finden, da keine speziellen Bereiche zur Lebensqualität abgefragt wurden (vgl. Tabelle 2.5.13)

Auch die übrigen Bereiche wurden signifikant schlechter eingestuft als bei gesunden Kindern. Nur in den Bereiche der *physischen Gesundheit* („Physical health“) und hinsichtlich der *Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme* in der Schule und bei Aktivitäten mit anderen Kindern (=„Role/social limitations of physical health“) stellten sich rein deskriptiv zwar Unterschiede dar, allerdings sind sie nicht signifikant. Auffällig ist, dass sich die Eltern in ihrem emotionalen Verhalten (=„Emotional impact on parent“) stark durch die Krankheit ihrer Kinder eingeschränkt fühlten.

Tab.2.5.13: Elternangaben: Vergleich der Lebensbereiche zwischen Kindern mit Depressionen und gesunden Kindern nach Sawyer et al. (2002):

Elternangaben, Erhebungsinstrument: CHQ-PF50*	Kinder mit Depressionen (N=120)	Gesunde Kinder (N=120)		Effektstärke ***
	MW	MW	SD	
Körperliche Aktivitäten**	93,0	96,0	14,1	0,21
Einschränkungen durch emotionale Probleme	85,7	97,6	10,8	1,10
Einschränkungen durch gesundh. Probleme **	93,1	96,8	13,6	0,27
Intensität und Häufigkeit von allgemeinen Schmerzen und körperliche Beschwerden	76,8	88,5	16,2	0,72
Moralische Verhaltensweisen bzw. Konzentrationsfähigkeit und allgemeines Verhalten im Vergleich zu anderen Kindern	75,1	87,2	10,6	1,14
psychische Gesundheit	73,1	87,0	8,8	1,58
Selbstwertgefühl	71,0	84,4	16,0	0,84
allgemeine körperliche Gesundheitswahrnehmung	69,6	78,6	15,1	0,60
emotionale Belastung/Probleme der Eltern	68,6	88,6	14,9	1,34
zeitliche Belastung/Einschränkung der Eltern	86,3	95,8	11,8	0,81
Einschränkungen der Familienaktivitäten	79,1	91,8	12,6	1,01

Alle Unterschiede sind auf einem Niveau von $p < 0,001$ signifikant

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

** nicht signifikante Unterschiede

*** Effektstärkenberechnung siehe Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“

Zu 2.: Untersuchung : Bastiaansen et al. (2004b)

Die in Kapitel 2.5.2 „Vergleich der LQ zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern“ bereits vorgestellte Studie von Bastiaansen et al. (2004b) untersuchte die Lebensqualität gesunder Kinder mit der Zufriedenheit von psychisch erkrankten Kindern zwischen 6 bis 18 Jahren. Bei diesen psychisch erkrankten Kindern wurden einzelne Diagnosegruppen gebildet:

1. Angststörungen („anxiety disorders“)
2. tiefgreifende Entwicklungsstörungen („pervasive development disorders“)
3. Stimmungsschwankungen („mood disorders“)
4. Andere Diagnosen („other diagnosis“)

Bis auf die Kategorie „Andere Diagnosen“ können die übrigen Kategorien alle den internalen Störungen zugeordnet werden und werden im Folgenden genauer beschrieben.

Sowohl den Eltern (=Fremdbeurteilung) als auch den Kindern (=Selbstbeurteilung) wurde der „PedsQL 4.0“ als Erhebungsinstrument vorgelegt (vgl. Anhang E).

Insgesamt lagen zwischen den einzelnen internalen Diagnosegruppen und den gesunden Kindern nur im *Gesamt-Score* (=„Total score“) keine signifikanten Unterschiede, alle anderen Vergleiche offenbaren signifikante Unterschiede. Alle übrigen Ergebnisse werden nach Diagnosen getrennt beschrieben:

Bei den Kindern mit Angstzuständen fielen im Vergleich zu den gesunden Kindern der schlechter bewertete **emotionale Gesundheitszustand** (=„Emotional functioning“) und der **Kontakt zu anderen Kindern** („Social functioning“) auf. Ebenso weist *die psychosoziale Einschätzung* (=„Psychosocial health“) dieselben Unterschiede zu den gesunden Kindern auf.

Alle genannten Bereiche liegen aber anhand der Effektstärkenbewertung nach Cohen (1988, siehe Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) in dem Bereich, der als „klein“ zu bewerten ist. Insgesamt sind die Angaben der Kinder mit Angstzuständen sehr nahe an dem Niveau der gesunden Kinder. Die Eltern der erkrankten Kinder machen wie die Kinder selbst im **emotionalen Gesundheitszustand**

(=„Emotional functioning“) und bei der *psychosozialen Einschätzung* (=„Psychosocial-health-summary-Score“) schlechtere Angaben als die Eltern der gesunden Kinder, was nach Cohen zu „mittelmäßig starken“ Unterschieden gegenüber der Kontrollgruppe führt (vgl. Tabellen 2.5.14 und 2.5.15).

Bei den Kindern mit Entwicklungsstörungen macht im Vergleich zu den gesunden Kindern vor allem der **Kontakt zu anderen Kindern** (=„Social functioning“) Probleme (vgl. Tabelle 2.5.14). Die Bedeutung des Effektes muss nach Cohen (1988) als „groß“ eingestuft werden. Die Bedeutung des Unterschiedes bezüglich der *psychosozialen Einschätzung* („Psychosocial-health-summary-Score“) zwischen gesunden und Kindern mit Entwicklungsstörungen ist nach Cohen (1988) als „klein“ zu bezeichnen, wobei die Eltern der Kinder mit Entwicklungsstörungen dieselben Bereiche schlechter bewerteten als die Eltern der gesunden Kinder (vgl. Tabelle 2.5.15).

Die Kinder mit Stimmungsschwankungen hatten vor allem einen schlechteren **psychischen Gesundheitszustand** (=„Emotional functioning“) und Probleme im *schulischen Bereich* (=„School functioning“). Ebenso ergaben sich signifikante Unterschiede bei der *psychosozialen Einschätzung* (=„Psychosocial-health-summary-Score“) im Vergleich zur Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 2.5.14). Die Eltern der erkrankten Kinder sahen ebenso den **emotionalen Gesundheitszustand** (=„Emotional functioning“) und die *psychosozialen Einschätzung* (=„Psychosocial-health-summary-Score“) als problematisch an (vgl. Tabelle 2.5.15).

Tab. 2.5.14: Kinderangaben: Vergleich der Lebensbereiche nach Art der psychischen Erkrankung geordnet, nach Bastiaansen et al. (2004b):

Kinderangaben, Erhebungsinstrument: PedsQL 4.0*	Angstzustände, N=57		Entwicklungsstörung, N=28		Stimmungsschwankung, N=29		Kontrollgruppe: psych. Gesunde, N=67
	MW (SD)	ES*	MW (SD)	ES**	MW (SD)	ES***	MW (SD)
Gesamtbeurteilung	71,3 (12,2)	-0,17	69,6 (14,0)	-0,30	69,7 (13,1)	-0,29	73,5 (13,2)
Psychosoziale Einschätzung	67,4 (13,6)	-0,17	64,8 (16,6)	-0,35	64,2 (15,0)	-0,39	69,8 (14,3)
Körperlicher Gesundheitszustand	78,6 (15,6)	-0,12	78,5 (14,3)	-0,13	80,0 (13,3)	-0,03	80,4 (14,8)
Emotionaler Gesundheitszustand	59,0 (17,7)	-0,18	63,8 (17,4)	0,06	55,5 (21,7)	-0,36	62,6 (19,8)
Soziale Kontakte mit anderen Kindern	74,4 (19,5)	-0,15	63,1 (19,5)	-0,79	73,3 (22,0)	-0,21	77,0 (17,7)
Schulischer Bereich	68,9 (13,9)	-0,08	67,6 (13,9)	-0,15	63,9 (16,4)	-0,37	70,2 (17,2)

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

Berechnung der Effektstärken siehe Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“:

ES* Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit Angstzuständen und den Kindern der Kontrollgruppe

ES** Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit Entwicklungsstörungen und der Kontrollgruppe

ES*** Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit Stimmungsschwankungen und der Kontrollgruppe

Tab. 2.5.15: Elternangaben: Vergleich der Lebensbereiche nach Art der psychischen Erkrankung geordnet, nach Bastiaansen et al. (2004b):

Elternerangaben, Erhebungsinstrument: PedsQL 4.0*	Angstzustände, N=57		Entwicklungsstörung, N=28		Stimmungsschwankung, N=29		Kontrollgruppe: psych. Gesunde, N=67
	MW (SD)	ES*	MW (SD)	ES**	MW (SD)	ES***	MW (SD)
Gesamtbeurteilung	66,0 (14,2)	-0,28	61,5 (13,1)	-0,59	65,7 (11,7)	-0,30	70,1 (14,7)
Psychosoziale Einschätzung	58,2 (15,1)	-0,43	53,7 (12,4)	-0,74	58,6 (12,3)	-0,40	64,7 (15,1)
Körperlicher Gesundheitszustand	80,3 (17,6)	-0,01	76,3 (22,0)	-0,23	79,2 (17,8)	-0,07	80,4 (17,8)
Emotionaler Gesundheitszustand	46,8 (16,7)	-0,59	53,7 (14,0)	-0,25	49,1 (16,9)	-0,48	58,7 (20,1)
Soziale Kontakte mit anderen Kindern	66,3 (25,7)	-0,21	47,2 (20,2)	-1,16	66,2 (18,4)	-0,22	70,6 (20,2)
Schulischer Bereich	62,0 (17,8)	-0,18	61,4 (15,8)	-0,21	60,6 (16,7)	-0,25	65,5 (19,6)

* Zur Erklärung der einzelnen Lebensbereiche siehe Anhang E

Berechnung der Effektstärken siehe Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“:

ES* Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit Angstzuständen und den Kindern der Kontrollgruppe

ES** Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit Entwicklungsstörungen und der Kontrollgruppe

ES*** Effektstärken beim Vergleich der Kinder mit Stimmungsschwankungen und der Kontrollgruppe

Zusammenfassend kamen Bastiaansen et al. (2002) zu dem Ergebnis, dass die Kinder mit *Angstzuständen* und *Verhaltenstörungen* einen schlechteren **psychischen Gesundheitszustand** und die Kinder mit *Entwicklungsstörungen* Probleme beim **Kontakt mit anderen Kindern** hatten als die Kinder der gesunden Vergleichsgruppe.

2.5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im letzten Kapitel wurden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur analog zu den Bereichen des ILK abgebildet. Im Folgenden sollen diese in den Kapiteln 2.5.2, 2.5.3 und 2.5.4 dargestellten Ergebnisse zusammengefasst werden. Dabei erfolgt zuerst die Zusammenfassung der Ergebnisse beim Vergleich der Lebensqualität zwischen psychisch kranken und psychisch gesunden Kindern (a), danach der Vergleich der Lebensqualität zwischen external erkrankten und psychisch gesunden Kindern (b) und der Vergleich der Lebensqualität zwischen internal erkrankten und psychisch gesunden Kindern (c).

- a) Vergleich der Lebensqualität zwischen psychisch gesunden Kindern und psychisch erkrankten Kindern

In Tabelle 2.5.16 werden die in der bisherigen Forschung abgefragten Problembereiche von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und jeweils korrespondierende ILK-Items dargestellt.

Tab. 2.5.16: Darstellung der in der bisherigen Forschung abgefragten Problembereiche von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und jeweils korrespondierende ILK-Items :

Problembereiche der Kinder	Entsprechendes ILK-Item
Emotionaler Bereich	Psychische Gesundheit: „Nerven/Laune“
Familiärer Bereich	„Familie“
Sozialer Kontakt zu anderen Kindern	„Andere [Kinder]“
Schulischer Bereich	„Schule“

In Kapitel 2.5.2 wurden die Studien genauer vorgestellt, die die Lebensqualität von psychisch gesunden mit derjenigen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen vergleichen. Die Erklärung der einzelnen abgefragten Lebensbereiche in diesen Studien erfolgt im Anhang E. Tabelle 2.5.16 stellt die Ergebnisse der Studien analog zu den Bereichen des ILK vor.

Dabei ergaben die vorgestellten Studien, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit **Einschränkungen ihrer Lebensqualität allgemein** (Bastiaansen et al., 2004a; Sawyer et al., 2001 und 2002) und zusätzlich auch in verschiedenen Lebensbereichen mit Einschränkungen zu rechnen haben:

Diese Probleme betreffen vor allem den **emotionalen Bereich** (Bastiaansen et al., 2004a; Sawyer et al., 2001 und 2002), den **familiären Bereich** (Sawyer et al., 2001 und 2002), sowie Probleme im **schulischen Bereich** (Bastiaansen et al., 2004a). Zusätzlich sprechen die Ergebnisse von Bastiaansen et al. (2004a) und Sawyer et al. (2001) dafür, daß auch der **soziale Kontakt zu anderen Kindern** als problematisch anzusehen ist.

Außerdem müssen die Eltern der psychisch erkrankten Kinder zusätzlich mit emotionalen Problemen (Sawyer et al., 2002) bzw. zeitlichen Einschränkungen ihres Tagesablaufes (Sawyer et al., 2001) durch die Erkrankung der Kinder rechnen.

b) Vergleich der Lebensqualität zwischen psychisch gesunden Kindern und Kindern mit extroversiven Störungen

Die diagnostischen Gruppen „Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom/Hyperkinetisches Syndrom“ (ADS/HKS = ADHD, ICD-10: F90.0) und „Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F91 und F92) werden häufig unter dem Oberbegriff „extrovertierte Störungen“ zusammengefasst (siehe oben, Kapitel 2.5.3). Die wichtigsten Auffälligkeiten bei extroversiv gestörten Kindern sind ausagierend-dissoziale und aggressive Verhaltensweisen.

Die in Kapitel 2.5.3 „Vergleich der LQ zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern“ vorgestellten Studien ergaben, daß nach Angabe der Eltern bzw. teilweise auch der Kinder (Bastiaansen et al., 2004a und 2004b; Pongwilairat et al., 2005; Patrick et al., 2002), die extroversiv gestörten Kinder und Jugendlichen im Vergleich mit psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Bereichen Einschränkungen der Lebensqualität hinzunehmen haben: Dies sind die **familiären Aktivitäten** und **innerfamiliären Beziehungen** (Escobar et al., 2005; Klassen et al., 2004; Sawyer et al., 2002), **Probleme beim sozialen Kontakt mit anderen Kindern** (Patrick et al., 2002), **emotionaler Gesundheitszustand** (Escobar et al., 2005; Klassen et al., 2004; Patrick et al. (2002); Bastiaansen et al., 2004b; Pongwilairat et al., 2005).

Bastiaansen et al. (2004b), Escobar et al. (2005) und Pongwilairat et al. (2005) erkannten, dass psychisch erkrankte Kinder zusätzlich mit Problemen im **schulischen Bereich** rechnen müssen.

Hinsichtlich körperlicher Auffälligkeiten kamen nur Bastiaansen et al. (2004b) und teilweise auch Escobar et al. (2005) zu dem Ergebnis, dass die psychisch erkrankten Kinder mit extroversiven Störungen aufgrund der körperlichen Probleme **Einschränkungen bei schulischen Aktivitäten und Aktivitäten mit Freunden** hinnehmen müssen.

Auch hier müssen die Eltern external erkrankter Kinder mit **emotionalen Problemen** und **zeitlichen Einschränkungen ihres Tagesablaufes** durch die Krankheit der Kinder rechnen (Klassen et al., 2004; Escobar et al., 2005).

Tab. 2.5.17: Darstellung der in der bisherigen Forschung abgefragten Problembereiche von extroversiv erkrankten Kindern und Jugendlichen und jeweils korrespondierende ILK-Items:

Problembereiche der Kinder	Entsprechendes ILK-Item
Familiärer Bereich	„Familie“
Emotionaler Gesundheitszustand/ eigene Persönlichkeit	„Nerven/Laune“
Sozialer Kontakt mit anderen Kindern	„Andere [Kinder]“
Schulischer Bereich *	„Schule“

* nur bei Bastiaansen et al. (2004b), Pongwilairat et al. (2005), teilweise auch Escobar et al. (2005)

c) Vergleich der Lebensqualität zwischen psychisch gesunden Kindern und Kindern mit introversiven Störungen

In Kapitel 2.5.4 wurden die Studien vorgestellt, in denen introversiv gestörte Kinder mit psychisch gesunden Kindern verglichen wurden. Zu den introversiv gestörten Kindern gehören im Wesentlichen Kinder mit „Angststörungen“ (ICD-10: F50.0 und F50.1) und „Stimmungsschwankungen“ (ICD-10: F93) bzw. „depressiven Symptomen“ (ICD-10: F3).

In Tabelle 2.5.18 werden die Ergebnisse der Studien aus der Literatur entsprechend den Bereichen des ILK dargestellt. Den introversiv erkrankten Kindern machte dabei vor allem der **emotionale Gesundheitszustand** zu schaffen (Sawyer et al., 2002; Bastiaansen et al., 2004b), d.h., sie fühlen sich subjektiv in ihrer Emotionalität

beeinträchtigt, außerdem gab es Einschränkungen beim **sozialen Kontakt zu anderen Kindern** (Bastiaansen et al., 2004b). Die **familiären Aktivitäten** werden in der Untersuchung von Sawyer et al. (2002) problematisch eingeschätzt, in der Untersuchung von Bastiaansen et al. (2004b) wurde dieser Bereich nicht abgefragt, so dass hier keine Rückschlüsse gezogen werden können.

Tab. 2.5.18: Darstellung der in der bisherigen Forschung abgefragten Problembereiche von introversiv psychisch kranken Kindern und Jugendlichen und jeweils korrespondierende ILK-Items:

Problembereiche der Kinder	Entsprechendes ILK-Item
Emotionaler Gesundheitszustand	„Nerven/Laune“
Sozialer Kontakt zu anderen Kindern	„Andere Kinder“
Familiäre Aktivitäten	„Familie“

3. Fragestellung und Hypothesen

Im Kapitel 2 „Stand der Forschung“ wurde dargestellt, dass nur in sehr geringem Umfang Untersuchungen vorliegen, die die Lebensqualität in einzelnen Bereichen von psychisch erkrankten Kindern mit psychisch gesunden Kindern vergleichen. Die Erhebungsinstrumente sind englischsprachig, in 2 Studien kommt die niederländische Übersetzung des PedsOL 4.0 und in einer Untersuchung die thailändische Version des PedsOL 4.0 zur Anwendung. Bis zum jetzigen Zeitpunkt existiert noch keine Studie, die mit einem überprüften, deutschsprachigen Instrument erhoben wurde.

Vorhandene Darstellungen kommen zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität von **psychisch erkrankten Kindern** insgesamt negativer eingeschätzt wird als die von gesunden Kindern. Vor allem im *emotionalen Bereich* bzw. die *subjektive psychische Gesundheit*, der *familiären Bereich*, der *schulische Bereich* und der *Kontakt zu anderen Kindern* weisen bei psychisch erkrankten Kindern auf Einschränkungen der Lebensqualität hin.

Wird nun die Gesamtgruppe der psychisch erkrankten Kinder unterteilt in die beiden Hauptgruppen der *extroversiv gestörten* Störungen (= überwiegend aggressiv-ausagierende Syndrome) und *introversiv gestörten* Kinder (= überwiegend ängstlich-depressive Syndrome), stellt man fest, dass sich bei den extroversiv erkrankten Kindern genau die gleichen Lebensbereiche als auffällig darstellen wie bei den psychisch erkrankten Kindern insgesamt, bei den introversiv gestörten Kindern dagegen stellen sich hauptsächlich die Bereiche der subjektiven psychischen Gesundheit bzw. *emotionalen Gesundheit*, der *familiäre Bereich* und der *Kontakt zu anderen Kindern* als problematisch dar.

D.h. introversiv und extroversiv gestörte Kinder unterscheiden sich dadurch, dass extroversiv gestörte Kinder besonders Einschränkungen der Lebensqualität im schulischen Bereich aufweisen, während dies bei introversiv gestörten Kindern nicht im selben Umfang der Fall ist.

Es soll in der hier vorliegenden Arbeit erstmalig mit einem deutschsprachigen Erhebungsinstrument (ILK, vgl. Mattejat et al., 1998) überprüft werden, ob sich die Ergebnisse der bisherigen wenigen Untersuchungen, die in der Literatur zu finden sind, bestätigen.

Dabei sind wir der Frage nachgegangen, ob und inwiefern sich die Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren von der Lebensqualität gesunder Kinder/Jugendlicher unterscheidet. Diesbezüglich wurde die folgende Hypothese aufgestellt:

- 1) Psychisch kranke Kinder zeigen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen deutliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Dies zeigt sich sowohl im Gesamtscore wie auch in den 7 Ratings zu den einzelnen Lebensbereichen (insgesamt 8 teststatistische Überprüfungen).

Zusätzlich zu dieser allgemeinen Fragestellung nach Unterschieden zwischen *psychisch kranken* und psychisch gesunden Kindern sollten die beiden großen Subgruppen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen - die Gruppe der *internalen Störungen* (= überwiegend ängstlich-depressive Syndrome) und die Gruppe der *externalen Störungen* (= aggressiv-ausagierende Syndrome) genauer betrachtet und mit gesunden Kindern im Hinblick auf ihre Lebensqualität verglichen werden. Für diese beiden Subgruppen galten jeweils die gleichen Hypothesen wie für die Gesamtgruppe der psychisch erkrankten Kinder.

Im Einzelnen sollten folgende Hypothesen überprüft werden:

- 2) Introversiv gestörte Kinder zeigen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen deutliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Dies zeigt sich sowohl im Gesamtscore wie auch in den 7 Ratings zu den einzelnen Lebensbereichen (insgesamt 8 teststatistische Überprüfungen).
- 3) Extroversiv gestörte Kinder zeigen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen deutliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Dies zeigt sich sowohl im Gesamtscore wie auch in den 7 Ratings zu den einzelnen Lebensbereichen (insgesamt 8 teststatistische Überprüfungen).

Interessant erscheint zudem die Frage, in wieweit sich internale und externale Störungen innerhalb einer klinischen Stichprobe (= Multizenterstudie, Mattejat, 1998) auf die mit dem ILK erhobene Lebensqualität auswirken. Vor allem interessiert, wie stark die Lebensqualität in den einzelnen Lebensbereichen bei internal beziehungsweise external gestörten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu gesunden Kindern und Jugendlichen eingeschränkt ist. Aus diesem Grund wurden zusätzlich zu den oben angeführten Hypothesen spezielle Annahmen formuliert, um die unterschiedlich starken Einschränkungen der Lebensqualität in den einzelnen Lebensbereichen noch besser darzustellen:

1. Im schulischen Bereich (*ILK „Schule“*) haben im Vergleich zu gesunden Kindern sowohl die internal, als auch die external gestörten Kinder Probleme. Insgesamt wird erwartet, dass die Probleme bei external gestörten Kindern deutlicher ausgeprägt sind.
2. Bezüglich der familiären Umgebung (*ILK „Familie“*) stellen sich die Probleme wie in 1. dar.
3. Im Lebensbereich mit Freunden (*ILK „Andere Kinder“*) haben im Vergleich zu den Gesunden vor allem die internal gestörten Patienten Probleme, in geringerem Maße auch die external Gestörten.
4. Bei der Beschäftigung mit sich selbst (*ILK „Alleine“*) haben im Vergleich zu gesunden Kindern sowohl die internal gestörten Patienten als auch die external Gestörten Probleme. Es werden keine wesentlichen Unterschiede zwischen external und gesunden als auch internal gestörten und gesunden Kindern erwartet.
5. Gesundheitliche Probleme (*ILK „Gesundheit“*) stellen sich im Vergleich zu den gesunden Kindern ebenfalls eher bei den internal Gestörten als bei den external erkrankten Kindern dar.
6. Die psychische bzw. seelische Verfassung (*ILK „Nerven/Laune“*) wird bei den internal gestörten Kindern im Vergleich zu den gesunden Kindern negativer dargestellt (von den Eltern), als beim Vergleich der Gesunden mit den external Erkrankten.
7. Bei der Globaleinschätzung (*ILK „Alles zusammen“*) werden keine bedeutsamen Unterschiede zwischen dem Vergleich der Gesunden mit den external und dem Vergleich der internal gestörten Kinder mit den Gesunden erwartet.

4. Methode und Stichprobe

In diesem Kapitel wird das standardisierte Interview (vgl. Kapitel 4.1), die Datenerhebung (vgl. Kapitel 4.2) und die erfolgte Auswertung der Daten (vgl. Kapitel 4.3) beschrieben.

4.1. Das standardisierte Telefoninterview

Der Begriff Standardisierung bedeutet für das vorliegende Telefoninterview, dass die Reihenfolge der Fragen, sowie der Wortlaut der Fragen und der Zwischentexte eindeutig vorgegeben ist. Die Fragen sind verständlich, neutral und eindeutig formuliert (vgl. Porst, 2004). Es wurden Standardantworten für mögliche Rückfragen vorbereitet. Die Interviewer wurden theoretisch und praktisch in die Durchführung von standardisierten Interviews eingewiesen (vgl. Prüfer & Stiegler, 2002).

4.1.1 Aufbau des standardisierten Telefoninterviews

Unser Telefoninterview erfasst Angaben fünf verschiedener Bereiche und gliedert sich folgendermaßen:

1. Filterfragen
2. soziodemographische Angaben zum Kind oder Jugendlichen
3. Angaben zur Lebenszufriedenheit des Kindes oder Jugendlichen mit dem ILK (vgl. Anhang A)
4. Angaben zur Lebenszufriedenheit des erwachsenen Interviewteilnehmers (Eltern)
5. soziodemographische Daten zum Interviewteilnehmer (Eltern)

Zu 1.: Filterfragen

Das Interview beginnt mit *Filterfragen*, um festzustellen, ob die erreichte Person zu unserer Grundgesamtheit gehört und ein vollständiges Interview überhaupt in Frage kommt. Ist dies nicht der Fall, erfolgt eine Zuordnung zu den Ausfällen, die in eine separate Non-Responder-Statistik einfließen und in Kapitel 5.1.1 beschrieben werden.

Zu 2.: soziodemographische Angaben zum Kind und Jugendlichen

Gehört die Person zu Grundgesamtheit der Stichprobe und willigt sie in die Durchführung des Interviews ein, folgen die soziodemographischen Angaben zum Kind oder Jugendlichen.

Diese Fragen umfassen die Angaben zum *Umfeld* (Haushaltsgröße, Anzahl und Alter eventuell vorhandener Geschwister) und Angaben zum *Kind/Jugendlichen selbst* (Geschlecht, Alter, Ausbildungsstatus/Schulart/Klassenstufe bzw. Beruf). Sie sind damit sehr gut vergleichbar mit den katamnestischen Daten, die standardmäßig in der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie erhoben werden.

Zu 3.: Angaben zur Lebenszufriedenheit des Kindes/Jugendlichen mit dem ILK

Im Zentrum unserer Telefonbefragung steht das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (vgl. Mattejat et al., 1998 und Kap. 1.2). Erhebungen mit diesem Inventar liefern die Datengrundlage für die vorliegende Arbeit. Das ILK ist ein standardisiertes Ratinginstrument zur Beurteilung der Lebensqualität in verschiedenen relevanten Lebensbereichen. Es wurde nicht ausschließlich krankheits- oder störungsbezogen entwickelt, sondern ist ebenso bei psychisch gesunden Kindern anwendbar. So konnten Vergleichswerte der Normalbevölkerung gewonnen werden, damit kranke und gesunde Kinder hinsichtlich ihrer Lebensqualität miteinander verglichen werden können (vgl. Kaestner, 2000). Durch die Operationalisierung verschiedener Dimensionen (=Lebensbereiche) wird das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen dem Anspruch auf Multidimensionalität gerecht (Mattejat et al., 1998). Zudem erlaubt es sowohl eine Selbstbeurteilung (durch das Kind oder den Jugendlichen), als auch eine Fremdeinschätzung (durch Eltern, Erziehungsberechtigte, Therapeuten o.ä.).

Die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen wird in Hinblick auf 4 Lebensbereiche (Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung) und 2 gesundheitsbezogene Aspekte (körperliche und psychische Gesundheit) erfragt und mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala (1 = „sehr gut“, 2 = „eher gut“, 3 = „teils-teils“, 4 = „eher schlecht“ und 5 = „sehr schlecht“) beurteilt. Eine abschließende Gesamtbeurteilung der Lebensqualität des Kindes bzw. Jugendlichen beendet das ILK (vgl. Anhang A).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde das ILK in ein standardisiertes Telefoninterview integriert, welches mit den Eltern geführt wurde; es wurde also eine Fremdbeurteilung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen erhoben.

Zusätzlich zu den Items zur Lebensqualität enthielt das ILK unseres Telefoninterviews auch Fragen zur Zeitverteilung der Kinder (=Zeitbudget). Hier wird erfragt, wie viel Zeit das Kind an einem normalen Wochentag mit verschiedenen Aktivitäten verbringt. Eine genauere Darstellung dieser Fragen zum Zeitbudget sowie der Ergebnisse findet sich in der Ausarbeitung von Jediß (2006).

Zu 4.: Angaben zur Lebenszufriedenheit des erwachsenen Interviewteilnehmers (Eltern)

Die Lebenszufriedenheit der Eltern wird anhand von acht Items erfragt (Zufriedenheit mit den Bereichen Lebensstandard, Gesundheit, Ehe/Partnerschaft, Familienleben, Unterstützung durch Freunde, Einkommen, berufliche Tätigkeit sowie eine Gesamteinschätzung der gegenwärtigen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben). Diese Items wurden nach einer intensiven Durchsicht verbreiteter soziologischer Erhebungsinstrumente ausgewählt. Die in anderen Untersuchungen (u.a. Statistisches Bundesamt, 2005a) am wichtigsten empfundenen Items (Familie, Gesundheit, Partnerschaft, Beruf) wurden in die Liste aufgenommen, auf Items, die vornehmlich sozialpolitische Inhalte erfragen (z.B. Umweltschutz, Schutz vor Kriminalität, soziale Sicherungssysteme) wurde verzichtet, da davon ausgegangen wird, dass die Zufriedenheit mit diesen Bereichen für die Lebensqualität der Kinder weniger relevant ist.

Die einzelnen Fragen wurden, mit einer Ausnahme dem Wortlaut nach aus dem Wohlfahrtssurvey 1998 (Schüb, 2001) des Wissenschaftszentrums Berlin für

Sozialforschung (=WZB) und des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen (=ZUMA) übernommen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde auch die Skalierung beibehalten (0=ganz und gar nicht zufrieden, 10=ganz und gar zufrieden).

Das Item „Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?“ kommt in soziologischen Untersuchungen üblicherweise nicht vor, so auch nicht im Wohlfahrtssurvey 1998. Die Bedeutung des Konzepts der sozialen Unterstützung für die Lebenszufriedenheit wird aber zunehmend deutlicher, so dass diese in psychologischen Untersuchungen häufig gestellte Frage zusätzlich aufgenommen wurde. Sie wurde aus dem WHOQOL-BREF übernommen, dem Instrument der World Health Organization (WHO) zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000). Die Skalierung (im Original fünfstufig) wurde den anderen Items angepasst.

Insgesamt entstand so ein Interviewinstrument zur Lebenszufriedenheit von Erwachsenen, das zahlreiche gute Vergleichsdaten sowohl für die einzelnen Items als auch für die Gesamtbewertung aufweist.

Zu 5.: soziodemographische Daten zum Interviewteilnehmer (Eltern)

Die soziodemographischen Daten zur befragten Person umfassen die subjektive *soziale Schichtzugehörigkeit*, das *Alter*, *Geschlecht*, *Staatsangehörigkeit*, *Familienstand*, *Beruf*, den *höchsten Bildungsabschluss* sowie das *Nettoeinkommen*. Sie entsprechen somit weitgehend den vorgeschlagenen 'Demografischen Standards' für Kurzabfragen bei telefonischen Befragungen (Statistisches Bundesamt, 1999b).

Neben der telefonischen Befragung wurde im Rahmen des Forschungsprojekts eine zusätzliche schriftliche Befragung entwickelt. Der im Interview befragte Erwachsene, sowie das Kind, zu dem die telefonisch erhobenen Daten erfragt wurden, werden hier um weiterführende, schriftliche Angaben gebeten. Die Fragen sind dem ILK und folgenden anderen Instrumenten entnommen:

1. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (=FLZ, Fahrenberg et al. 2000)
2. Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (=MLDL, Heinisch et al. 1991)
3. WHO Instrument zur Erfassung der Lebensqualität (=WHOQOL-Bref, Angermeyer et al., 2000)

Auf diese schriftlich erhobenen Daten wird jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen, sie wurden nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

4.1.2 Gewinnung einer repräsentativen Telefonstichprobe

Die Durchführung einer repräsentativen telefonischen Bevölkerungsumfrage verlangt die Gewinnung einer repräsentativen Telefonstichprobe. Die hierfür erforderlichen Grundbedingungen werden im Folgenden beschrieben. Dabei ist es neben der Bestimmung der Zielgruppe bzw. unserer Grundgesamtheit (1) und der Festlegung einer ausreichenden Stichprobengröße (2) entscheidend, sich einer geeigneten Methode zu bedienen, um mittels Telefoninterviews repräsentative bundesweite Daten zu erhalten.

Zunächst musste die Voraussetzung einer ausreichend hohen Telefondichte (3) mit bundesweit flächendeckenden Festnetzanschlüssen abgeklärt werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es nicht möglich, eine Liste aller Haushalte und Telefonnummern unserer Grundgesamtheit zu erhalten, um diese dann selektiv telefonisch zu erreichen. Auch der Weg über eine Zufallsauswahl aus dem Telefonbuch (4) war nicht gangbar. Jedoch stellt das sog. „Gabler-Häder-Design“ (Gabler et al., 1998) eine Möglichkeit dar, eine repräsentative Liste aller potentiellen deutschen Festnetzanschlüsse zu erstellen (5).

Die Punkte (1) bis (5) werden im Folgenden in Bezug auf die vorliegende Studie diskutiert.

Zu 1.: Zielgruppe

Die Zielgruppe unserer Telefonbefragung umfasst Personen, die folgende Kriterien erfüllen:

- sie sind die Eltern eines Kindes bzw. stehen in einem eltern-ähnlichen Verhältnis zu einem Kind
- das Kind ist zum Zeitpunkt des Telefoninterviews zwischen 6 und 18 Jahre alt
- das Kind lebt zum Zeitpunkt des Telefoninterviews mit dieser Person im privaten Haushalt

Zu 2.: Stichprobengröße

Unsere Grundgesamtheit ist definiert als alle in Deutschland existierenden Privathaushalte, für welche die unter 1. angeführten Kriterien zutreffen. Zur Beurteilung einer hinreichenden *Stichprobengröße* für Bevölkerungsumfragen wird bei einer Grundgesamtheit von über 100.000 Elementen in der Literatur vielfach ein Erfahrungswert zwischen 1000 und 1200 Teilnehmern beschrieben (Häder, 2000, S.10). Für unsere Telefonstichprobe wurde daher eine Stichprobengröße von N=1000 vollständig geführten Interviews als ausreichend betrachtet.

Zu 3.: Telefondichte

Um eine repräsentative Bevölkerungsumfrage mit Hilfe eines Telefoninterviews durchführen zu können, muss gewährleistet sein, dass der Anteil an Menschen aus der Grundgesamtheit, der einen Telefonanschluss hat und damit für ein Telefoninterview im privaten Haushalt zur Verfügung stehen kann, ausreichend hoch sein muss.

Im Jahr 2000 lag die Dichte der privaten Festnetztelefonanschlüsse in West-Deutschland bei 96,7 %, in den neuen Bundesländern mit 95,4 % geringfügig niedriger (Statistisches Bundesamt, 2003a). Es ist auch kein Trend erkennbar, dass das Mobiltelefon die Festnetznutzung ersetzt (Häder, 2000).

Die Festnetztelefondichte in Deutschland ist demnach ausreichend um die Ziehung einer repräsentativen Stichprobe zu ermöglichen.

Ein Vorteil der Nutzung von Festnetztelefonen liegt neben ihrer nach wie vor höheren Verbreitung gegenüber Mobiltelefonen darin, dass über die Festnetznummer außerdem die regionale Verteilung der Stichprobe und damit eine mögliche diesbezügliche Verzerrung nachvollzogen werden kann.

Zu 4.: Telefonbuch-Eintragsdichte

Ist eine ausreichende Anzahl von Festnetzanschlüssen garantiert, muss geklärt werden, ob bei zufällig gezogenen Telefonnummern eine Telefonstichprobe als repräsentativ angesehen werden kann.

Seit 1992 ist es in der BRD nicht mehr gesetzlich erforderlich, sich im Telefonbuch mit einem Festnetzanschluss und der entsprechenden Nummer eintragen zu lassen. Die Telefonbuch-Eintragsdichte entwickelt sich deshalb gegenüber der Telefondichte in entgegengesetzter Richtung (Statistisches Bundesamt, 2003a): die Zahl der technisch vorhandenen Festnetzanschlüsse lag 1999 bei 47,8 Mio., wobei dem nur 36,0 Mio. eingetragene Rufnummern gegenüber stehen. Unter den eingetragenen Nummern sind 29,3 Mio. privat Haushalte. Für ca. 25% der Rufnummern liegen also keine Einträge vor. Die Telefonbuch-Eintragsdichte liegt dementsprechend bei annähernd 75%. In den alten Bundesländern liegt sie etwas höher als in den neuen Bundesländern, wobei auch hinsichtlich der Verteilung Großstadt - ländliche Gebiete ein deutlicher Unterschied vorliegt (Gabler & Häder, 2002).

Eine Liste mit zufällig ausgewählten im Telefonbuch eingetragenen Nummern ist daher für repräsentative Telefonumfragen nicht sinnvoll, da sie nicht als repräsentative bundesweite Grundgesamtheit angesehen werden kann und zusätzlich regionale und soziale Verzerrungen wahrscheinlich sind.

Zu 5.: Methode nach dem „Gabler-Häder-Design“

Aufgrund dieser Problematik hinsichtlich Punkt 4.) gibt es keine Telefonliste einer bundesweiten Grundgesamtheit, aus der eine repräsentative Stichprobe hätte gezogen werden können. Ebenso ist es aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich ist, eine solche Liste zu erhalten. Daher hat das Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen in Mannheim (=ZUMA) eine Methode (=„Gabler-Häder-Design“, Gabler et al., 1998) entwickelt, um aus der Grundgesamtheit aller potentiellen Telefonanschlüsse

im deutschen Festnetzes zufällig eine Telefonliste zu generieren. Diese Methode berücksichtigt, dass eingetragene und nicht-eingetragene Telefonnummern jeweils die gleiche Wahrscheinlichkeit haben gezogen zu werden.

Nach dieser Methode generierte das ZUMA für uns am 07.02.2003 eine solche Telefonliste mit 25000 Telefonnummern. Diese Zahl wurde vorab ermittelt und berücksichtigt, dass unter den generierten Nummern Non-Responder jeglicher Art enthalten sein würden (vgl. Kapitel 5.1.1).

4.1.3 Pretest-Phase

Nach der Entwicklung des standardisierten Telefoninterviews (vgl. Kapitel 4.1.1) und der Gewinnung einer repräsentativen Telefonstichprobe (vgl. Kapitel 4.1.2) wurde das Telefoninterview, sowie die gesamte Vorgehensweise in einer Pretest – Phase getestet. Dies diente der Überprüfung der Praktikabilität und der Durchführbarkeit des Interviews. Außerdem sollte mit den Pretests eine Überprüfung der entwickelten Methodik auch in Hinblick auf die Datenauswertung erfolgen. Die geplante Stichprobengröße für das Telefoninterview und die Rücklaufquote für die schriftlichen Fragebögen konnten ebenfalls getestet werden.

Die Pretest - Phase fand in einem sechswöchigen Zeitraum statt. Grundlage unserer Interviews war eine zweite, von der ZUMA generierte Telefonliste mit 12000 Nummern. Die hieraus kalkulierte Non-Responder-Statistik, auf die hier nicht weiter eingegangen wird, konnte realistische Bedingungen hinsichtlich der erwarteten Teilnehmerquote und Ausschöpfung aufzeigen. Zusätzlich wurden in dieser Phase erste Erfahrungen im Umgang mit dem Telefoninterview gesammelt, einzelne Teile ergänzt bzw. verbessert. Diese Ergänzung betraf vor allem den Einleitungstext des Interviews, eine Verbesserung erfolgte hinsichtlich des Datenmanagements der Non-Responder.

4.2 Praktische Datenerhebung

Nach abgeschlossener Pretest-Phase (vgl. Kapitel 4.1.3) konnte ab dem 14.03.2003 mit der Datenerhebung unserer Telefonbefragung begonnen werden.

Die Datenerhebung erstreckte sich vom 14.03.2003 bis zum 11.12.2003 über einen Zeitraum von knapp neun Monaten. Telefoniert wurde montags bis freitags zwischen 9 und 21 Uhr. Auch samstags wurden, nach vorheriger Vereinbarung, Interviews geführt. An Sonn- und Feiertagen, sowie außerhalb der vorgegebenen Anrufzeiten wurde nicht telefoniert.

Datengrundlage der Erhebung bildete die in Kapitel 4.1.2 „Gewinnung einer repräsentativen Telefonstichprobe“ beschriebene Telefonliste des ZUMA mit 25.000 Nummern. Diese Nummern wurden systematisch durchtelefoniert, bis ein Datensatz mit 1.000 geführten Interviews erreicht wurde.

Wurde eine Nummer erstmalig angewählt ergaben sich drei Möglichkeiten:

- 1) Die entsprechende Person gehörte zu unserer Grundgesamtheit. Ein Telefoninterview konnte geführt werden.
- 2) Ein Ausfall musste verzeichnet werden, da die Person nicht Teil der Grundgesamtheit war.
- 3) Es konnte kein Ansprechpartner erreicht werden. Z.B. ertönte das Besetztzeichen, niemand oder ein Anrufbeantworter beantwortete das Telefon oder die Zielperson wurde zwar erreicht, hatte aber keine Zeit. In diesen Fällen wurde die entsprechende Telefonnummer vermerkt und erneut antelefoniert.

Zu 1.: Konnte ein Interview geführt werden, so wurden die Antworten des Interviewteilnehmers auf den Fragebögen dokumentiert und nach laufender Nummer sortiert abgeheftet. Die Daten wurden in eine entsprechend angelegte Datei eines elektronischen Datenverarbeitungsprogramms (SPSS Version 11.5) eingegeben. Bei Einverständnis des Interviewteilnehmers zur Teilnahme an der schriftlichen Befragung wurde am Ende des Interviews die Anschrift notiert und die Fragebögen wurden für den Versand vorbereitet.

Zu 2.: Ausfälle jeder Art wurden notiert und für die Erstellung einer Non – Responder – Statistik ebenfalls in die SPSS-Datei eingegeben. Dabei beschränkten wir uns auf die Dokumentation der ersten 10000 laufenden Nummern. Eine detaillierte Darstellung der verschiedenen Ausfälle findet sich in Kapitel 5.1.1 „Non-Responder Statistik und Verzerrungen“.

Zu 3.: Die restlichen nicht erreichten Nummern wurden mitsamt dem Grund für das Nichterreichen (Zielperson nicht da/hatte keine Zeit, Anrufbeantworter, Nummer besetzt etc.) als „Nummer in Arbeit“ notiert und zu einem anderen Zeitpunkt erneut angerufen. Insgesamt wurden solche Nummern fünfmal zu je unterschiedlichen Wochentagen und Tageszeiten angerufen, ehe sie als Ausfall gewertet wurden. Wenn bekannt war, dass ein Haushalt zur Zielgruppe gehörte, da z.B. bei einem Anrufversuch die Kinder erreicht wurden oder Eltern Interesse an der Interviewteilnahme bekundet hatten, wurden die entsprechenden Telefonnummern bis zu zehn mal antelefoniert, ehe sie als Ausfall notiert wurden.

Die eigentliche Durchführung eines Telefoninterviews nahm ca. 10 Minuten in Anspruch, der Gesamtzeitaufwand für Durchführung und weitere Bearbeitung betrug dagegen etwa eine Stunde. Hierin enthalten sind alle Arbeitsschritte, die zur vollständigen Bearbeitung eines Falls notwendig waren: von der Auswahl der Nummer, dem Führen des eigentlichen Telefoninterviews über das etwaige Vorbereiten und Versenden der schriftlichen Fragebögen bis zur Eingabe der Daten geführter und nicht-geführter Interviews in die SPSS – Datenbank. Der Zeitaufwand für die Eingabe der Fragebogendaten ist in dieser Kalkulation nicht enthalten, da diese Tätigkeit in der Arbeitsgruppe gesondert durchgeführt wurde.

4.3 Datenauswertung

4.3.1 Bildung des Rohdatensatzes

Die ermittelten Daten der repräsentativen Telefonstichprobe (=Telefonbefragung) wurden nach der Eingabe auf ihre Plausibilität kontrolliert und versäubert.

Die Zahl der aus der Stichprobe ausgeschlossenen Interviews beläuft sich auf 10. Hierbei wurden die Interviews von den Befragten als zu lang oder die Fragen als zu intim erachtet, was in 7 Fällen zum vorzeitigen Abbruch führte. 3 Interviews mussten als ungültig gewertet werden, da sie nicht mit einem Erziehungsberechtigten geführt wurden, sondern mit einem älteren Geschwisterteil.

Damit ergab sich ein *Rohdatensatz* von 1008 vollständigen und auswertbaren Interviews.

Zur besseren Darstellung der problematischen Lebensbereiche wurden Lebensqualitäts-Scores gebildet und die Angaben zur Zeitverteilung im ILK normiert (vgl. Kapitel 4.3.2).

Anschließend wurden die Daten der Telefonstichprobe mit den Daten einer klinischen Stichprobe verknüpft. Um Verzerrungen auszuschließen wurden die Stichproben per Matching-Verfahren hinsichtlich der Variablen Schule, Alter und Geschlecht parallelisiert (vgl. Kapitel 4.3.3), woraus die so genannte Paarlingsstichprobe entstand. Innerhalb dieser Paarlingsstichprobe wurde zudem nach externalen und internalen psychiatrischen Störungen unterscheiden (vgl. Kapitel 4.3.4).

Erst jetzt wurde die so entstandene Stichprobe anhand statistischer Tests und der Berechnung von Effektstärken auf Unterschiede zwischen den Untergruppen untersucht (vgl. Kapitel 4.3.5).

4.3.2 Dichotomisierung, Score-Bildung und Normierung der Zeiten

a) Dichotomisierung der ILK-Items (=Problemwahrnehmung)

Die Werte der ILK-Items können neben der Angabe von Mittelwerten der Anschaulichkeit halber noch in anderer Weise, nämlich durch eine Dichotomisierung der Rohwerte dargestellt werden. Durch diese Dichotomisierung wird in leicht

verständlicher Form der Prozentsatz von Kindern dargestellt, bei dem im entsprechenden Bereich Probleme vorliegen.

Bei dieser Dichotomisierung werden nun die ursprünglichen Werte 1=„sehr gut“ bis 5 =„sehr schlecht“ in zwei Gruppen eingeteilt: die Ausprägungen 1=„sehr gut“ und 2=„eher gut“ werden der Kategorie „kein Problem vorhanden“ und die Ausprägungen 3=„teils-teils“, 4=„eher schlecht“ und 5=„sehr schlecht“ der Kategorie „Problem vorhanden“ zugeordnet (vgl. Tabelle 4.3.1).

Tab.: 4.3.1 Dichotomisierung des ILK

sehr gut (1)	eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
Kein Problem		Problem vorhanden (=Problemwahrnehmung)		

b) Der Lebensqualitäts-Score₂₄

Der Lebensqualitäts-Score₂₄ ist ein Maß, welches das Rating aller ILK-Items (ILK 1 bis ILK 6) einschließt. Dies geschieht in allen Fällen, in denen bei mindestens 4 ILK-Items Angaben gemacht wurden. Fehlende Werte (Missings, maximal 2) werden dabei durch den Durchschnittswert des fehlenden Items ersetzt (Missingkorrektur). Danach erfolgte eine Aufsummierung der Rohwerte aller 6 ILK-Items. Der so erhaltene Wert (Minimum 6=optimales Ergebnis, Maximum 30=schlechtestes Ergebnis) wird anschließend umgepolt und gerundet und ergibt den gerundeten Lebensqualitäts-Score₂₄ (im Folgenden „Lebensqualitäts-Score₂₄“ genannt) mit einem optimalen Ergebnis von 24 und einem schlechtest möglichen Ergebnis von 0.

c) Normierung der Zeiten

Auch bei den Zeitangaben wurde eine Missingkorrektur durchgeführt und alle Angaben auf einen 24-Stunden-Tag normiert. Zur weiteren Bearbeitung dieser Angaben sei auf die Arbeit von Jediß (2006) verwiesen.

4.3.3 Klinische Vergleichsdaten und Bildung einer Paarlingsstichprobe durch ein Matchingverfahren

a) Klinische Vergleichsdaten

Ziel der Datenauswertung ist der Vergleich der Lebensqualität gesunder und psychisch kranker Kinder, operationalisiert als Vergleich der Daten der repräsentativen Telefonstichprobe (=Telefonbefragung) mit den Angaben einer klinischen Stichprobe (=Multizenterstudie, Mattejat et al., 1998).

Die klinischen Vergleichsdaten, ebenfalls Elternangaben, u.a. zur Lebensqualität psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, stammen aus der vom 19.03.1998 bis 21.01.1999 durchgeführten Multizenter-Studie der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg (Mattejat et al., 1998, 2003a und 2003b, 2005). Es wurden hierbei Daten einer „stationären Stichprobe“ aus sieben Kliniken und Daten einer „ambulanten Stichprobe“ aus sieben ambulanten Einrichtungen, Polikliniken und Praxen zusammengetragen.

Dazu wurde den beteiligten Kindern, Eltern und Therapeuten der insgesamt 14 beteiligten Institutionen ein ILK-Bogen zur Beantwortung vorgelegt.

Insgesamt konnten so 198 ILK-Datensätze aus dem stationären Bereich und weiter 501 Datensätze aus dem ambulanten Bereich gewonnen werden. Dies ergibt eine Gesamtstichprobengröße von N=699 mit Kinder- und/oder Therapeutenangaben, nur in 604 Fällen lagen Eltern-ILK-Bögen vor. Hierbei handelt es sich in 529 Fällen um Angaben von Müttern, in 75 Fällen gaben Väter oder andere Bezugspersonen Auskunft. Nach Reduktion der Fälle durch den Ausschluss von Datensätzen mit mehr als 2 Missings, fehlenden Angaben zu Alter, Geschlecht oder Schulform, sowie Kindern/Jugendlichen die keine Regelschule besuchen (vgl. Abbildung 4.3.1), verblieben für die Vergleiche letztlich 462 vollständige Eltern-ILKs. Eine deskriptive Stichprobenbeschreibung dieser 462 Fälle erfolgt in Kapitel 5.2.

Das Vorgehen bei der Auswertung der Kinder- und Elternratings der klinischen Stichprobe ist den entsprechenden Veröffentlichungen zur Multizenterstudie (Mattejat et al., 2003a, 2003b und 2005) zu entnehmen.

b) Matching der Daten

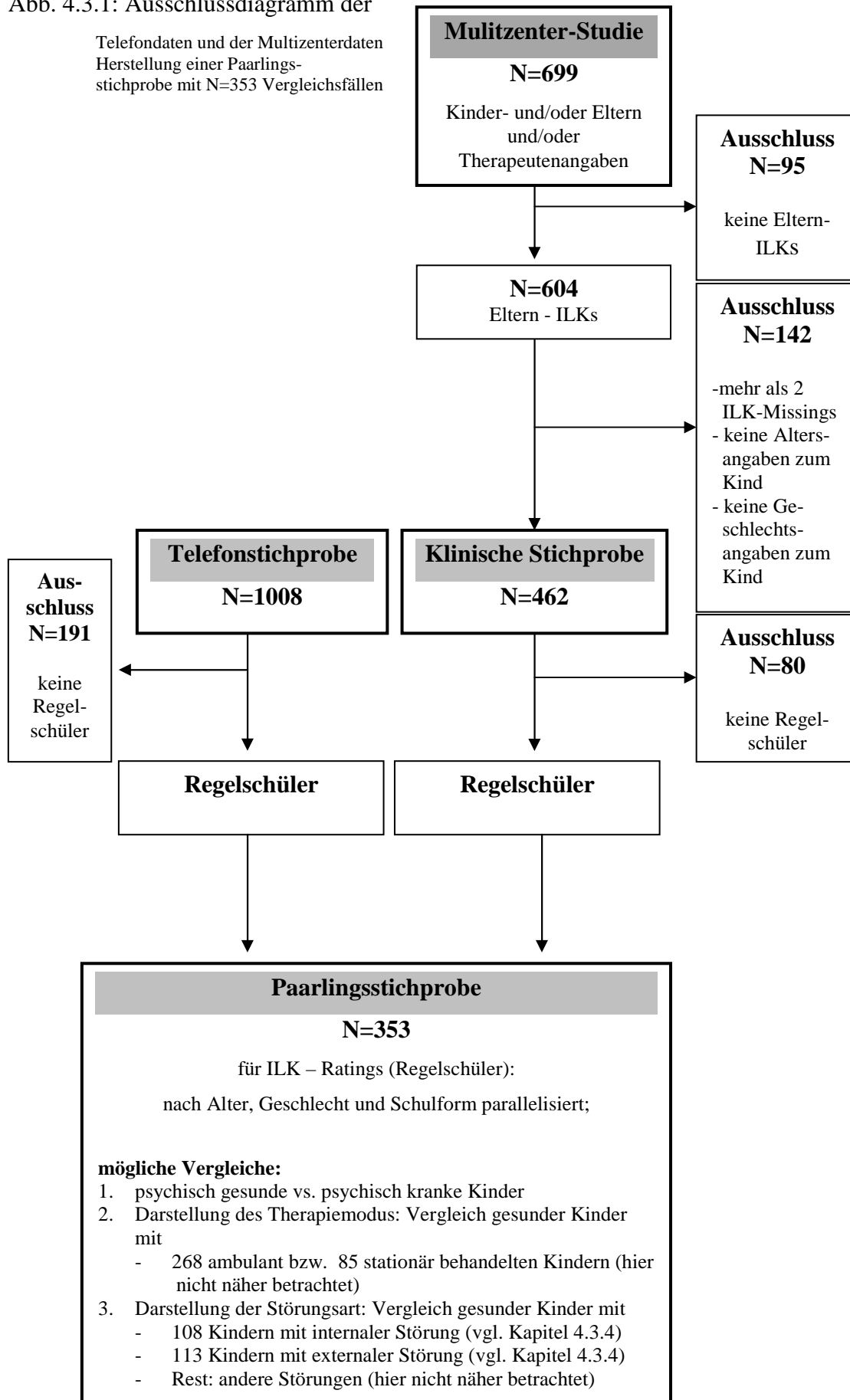
Um einen kontrollierten Vergleich der Telefondaten mit den Daten der Multizenterstudie zu ermöglichen, wurden die Fälle nach Alter, Geschlecht und Schultyp des Kindes kontrolliert. Dazu wurden Paare gebildet, die hinsichtlich der genannten Variablen übereinstimmten (=Matching), d.h. es wurde beispielsweise ein psychisch kranker 12jähriger männlicher Hauptschüler aus der Multizenterstudie mit einem psychisch gesunden 12jährigen männlichen Hauptschüler aus der Telefonstudie verglichen. Unterschiede zwischen den Gruppen lassen sich daher tatsächlich auf die Gruppierungsvariable gesund/krank zurückführen. Es kann also ausgeschlossen werden, dass sie auf ungleiche Verteilungen des Alters, Geschlechts oder der Schulform zurückzuführen sind.

Die so entstandene Paarlingsstichprobe umfasst insgesamt 353 vergleichbare Fälle. Diese verteilen sich auf 268 Fälle aus dem ambulanten Bereich und auf 85 Fälle aus dem stationären Bereich.

Nachfolgende Abbildung stellt die Ausfälle der Telefonbefragung und der Multizenterstudie gegenüber, um daraus die Fallzahl der 353 Vergleichsfälle für die Paarlingsstichprobe zu erhalten.

Abb. 4.3.1: Ausschlussdiagramm der

Telefondaten und der Multizenterdaten
Herstellung einer Paarlings-
stichprobe mit N=353 Vergleichsfällen



4.3.4 Bildung von Untergruppen innerhalb der Paarlingsstichprobe: Internal bzw. external gestörte Kinder vs. gesunde Kinder

Zusätzlich zu den Unterschieden zwischen allen psychisch kranken und allen psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen sollten die beiden großen Subgruppen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen - die Gruppe der **internalen** Störungen (= überwiegend ängstlich-depressive Syndrome) und die Gruppe der **externalen** Störungen (= aggressiv-ausagierende Syndrome) genauer betrachtet werden (vgl. Kapitel 2.5.3 und 2.5.4). Es folgt eine tabellarische Aufstellung der in der klinischen Stichprobe unter internalen bzw. externalen Störungen zusammengefassten Krankheitsbilder (vgl. Tabellen 4.3.1 und 4.3.2, siehe auch Anhang C).

Tab. 4.3.1: Internale Krankheitsbilder:

Krankheitsbild (ICD 10-Klassen)	Häufigkeit N=	Prozent
Affektive Störungen (F3)	12	11,1
Neurotische Störungen (F4 ohne F43)	14	13,0
Anorexien (F50.0 und F50.1)	13	12,0
Emotionalstörung (F93)	69	63,9
Gesamt	108	100,0

Tab.4.3.2 Externale Krankheitsbilder:

Krankheitsbild (ICD 10-Klassen)	Häufigkeit N=	Prozent
HKS (F90.0)	61	54,0
Störung des Sozialverhaltens (F91 und F92)	52	46,0
Gesamt	113	100,0

Mit Hilfe der oben beschriebenen Parallelisierung (=Matching) können die Kinder mit externalen/extraversiven bzw. Kinder mit internalen/introversiven Störungen aus der klinischen Stichprobe (=Multizenterstudie) direkt mit den gesunden Kindern aus der repräsentativen Telefonstichproben (=Telefonbefragung) verglichen werden. Es wird immer ein Paar verglichen (internale Störung vs. gesunde oder externale Störung vs. gesunde), dass jeweils gleich alt, vom gleichen Geschlecht ist und dieselbe Schulform besucht.

4.3.5 Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken

a) Signifikanztest nach Wilcoxon

Bei der repräsentativen Telefonstichprobe und der klinischen Stichprobe handelt es sich zwar um zwei von einander *unabhängige* Untersuchungen, aber aufgrund der vorgenommenen Parallelisierung (=Matching, Kapitel 4.3.2 „Dichotomisierung, Score-Bildung und Normierung der Zeiten“) sind beide Stichproben statistisch gesehen voneinander *abhängig*. Daher wurde als Signifikanztest der nichtparametrische Vergleich zweier abhängiger Gruppen (=Wilcoxon-Test) herangezogen.

b) Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni

Wir legen ein Signifikanzniveau von 0,05 fest. Um eine Kumulierung der α -Fehler und damit eine de facto Verminderung des Signifikanzniveaus zu vermeiden, wurden folgende Überlegungen angestellt: Um die aufgestellte Hypothese zu prüfen, dass psychisch erkrankte Kinder im Vergleich zu gesunden Kindern mehr Einschränkungen ihrer Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen aufweisen, wurden die beiden Gruppen (gesund und krank) mit Hilfe des Wilcoxon-Tests in Bezug auf 15 Variablen (Rohwerte der ILK-Items 1 bis 7, dichotomisierte Werte (Problemwahrnehmung) der Items 1 bis 7, Lebensqualitäts-Score²⁴) auf Unterschiede überprüft. Diese 15 Variablen wurden bei 3 verschiedenen Vergleichen herangezogen:

1. Vergleich gesunder Kinder mit der Patientenstichprobe (repräsentative Bevölkerungsstichprobe vs. Gesamtgruppe der Multizenterstudie)
2. Vergleich gesunder Kinder mit internal erkrankten Patienten (repräsentative Bevölkerungsstichprobe vs. internale Gruppe der Multizenterstudie)
3. Vergleich gesunder Kinder mit external erkrankten Patienten (repräsentative Bevölkerungsstichprobe vs. externale Gruppe der Multizenterstudie)

Dies ergibt bei 15 Variablen insgesamt also 45 Tests (15 Variablen x 3 Vergleiche = 45 Tests). Jeder einzelne dieser Tests hat eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%. Um eine α -Inflation zu vermeiden, wurde das Signifikanzniveau nach der Regel von Bonferroni korrigiert ($0,05 / 45 = 0,001$). Es wird festgelegt, dass ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet wird.

c) Berechnung der Effektstärken

Das wichtigste Maß zur Bestimmung der praktischen Bedeutsamkeit eines experimentellen Effektes ist die Berechnung der *Effektstärke*. Diese berechneten wir trotz korrekt durchgeführter Testung der statistischen Signifikanz zur Klärung der praktischen Bedeutsamkeit unserer Ergebnisse. Somit wird der Nachteil des statistischen Testens - die Abhängigkeit der Signifikanzmaße von der Fallzahl - umgangen, da die Effektgröße von der Stichprobengröße unabhängig ist (Lind, 2005). Mit am häufigsten wird als Effektstärke Glass´d von Glass et al. (zitiert nach Rosenthal, 1991) verwendet, das nach folgender Formel berechnet wird:

$$ES = \frac{M_{EG} - M_{CG}}{S_{CG}}$$

ES = Effektstärke oder Glass´d

S = Standardabweichung

CG = control group bzw. Kontrollgruppe (=Telefonstichprobe)

EG = experimental group bzw. Behandlungsgruppe (=Multizenterstudie)

M = mean bzw. Mittelwert

Für die Interpretation von Effektstärken gibt es keine festgeschriebenen Kriterien und die Bewertung ist pauschal nicht bestimmbar. Effektstärken sind vielmehr im Zusammenhang der jeweiligen Fragestellung zu sehen. Dennoch werden von Cohen für Therapiestudien kleine, mittlere und große Effekte unterschieden (vgl. Tabelle 4.3.3), wobei diese Einteilung äußerst zurückhaltend und lediglich orientierend getroffen wurde (Cohen, 1988).

Tab. 4.3.3: Bewertung der Effektstärken und Sprachregelung in Anlehnung an Cohen (1988):

Bewertung zitiert nach Cohen (1988)		Unsere Sprachregelung in Anlehnung an Cohen	
groß	0,8	$\geq 0,65$	groß/bedeutsam
mittel	0,5	0,35-0,64	mittel/mäßig
klein	0,2	0,05-0,34	klein/gering
-	-	$< 0,05$	kein Effekt

In Anlehnung daran unterscheiden wir keine Effekte (bei Werten $< 0,05$), kleine beziehungsweise geringe Effekte (bei Werten zwischen 0,05 und 0,34), mittlere beziehungsweise mäßige Effekte (bei Werten zwischen 0,35 und 0,64) und große beziehungsweise bedeutsame Effekte (bei Werten größer 0,65).

5. Stichprobenbeschreibung

In diesem Abschnitt erfolgt die Beschreibung der repräsentativen Telefonstichprobe (vgl. Kapitel 5.1), der klinischen Stichprobe (vgl. Kapitel 5.2) und der Paarlingsstichprobe (vgl. Kapitel 5.3).

5.1 Beschreibung der repräsentativen Telefonstichprobe

Bevor die Telefonstichprobe hinsichtlich der demographischen Merkmale beschrieben wird, erfolgt zunächst eine Analyse der Datenausfälle, um eventuellen Verzerrungen auf die Spur zu kommen.

5.1.1 Analyse der Datenausfälle (Non-Responder-Statistik)

Um die Repräsentativität einer Stichprobe zu gewährleisten, müssen die Datenausfälle (= sog. „Non-Responder“) kontrolliert werden, so dass keine systematischen Verzerrungen auftreten. Zur Beurteilung eventueller Verzerrungen der Telefonstichprobe durch diese Ausfälle wurde deshalb für die ersten 10.000 angewählten Telefonnummern eine ausführliche „Non-Responder-Statistik“ erstellt. Während diese in allen Einzelheiten in der Ausarbeitung von Jediß (2006) dargestellt ist, soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur eine kurze Zusammenfassung erfolgen.

War es bei der Anwahl einer Telefonnummer der ZUMA-Liste (vgl. Kapitel 4.1.2 „Gewinnung einer repräsentativen Stichprobe“) nicht möglich ein Telefoninterview zu führen, so wurde dieser Ausfall, je nach Potential zur Stichprobenverzerrung, einer der folgenden Kategorien zugeordnet:

1. FAX, Modem, keine Kinder zwischen 6 und 18 Jahren: *stichprobenneutrale* Ausfälle
2. Nummer ohne jedwede Information, z.B. immer besetzt, nie erreicht: *potentiell nicht-stichprobenneutrale* Ausfälle
3. Zielperson verweigert Interview: *definitiv nicht-stichprobenneutrale* Ausfälle

Nach realistischer Abschätzung und Kalkulation der Stichprobenausfälle, konnte gezeigt werden, dass unsere Non-Responder-Statistik und entsprechend die systematische Verzerrung weitgehend der ZUMA-Ausfallstatistik eines bundesweiten Stichprobenexperimentes vom April 1999 (vgl. Häder, 2000) entspricht. Bei diesem Experiment wurden, wie in unserer Telefonstudie, mit Hilfe des „Gabler-Häder-Designs“ (Gabler et al., 1998) generierte Telefonnummern angewählt (vgl. Kapitel 4.1.2 „Gewinnung einer repräsentativen Stichprobe“) und die Ausfälle analysiert. Aufgrund der annähernden Übereinstimmung unserer Ausfälle mit dieser ZUMA-Ausfallstatistik, können wir davon ausgehen, eine **repräsentative** Stichprobe erreicht zu haben. Die Ausschöpfungsrate liegt bei 60%.

5.1.2 Demographische Merkmale der repräsentativen Telefonstichprobe

a) soziodemographische Daten der Eltern

Insgesamt nahmen 1008 Personen an der Telefonbefragung teil, das Durchschnittsalter dieser Interviewpartner lag bei 41,3 Jahren (Standardabweichung, $SD=6,83$), wobei die Teilnehmerinnen im Schnitt 40,7 ($SD= 6,80$), die männlichen Teilnehmer 43,1 Jahre ($SD=6,63$) alt waren. Abbildung 5.1.1 zeigt, dass der Anteil der Teilnehmerinnen mit 74,8% ($N=754$) etwa dreimal so hoch war wie der Anteil männlicher Teilnehmer mit 25,2% ($N=254$).

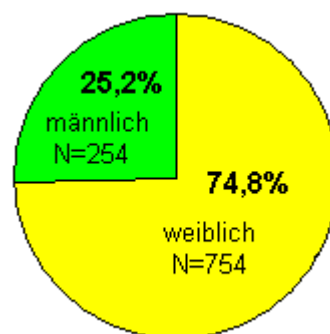


Abb. 5.1.1: Geschlechterverteilung der Teilnehmer am Telefoninterview

941 (93,4%) Teilnehmer gaben eine deutsche Staatszugehörigkeit, 55 (5,4%) eine Staatsbürgerschaft aus dem europäischen und 12 (1,2%) aus dem nicht-europäischen Ausland an. In 863 Fällen (85,6%) wurde mit Teilnehmern in Westdeutschland, 124mal

(12,3%) mit Teilnehmern aus den neuen Bundesländern und 21mal (2,1%) mit Berlinern (West- bzw. Ost-) telefoniert.

Der Großteil unserer Interviewteilnehmer war verheiratet und lebte mit dem Ehepartner zusammen (81,0%, N=816).

b) Soziodemographische Daten der Kinder und Jugendlichen

Insgesamt wurden die Daten von 485 (48,7%) Mädchen und 523 (51,3%) Jungen erhoben. Das durchschnittliche Alter aller befragten Kinder und Jugendlichen betrug 11,74 Jahre (SD=3,60), das der Mädchen 11,79 Jahre (SD=3,56), das der Jungen 11,70 Jahre (SD=3,64). 817 (80,1%) Kinder sind schulpflichtig und besuchen eine Regelschule. Sie verteilen sich auf die in Tabelle 5.1.1 dargestellten Schulformen.

Tab. 5.1.1 Verteilung der schulpflichtigen Kinder auf die Regelschulen:

Schultyp	N	Prozent aller befragten Kinder/Jugendlicher
Grundschule	312	34,3%
Hauptschule	76	8,4 %
Realschule	162	17,8 %
Gymnasium	267	29,4 %
Gesamt	817	80,1 %

92 (10,1%) Kinder besuchten Schulen, die der Kategorie „Sonstige Schule“ zu zuordnen sind. Die genaue Verteilung auf die entsprechenden Schulformen ist in Tabelle 5.1.2 dargestellt.

Tab. 5.1.2: Verteilung der verschiedenen Schulen innerhalb der „Sonstigen Schulen“

Bezeichnung der Schule	N	Prozent
schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe	11	12,0 %
Differenzierung schulbedingt nicht möglich, z. B. Waldorfschule	44	47,8%
Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule	1	0,1%
Schule für praktisch Bildbare/geistig Behinderte	6	6,5%
Andere Sonderschulen	3	0,3%
Sonstige Schule	27	29,3%
Gesamt	92	100%

Da die „sonstigen Schulen“ sich in sehr unterschiedliche und damit schlecht zu vergleichende Schultypen aufteilen, wird in weiteren Gegenüberstellungen und Vergleichen auf die Darstellung der Ergebnisse der Schülerinnen und Schüler sonstiger Schulen verzichtet, nur die Ergebnisse von Regelschülern werden aufgenommen.

Annähernd 10% der Kinder und Jugendlichen gehen nicht mehr oder noch nicht zur Schule: 46 (4,6%) sind erwerbstätig, 52 (5,1%) Kinder besuchten einen Kindergarten bzw. eine Vorklasse und ein Teilnehmer verweigerte die Angabe (0,1%).

Für eine detailliertere Darstellung der Soziodemographie der Stichprobe sei auf Jediß (2006) verwiesen, genaue Angaben zu den einzelnen ILK-Bereichen finden sich im Anhang B.

5.1.3. Repräsentativität der Stichprobe und Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

In unserer Telefonbefragung wurden bundesweite Elternangaben mit dem ILK gesammelt, mit dem Ziel, für das ILK Vergleichswerte aus der Normalbevölkerung zu gewinnen. Für eine solche Normierung ist die Repräsentativität unserer Stichprobe unerlässlich. Wir überprüfen sie mit Hilfe der im Telefoninterview erhobenen soziodemographischen Daten (vgl. Kapitel 5.1.2 „Demographische Merkmale der repräsentativen Telefonstichprobe“). Sie werden mit den Ergebnissen der Bundesstatistik¹ verglichen. Eine ausführliche Darstellung dieses Vergleiches findet sich in der Arbeit von Jediß (2006). Hier soll nur eine kurze Zusammenfassung erfolgen.

Übereinstimmungen und Abweichungen der beiden Stichproben wurden durch die Bildung von 95%-Konfidenzintervallen beurteilt. Dabei beschreibt das Konfidenzintervall einen auf dem Stichprobenmittelwert basierenden Wertebereich, der den Mittelwert der Grundgesamtheit mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit von 95% beinhaltet. Beim Vergleich mit den Daten aus der Allgemeinbevölkerung wurde nun geprüft, ob die Ergebnisse der Bundesstatistik in unserem für die Telefonstichprobe errechneten 95%-Konfidenzintervall liegen. Liegt der Wert der Bundesstatistik

¹ folgende Erhebungen dienten uns als bundesstatistische Vergleichsdaten:

1. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004)
2. Statistisches Bundesamt (2003a und b)
3. Statistisches Bundesamt (2005a und b)
4. Engstler & Menning (2003)

außerhalb des Konfidenzintervalls, muss davon ausgegangen dass die Stichprobe bezogen auf dieses Merkmal nicht repräsentativ ist.

Da unsere Telefoninterviews in 75,3% der Fälle mit Frauen aus den alten Bundesländern geführt wurden, wurden aus der Bundesstatistik auch nur die Angaben von/zu *Frauen* aus den *alten Bundesländern* zum Vergleich verwendet. Dadurch sollten regionale und geschlechtsbedingte Verzerrungen ausgeschlossen werden.

Als Schwierigkeit stellte sich außerdem heraus, dass bei den angeführten bundesstatistischen Vergleichserhebungen auch kinderlose Haushalte befragt wurden, beziehungsweise Haushalte, deren Kinder nicht zwischen 6 und 18 Jahren alt waren. Aufgrund dessen musste beim Vergleich mit unserer Grundgesamtheit mit Verzerrungen gerechnet werden.

Zusammenfassend kann nach der Überprüfung der soziodemografischen Daten von einer hinreichenden Übereinstimmung zwischen der Telefonstichprobe und der Bundesstatistik gesprochen werden.

Bei den Angaben zu den Kindern und Jugendlichen sind hinsichtlich Geschlecht, Alter und Schulform keinerlei Verzerrungen zu vermerken. Allerdings konnten in unserer Telefonstichprobe Verzerrungen hin zu *älteren Teilnehmern* mit *höherem Bildungsniveau* und *höherer subjektiver Schichtzugehörigkeit* gefunden werden. Zudem sind *Einkinder-Haushalte* überdurchschnittlich hoch vertreten. Die übrigen Abweichungen sind vernachlässigbar gering und nicht bedeutsam (Definition und Erläuterung bei Jediß, 2006).

Diese Verzerrungen lassen sich zum einen mit einer höheren Teilnahmebereitschaft von Menschen höherer sozialer Schichten und höherer Bildung bzw. höherer beruflicher Stellung an wissenschaftlichen Erhebungen erklären (Lüdtke et al., 2003). Zum anderen begünstigt die telefonische Datenerhebung solche Verzerrungen, da niedrigere soziale Schichten im Vergleich zu höheren Schichten häufiger einen Anschluss an das Mobiltelefonnetz haben als an das Festnetz (Fuchs, 2003). Indirekt lässt sich durch die höhere Schicht und Bildung auch die Dominanz der Ein-Kinder-Haushalte erklären: In allen deutschen Bundesländern kann ein negativer Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau der Frauen und der Fertilität nachgewiesen werden (Gelbard et al., 1999).

Obwohl die Befragten also tendenziell einer höheren Schicht angehören als der Durchschnitt der Bevölkerung, liegen die Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen

in der Telefonstichprobe teilweise unter dem Bundesdurchschnitt, was mit Unterschieden hinsichtlich der Befragung erklärbar ist: Die Befragten der Telefonstichprobe wurden im Hinblick auf eine fragebogengerechte Erhebung um eine groben Schätzung des monatlichen Nettoeinkommens „nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge“ gebeten. Die Teilnehmer der zum Vergleich herangezogenen Mikrozensus-Stichprobe wurden hingegen weit ausführlicher zu zusätzlichen Renten, Pensionen, öffentlichen Zahlungen und sonstigen Einkünften befragt (Statistisches Bundesamt, 2003b). Insgesamt fällt also auf, dass sich bezüglich des in den Haushalten zur Verfügung stehenden Einkommens keine einheitlichen Trends erkennen lassen.

Unter Berücksichtigung der erklärbaren Verzerrungen können wir davon ausgehen, dass die bundesdeutsche Grundgesamtheit von Haushalten mit Kindern zwischen 6 und 18 Jahren unserer Telefonstichprobe sehr nahe kommt. Somit können unsere Daten als **repräsentativ** betrachtet werden.

5.2 Beschreibung der klinischen Stichprobe (=Multizenterstudie)

Im Jahr 1998 wurde von einer Forschungsgruppe um Mattejat 626 kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten aus regional unterschiedlichen Kliniken und Praxen der ILK-Ratingbogen vorgelegt. Ebenso wurden die Eltern der erkrankten Kinder mit Hilfe des ILK-Ratingbogens befragt. Im Rahmen dieser Erhebung wurden noch andere Instrumente verwendet, sie sind für die Fragestellung dieser Arbeit aber irrelevant und werden deshalb nicht näher beschrieben. Sie sind bei Mattejat et al. (1998) dargestellt.

Am Ende der Erhebung stellten sich 462 Eltern-Fragebögen als verwendungsfähig heraus. Diese Stichprobe setzt sich folgendermaßen zusammen: 32,9% (N=152) waren Mädchen und 67,1% (N=310) Jungen. Die 462 Kinder hatten ein durchschnittliches Alter von 10,58 Jahren mit einer Standardabweichung von 3,2 Jahren.

Die Verteilung dieser Stichprobe auf die verschiedenen Altersgruppen ist in Tabelle 5.2.1 dargestellt

Tab. 5.2.1: geschlechtsspezifischer Vergleich der Altersgruppen bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen:

Altersgruppe	gesamt		weiblich		männlich	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
6-9 Jahre	200	43,3%	61	40,1%	139	44,8%
10-12 Jahre	139	30,1%	38	25,0%	101	32,6%
13-15 Jahre	72	15,6%	32	21,1%	40	12,9%
16-18 Jahre	51	11,0%	21	13,8%	30	9,7%
Gesamt	462	100%	152	100%	310	100%

In den Altersgruppen zwischen 6 und 12 Jahren überwiegt die Anzahl der Jungen, in den übrigen Altersgruppen ist die Geschlechterverteilung ausgeglichener.

Beim Überblick über die besuchten Schulformen beschränken wir uns, wie bereits begründet, auf die 382 Kinder und Jugendlichen, die Regelschulen besuchen. (vgl. Kapitel 4.3.3, Abbildung 4.3.3).

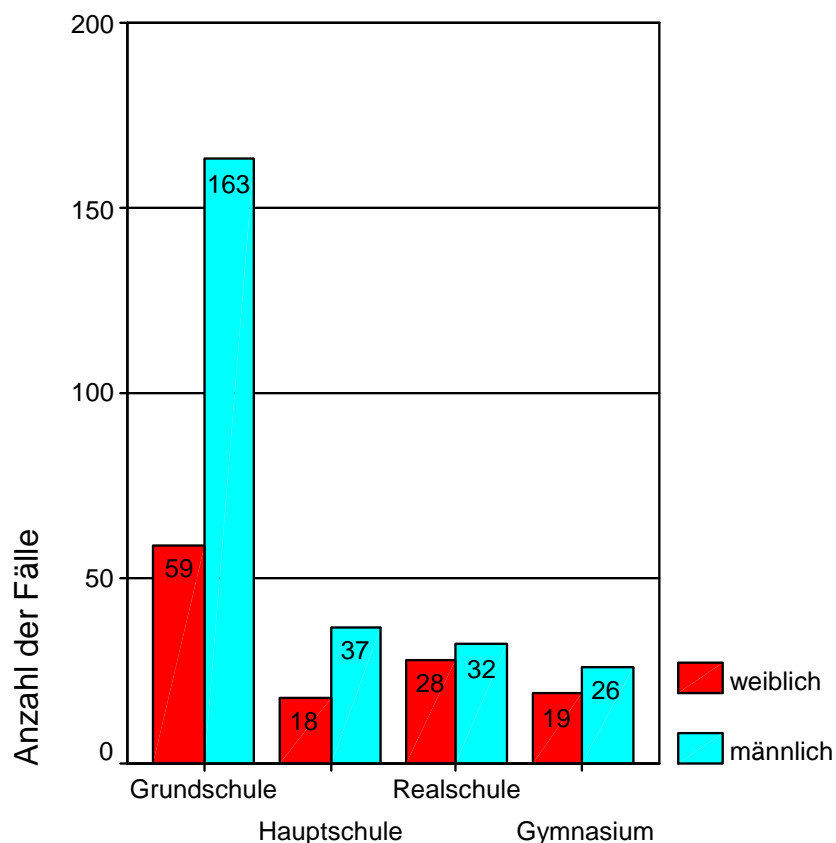


Abb. 5.2.1: Verteilung der psychisch erkrankten Kinder/Jugendlichen auf die Regelschulen

Abbildung 5.2.1 stellt nach Geschlechtern getrennt die Anzahl und Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Regelschulen dar. Dabei fällt aufgrund des Alters eine übermäßig hohe Anzahl Grundschüler bei beiden Geschlechtern auf. Die Hauptschule besuchen doppelt so viele Jungen wie Mädchen, auf der Realschule und dem Gymnasium ist die Anzahl weitgehend ausgewogen.

5.3 Beschreibung der im Matching-Verfahren gebildeten Paarlingsstichprobe

Ziel dieses Parallelisierungsverfahrens war es, jeweils immer Kinder und Jugendliche zu vergleichen, die gleich alt sind, die gleiche Schulform besuchen (nur Regelschulen, vgl. Kapitel 4.3.4) und auch das gleiche Geschlecht haben. Das heißt, es wurde immer ein *psychisch erkranktes* Kind aus der klinischen Stichprobe mit einem *psychisch gesunden Kind* der repräsentativen Telefonstichprobe verglichen.

Aus den 462 gültigen Fragebögen der klinischen Stichprobe (=Multizenterstudie) und den 1008 Interviews der repräsentativen Telefonstichprobe konnten 353 gleichartige Paare (=Paarlingsstichprobe) gebildet werden. Das verwendete Verfahren wurde in Kapitel 4.3.3 beschrieben. Diese Paarlingsstichprobe bildet die Grundlage für alle weiteren Vergleiche zwischen psychisch gesunden und psychisch erkrankten Kindern. Im Folgenden wird diese Paarlingsstichprobe nach Alter, Geschlecht und Schulform, sowie nach der Behandlungsmodalität (ambulant bzw. stationär) beschrieben.

Insgesamt umfasst die Paarlingsstichprobe 353 Paare. 34,6% (N=122) sind Mädchen und 65,4% (N=231) sind Jungen.

Das durchschnittliche Alter der 353 Paare beträgt 10,54 Jahre mit einer Standardabweichung (SD) von 3,25 Jahren. Die Mädchen waren durchschnittlich 11,11 Jahre (SD=3,28) alt, die Jungen 10,07 Jahre alt (SD=2,86). Die Altersgruppen teilen sich wie in Tabelle 5.3.1 beschrieben auf:

Tab.: 5.3.1: geschlechtsspezifischer Vergleich aller gematchten Paare, nach Altersgruppen:

Altersgruppe	gesamt		weiblich		männlich	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
6-9 Jahre	168	47,6%	47	38,5%	121	52,4%
10-12 Jahre	96	27,2%	32	26,3%	64	27,6%
13-15 Jahre	60	17,0%	30	24,5%	30	6,6%
16-18 Jahre	29	8,2%	13	10,7%	16	2,6%
Gesamt	353	100,0%	122	100,0%	231	100,0%

Die Hälfte der behandelten Jungen ist jünger als 10 Jahren (52,4%). 38,5% der Mädchen sind zwischen 6 und 9 Jahren alt, etwa die Hälfte der behandelten Mädchen ist zwischen 10 und 15 Jahren alt (50,8%). Dies spiegelt sich auch in Abbildung 5.3.1 wider, in der die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die verschiedenen Schulformen dargestellt ist.

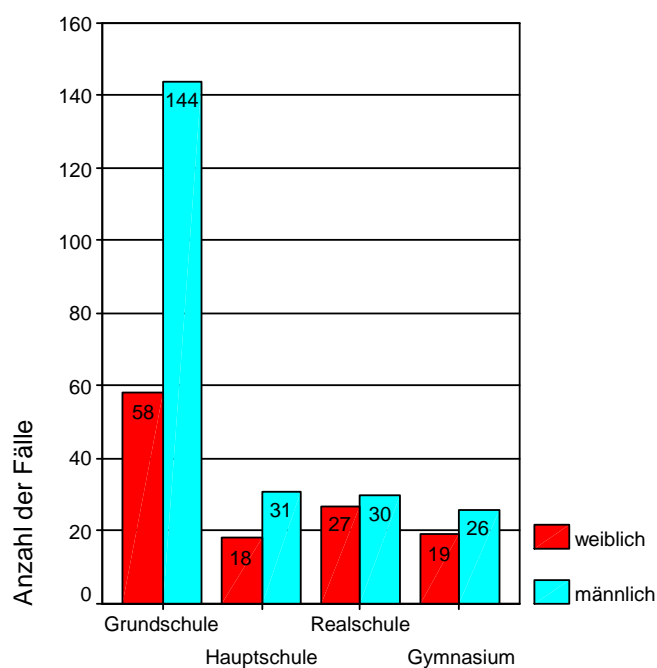


Abb. 5.3.1: Verteilung der Vergleichspaare auf die Regelschulen

Zwei Drittel der Jungen besuchen die Grundschule (N=144; 62,3%), bei den Mädchen ist es annähernd die Hälfte (N=58; 47,5%). Auf den weiterführenden Regelschulen ist die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen.

Auch der Therapiemodus ging als relevante Variable in die Paarlingsbildung (vgl. Tabelle 5.3.2) ein. Es konnten so 268 ambulante und 85 stationäre Vergleichspaare eingeteilt werden.

Tab. 5.3.2: geschlechtsspezifischer Vergleich der gematchten Paare nach Behandlungsmodalität:

Behandlungsmodalität	Geschlecht	N	%
ambulant	weiblich	80	29,9
	männlich	188	70,1
	Gesamt	268	100,0
stationär	weiblich	42	49,4
	männlich	43	50,6
	Gesamt	85	100,0

Dabei ergab sich eine annähernd ausgeglichene Verteilung der Geschlechter (weiblich: N=42, männlich: N=43) bei der stationären Behandlungsweise, während bei der ambulanten Behandlungsart die männlichen Vergleichspaare (70,1%, N=188) deutlich überwogen.

6. Ergebnisse

Zunächst werden die Daten zur Lebensqualität der Telefonstichprobe beschrieben (vgl. Kapitel 6.1). Im Anschluss daran werden sie mit den Werten der psychisch kranken Kinder verglichen (vgl. Kapitel 6.2).

6.1 Deskriptive Statistik der Telefonstichprobe

In diesem Abschnitt werden die ILK-Daten der gesunden Kinder und Jugendlichen unserer Telefonstichprobe dargestellt. Dies geschieht zunächst im Rahmen eines kurzen Gesamtüberblicks über die einzelnen im ILK abgefragten Lebensbereiche in Kapitel 6.1.1. Die Darstellung der einzelnen Lebensbereiche erfolgt in Kapitel 6.1.2.

6.1.1 Gesamtüberblick über die einzelnen Lebensbereiche

Im Rahmen der repräsentativen Telefonuntersuchung konnten 1008 vollständige Interviews geführt werden. Die Ergebnisse der einzelnen ILK-Lebensbereiche sind in Tabelle 6.1.1 und Abbildung 6.1.1 dargestellt, wobei wie auch in den folgenden Kapiteln die Bewertungsskala von 1=„sehr gut“ bis 5=„sehr schlecht“ reicht.

In Tabelle 6.1.1 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen ILK-Bereiche nebeneinander dargestellt.

Tab. 6.1.1: ILK: Fallzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen:

ILK-Bereich		Schule	Familie	Andere Kinder	Alleine	Gesundheit	Nerven/Laune	Alles zusammen
N	Gültig	948	1008	1008	1008	1008	1004	1005
	Fehlend	60*	0	0	0	0	4**	3**
Mittelwert***		2,10	1,58	1,71	1,70	1,67	2,10	1,78
Standardabweichung		0,83	0,69	0,80	0,84	0,74	0,76	0,63

* erwerbstätig, kein Schulbesuch mehr (N=7, 0,7%), Kindergarten (N=52, 5,1%), Antwort verweigert (N=1; 0,1%)

** weiß nicht oder keine Angabe

*** Beurteilungsskala von 1= „sehr gut“ bis 5= „sehr schlecht“

Dabei fällt auf, dass der familiäre Bereich („ILK-Familie“) mit einem Mittelwert von 1,58 (SD=0,69) am besten beurteilt wurde. Der Bereich Schule und die psychische Gesundheit („ILK-Nerven/Laune“) werden jeweils mit einem Mittelwert von 2,10 („ILK-Schule“: SD=0,83; „ILK-Nerven/Laune“: SD 0,76) am schlechtesten eingestuft. Im Mittelfeld liegt der soziale Kontakt zu anderen Kindern („ILK-Andere Kinder“), die körperliche Gesundheit („ILK-Gesundheit“) und die Beschäftigung mit sich selbst („ILK-Alleine“). Auch die Gesamteinschätzung der Lebensqualität („ILK-Alles zusammen“) liegt mit einem durchschnittlichen Wert von 1,78 (SD=0,63) im Mittelfeld.

Die Mittelwerte (=MW) und Standardabweichungen (=SD) der ILK-Angaben der gesunden Kinder und Jugendlichen sind nachfolgend in Abbildung 6.1.1 in grafischer Form darstellt:

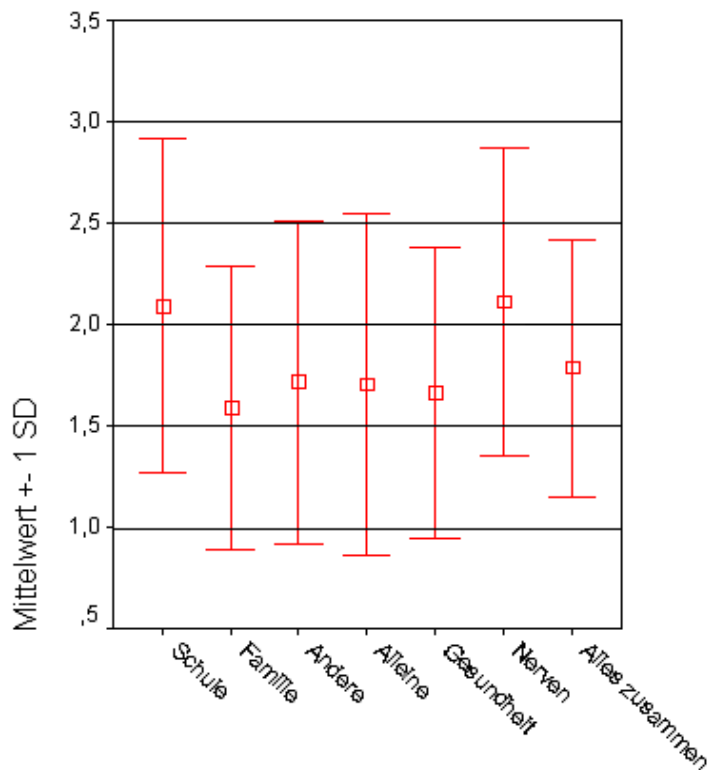


Abb. 6.1.1: ILK, Mittelwerte und Standardabweichungen

6.1.2 Darstellung der einzelnen Lebensbereiche

Im Folgenden werden die sechs dem ILK entsprechenden Lebensbereiche genauer dargestellt: „ILK-Familie“, „ILK-Andere Kinder“, „ILK-Familie“, „ILK-Alleine“, „ILK-Gesundheit“, „ILK-Nerven/Laune“. Anschließend erfolgt die Darstellung der Gesamteinschätzung „ILK-Alles zusammen“.

„ILK-Schule“

Auffallend ist hier, dass die Mädchen (MW=2,01; SD=0,80) bei der Bewältigung der schulischen Anforderungen generell besser von ihren Eltern beurteilt wurden als die Jungen (MW=2,18; SD=0,81). Am deutlichsten wird dies an den Kindern und Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen: hier kommen die Mädchen mit einem Mittelwert von 2,00 (SD=0,83) deutlich besser mit den schulischen Leistungsanforderungen zu recht als die Jungen (MW=2,34; SD=0,87). Die geringsten Unterschiede gab es bei den Hauptschülern: die Werte der Mädchen (MW=2,28; SD=0,70) haben in etwa das Niveau der Jungen (MW=2,30; SD=0,91). Auch die Realschülerinnen werden von den Eltern nur geringfügig besser beurteilt (MW=2,27; SD=0,79) als die Realschüler (MW=2,32; SD=0,70). Die Grundschülerinnen schnitten mit einem Mittelwert von 1,77 (SD=0,73) am besten ab, gefolgt von den Grundschülern mit einem Mittelwert von 1,98 (SD=0,91).

Einen Überblick über die Häufigkeit einzelner ILK-Ratings ist in den nachfolgenden Histogrammen (vgl. Abbildungen 6.1.2 und 6.1.3) geschlechtsspezifisch dargestellt.

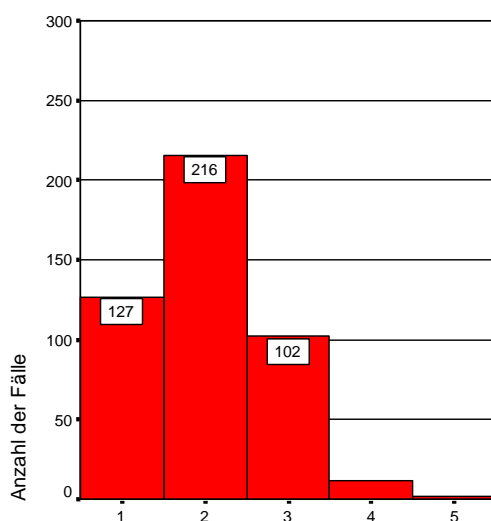


Abb. 6.1.2: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Schule“ bei den Mädchen

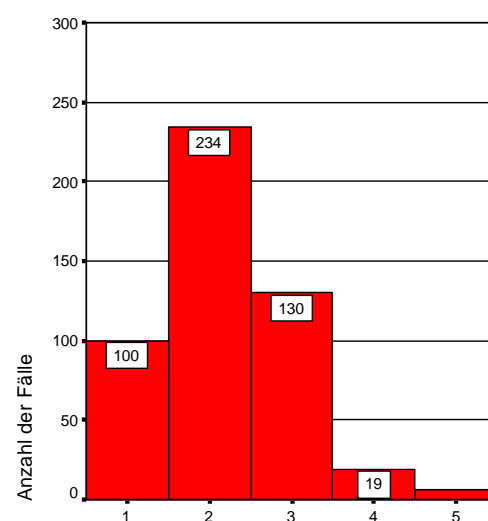


Abb. 6.1.3: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Schule“ bei den Jungen

So gaben beispielsweise, abzulesen in Abbildung 6.1.2, 127 Eltern von Mädchen an, dass sie den schulischen Bereich ihrer Töchter mit „sehr gut“ bewerteten.

Zusammenfassend stellt sich das Item „Schule“ altersabhängig dar: je älter die Kinder werden, desto schlechter werden die Angaben (6- bis 9-Jährige: $MW=1,86$, $SD=0,78$; 16- bis 18-Jährige: $MW=2,21$, $SD=0,85$). Auffällig sind vor allem die schlechten Angaben bei den 13- bis 15-jährigen Mädchen ($MW=2,23$, $SD=0,76$; vgl. Anhang B).

„ILK-Familie“

Auch in diesem Lebensbereich erreichen die Mädchen ($MW=1,53$; $SD=0,80$) durchschnittlich bessere Beurteilungswerte bezüglich der (familiären) Beziehung zu Mutter/Vater und anderen Familienangehörigen als die Jungen ($MW=1,63$; $SD=0,72$). In Abbildungen 6.1.4 und 6.1.5 wird die Häufigkeit der Werte für das Item „Familie“ geschlechtsspezifisch dargestellt.

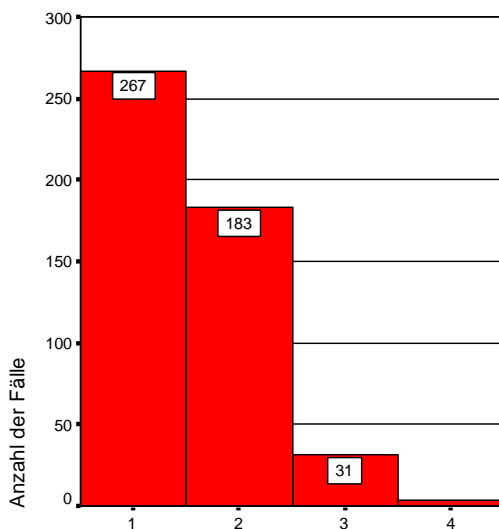


Abb. 6.1.4: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Familie“ bei den Mädchen

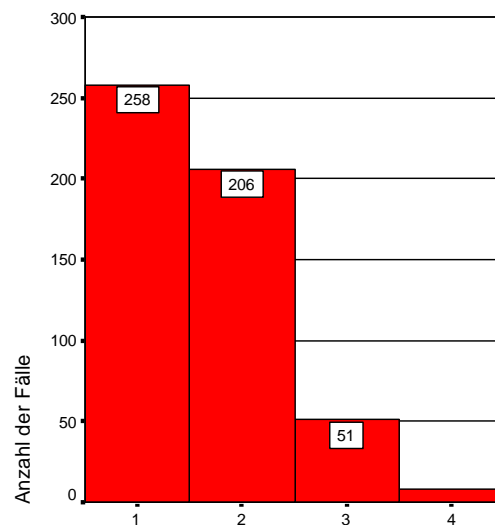


Abb. 6.1.5: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Familie“ bei den Jungen

Die Grundschülerinnen haben insgesamt mit einem Mittelwert von 1,36 ($SD=0,52$) das vergleichsweise beste familiäre Verhältnis. Die Jungen schneiden aber nur geringfügig schlechter ab ($MW=1,49$; $SD=0,62$). Die Realschüler zeigen mit einem Mittelwert von 1,78 ($SD=0,79$) einen deutlichen Unterschied im Vergleich zu den Realschülerinnen mit einem Mittelwert von 1,57 ($SD=0,76$). Das am schlechtesten eingestufte Verhältnis zu den Eltern/Familienangehörigen findet sich bei den Hauptschülern mit einem

Mittelwert von 1,79 (SD=0,86). Auch die Hauptschülerinnen werden im familiären Bereich mit einem Mittelwert von 1,72 (SD=0,70) verhältnismäßig schlechter beurteilt. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich bei allen Kindern die familiären Beziehungen mit zunehmendem Alter verschlechtern, vor allem die Jungen sagen sich ab der Pubertät (13- bis 15-jährige Jungen: MW=1,71; SD=0,74) stärker vom Elternhaus los als die Mädchen (13- bis 15-jährige Mädchen: MW=1,65; SD=0,69; vgl. Anhang B).

„ILK-Andere Kinder“

Durchschnittlich werden alle Kinder und Jugendlichen hinsichtlich des sozialen Kontaktes zu anderen Kindern/Jugendlichen von ihren Eltern besser als gut (2) bewertet, wobei wieder die Mädchen (MW=1,67; SD=0,79) besser eingestuft wurden als die Jungen mit einem Mittelwert von 1,75 (SD=0,81). Die nachfolgenden Grafiken stellen die geschlechtsspezifische Verteilung der Antworten hinsichtlich des ILK-Items „Andere Kinder“ in Abhängigkeit vom Skalenbereich 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht dar (vgl. Abbildungen 6.1.6 und 6.1.7):

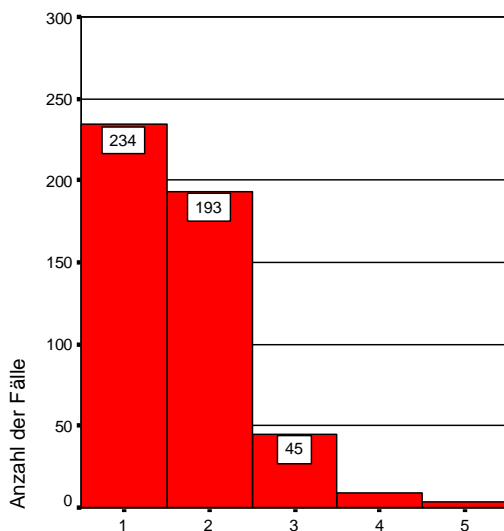


Abb. 6.1.6: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Andere Kinder“ bei den Mädchen

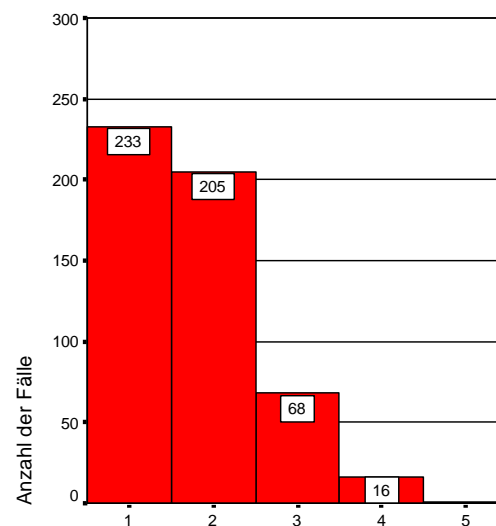


Abb. 6.1.7: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Andere Kinder“ bei den Jungen

Die Grundschülerinnen (MW=1,64; SD=0,71) und die Gymnasiastinnen (MW=1,64; SD=0,79) haben das beste Verhältnis zu anderen Kindern und Jugendlichen. Der Mittelwert der Grundschüler (MW=1,77; SD=0,83) liegt in etwa auf gleichem Niveau

wie der der Hauptschülerinnen (MW=1,76; SD=0,87), sowie der Gymnasiasten (MW=1,70; SD=0,78). Das zweitbeste Verhältnis zu anderen Kindern haben die Realschülerinnen mit einem Mittelwert von 1,67 (SD=0,85). Den schlechtesten sozialen Kontakt zu anderen Kindern und Jugendlichen haben die Hauptschüler (MW=1,94; SD=0,45). Die 10- bis 12-Jährigen (MW=1,81; SD=0,82) haben diesem ILK-Lebensbereich die meisten Problem im Vergleich zu anderen Altersgruppen (z.B. 13- bis 15-Jährige: MW=1,70; SD=0,77). Bei den Mädchen ab 10 Jahren wird das Verhältnis zu anderen Kindern bis zum Ende des 15. Lebensjahr nachhaltig schlechter, ab 16 Jahren werden die besten Werte erreicht (MW=1,68; SD=0,83). Die Eltern der Jungen zwischen 13 und 15 Jahren machen in diesem Lebensbereich die besten Angaben, ab 16 Jahren wird der Ausgangswert der 6- bis 9-Jährigen erreicht, ist aber zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr am schlechtesten. Die 6- bis 9-Jährigen liegen mit einem Mittelwert von 1,74 (SD=0,82) besser als die Jungen der anderen Altersgruppen (10- bis 12-Jährige: MW=1,81; SD=0,82, 13- bis 15-Jährige: MW=1,70; SD=0,77, 16- bis 18-Jährige: MW=1,77; SD=0,84; vgl. Anhang B).

„ILK-Alleine“

Wiederum wird die Fähigkeit sich alleine zu beschäftigen bei den Mädchen (MW=1,65; SD=0,79) im Durchschnitt geringfügig besser eingeschätzt als bei den Jungen (MW=1,75; SD=0,89). Die nachfolgenden Abbildungen 6.1.8 und 6.1.9 stellen die Verteilung der Antworten zu diesem Lebensbereich geschlechtsspezifisch dar.

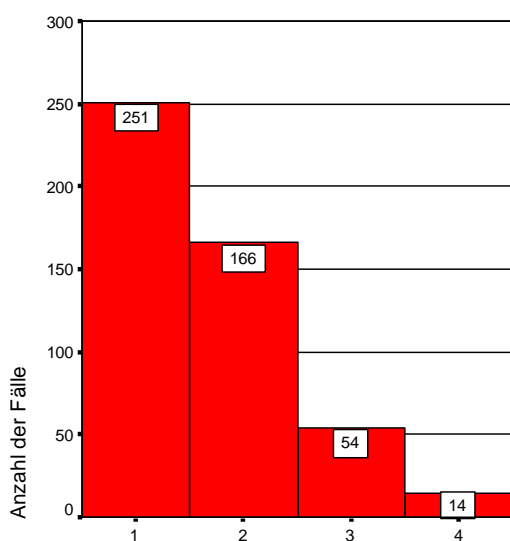


Abb. 6.1.8: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Alleine“ bei den Mädchen

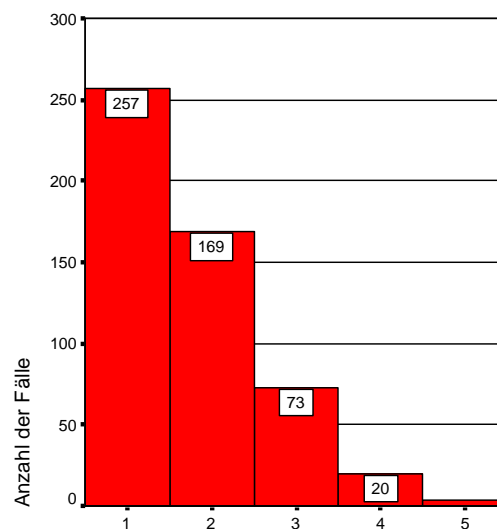


Abb. 6.1.9: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Alleine“ bei den Jungen

Schulformabhängig fällt auf, dass sich die Hauptschülerinnen mit einem Mittelwert von 2,03 (SD=0,98) schlechter alleine beschäftigen können als die Hauptschüler mit einem Mittelwert von 1,85 (SD=0,91). Bei allen anderen Schulformen können sich die Mädchen in ihrer Freizeit besser selbst beschäftigen als die Jungen: Grundschülerinnen liegen mit einem Mittelwert von 1,73 (SD=0,85) zwischen den Werten für die anderen Schulformen, aber deutlich besser als die Grundschüler (MW=1,92; SD=0,92). Die eigenständigsten Jugendlichen sind die Schülerinnen von Gymnasien (MW=1,51; SD=0,69) und Realschulen (MW=1,56; SD=0,67). Gymnasiasten (MW=1,62; SD=0,88) und Realschüler (MW=1,65; SD=0,79) sind ebenfalls etwa gleich gut in der Lage sich alleine zu beschäftigen.

Je älter die Kinder werden, desto besser stellt sich dieses Item (erwartungsgemäß) dar, wobei bei den Mädchen bessere Angaben gemacht werden (z.B. 16- bis 18-jährige Mädchen: MW=1,58; SD=0,75, 16- bis 18-jährige Jungen: MW=1,63; SD=0,97; vgl. Anhang B). Dies deutet auf insgesamt höhere Eigenständigkeit der Mädchen hin.

„ILK-Gesundheit“

Durchschnittlich betrachten die Eltern den Gesundheitszustand ihres Kindes besser als gut (Mädchen: MW=1,73; SD=0,78, Jungen: MW=1,68; SD=0,72). Entgegen dem oben genannten Trend, dass die Mädchen im überwiegenden Teil der Lebensbereiche besser abschneiden als die Jungen, wird der gesundheitliche Zustand nun bei den Jungen generell besser bewertet als bei den Mädchen. Die nachfolgenden Abbildungen stellen die Verteilung der Antworten in diesem Lebensbereich grafisch dar.

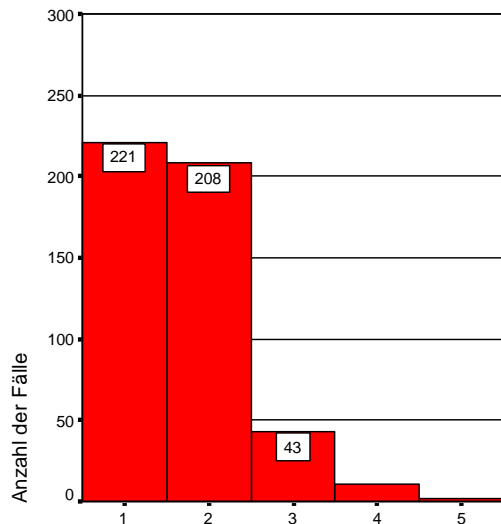


Abb. 6.1.10: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Gesundheit“ bei den Mädchen

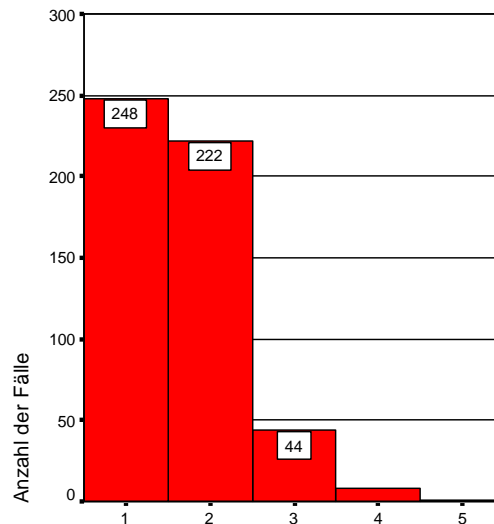


Abb. 6.1.11: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Gesundheit“ bei den Jungen

Auch wenn man die Daten schulspezifisch betrachtet, bleibt der Trend bestehen, nach dem die körperliche Gesundheit der Jungen günstiger eingeschätzt wird: Die Gymnasiasten können sich eines guten Gesundheitszustands erfreuen (Jungen: MW=1,63; SD= 0,64, Mädchen: MW=1,78; SD=0,71). Die Elternangaben der Hauptschüler liegen mit einem Mittelwert von 1,70 (SD=0,78), die der Realschüler mit einem Mittelwert von 1,68 (SD=0,72) in etwa auf dem selbem Niveau wie die der Realschülerinnen (MW=1,73; SD=0,78) und die der Schülerinnen von Gymnasien (MW=1,78; SD=0,71). Den verhältnismäßig schlechtesten Gesundheitszustand haben die Hauptschülerinnen mit einem Mittelwert von 1,90 (SD=0,86). Bei den jungen Kindern werden die Grundschülerinnen mit einem Mittelwert 1,48 (SD=0,61) gesünder eingestuft als die Grundschüler (MW=1,59; SD=0,72) und erzielen auch im Gesamtvergleich die besten Werte.

Einer guten Gesundheit erfreut sich bei den Mädchen vor allem die Altersgruppe zwischen 6 und 9 Jahren (MW=1,50; SD=0,64), die Pubertät macht sich aber bei den 13- bis 15-jährigen Mädchen durch schlechtere Angaben bemerkbar (MW=1,91; SD=0,86; vgl. Anhang B).

„ILK-Nerven/Laune“

Insgesamt betrachtet liegen die Mädchen (MW=2,10; SD= 0,76) und die Jungen (MW=2,11; SD=0,76) bezüglich ihrer seelischen Gesundheit in etwa auf gleichem Niveau. Dennoch ist dieser Lebensbereich neben der Schule der durchschnittlich am schlechtesten bewertete. Nachfolgende Abbildungen 6.1.12 und 6.1.13 geben die Verteilung der Antworten in diesem Lebensbereich wider.

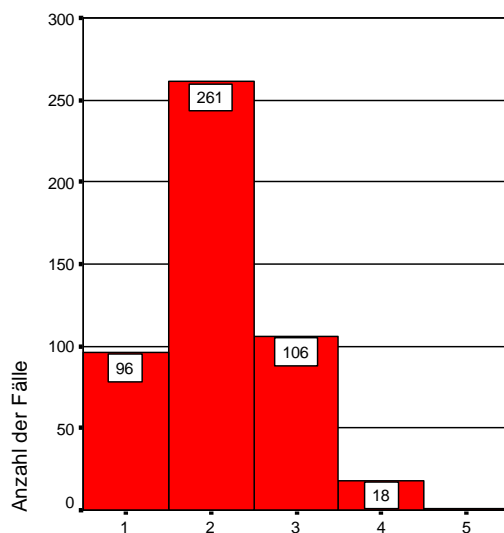


Abb. 6.1.12: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Nerven/Laune“ bei den Mädchen

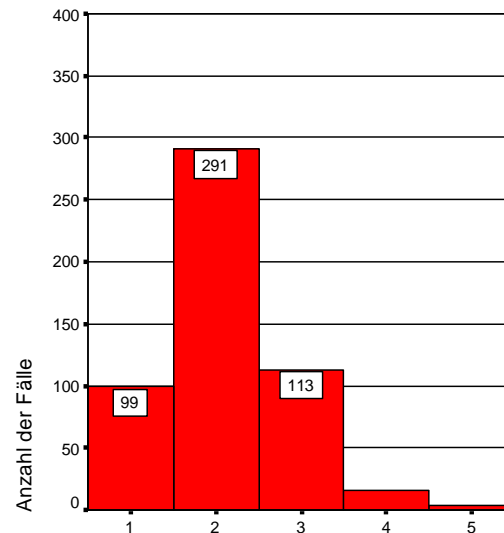


Abb. 6.1.13: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Nerven/Laune“ bei den Jungen

Die Gymnasiasten schneiden mit einem Mittelwert von 2,04 (SD=0,71) sowohl in der Gesamtstatistik (Mädchen: MW=2,10; SD=0,76, Jungen: MW=2,11; SD=0,76), als auch im Vergleich zu den Gymnasiastinnen (MW=2,09; SD=0,76) geringfügig besser ab. Etwas besser schneiden die Hauptschülerinnen mit einem Mittelwert von 2,17 (SD=0,89) im Verhältnis zu den Hauptschülern (MW=2,20; SD=0,81) ab. Grundschülerinnen und Grundschüler liegen bezüglich ihrer psychischen Gesundheit etwa auf dem selbem Niveau (Mädchen: MW=2,05; SD=0,75, Jungen: MW=2,09; SD=0,76). Die größten psychischen Probleme bei den Mädchen ergeben sich bei den Realschülerinnen (MW=2,19 SD=0,78). Auch die Realschüler (MW=2,16; SD=0,60) haben, nach den Hauptschülern, die meisten Probleme in diesem Lebensbereich.

Der psychische Gesundheitszustand der Mädchen verschlechtert sich mit dem Alter (Mädchen: 6 bis 8 Jahre: MW=2,04; SD=0,71, 16 bis 18 Jahre: MW=2,18; SD=0,86). Allerdings werden bei den Mädchen die schlechtesten Werte zwischen 13 und 15 Jahren gemessen (MW=2,24; SD=0,76), was verstärkt auf seelische Probleme während der Pubertät hindeutet. Bei den Jungen ist ein ähnlicher Trend erkennbar, allerdings

weisen bereits die 10- bis 12-Jährigen (MW=2,17; SD=0,75) schon ähnlich schlechte Werte wie die 16- bis 18-Jährigen auf (MW=2,18; SD=0,75). Zwischen 13 und 15 Jahren erreichen die Jungen wieder die Werte wie bei den 6- bis 8-Jährigen (MW=2,06; SD=0,82; vgl. Anhang B).

„ILK-Alles zusammen“

Was sich in den einzelnen Lebensbereichen gezeigt hat, bestätigt sich auch in der Gesamteinschätzung: die Mädchen (MW=1,75; SD=0,63) haben nach Meinung ihrer Eltern generell eine geringfügig bessere Lebensqualität als die Jungen (MW=1,80; SD=0,63). Aus den nachfolgenden Abbildungen wird die Verteilung der Antworten in dieser Globaleinschätzung „Alles zusammen“ dargestellt.

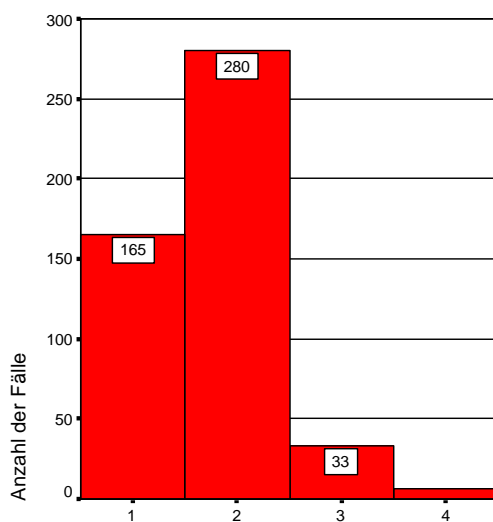


Abb. 6.1.14: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Alles zusammen“ bei den Mädchen

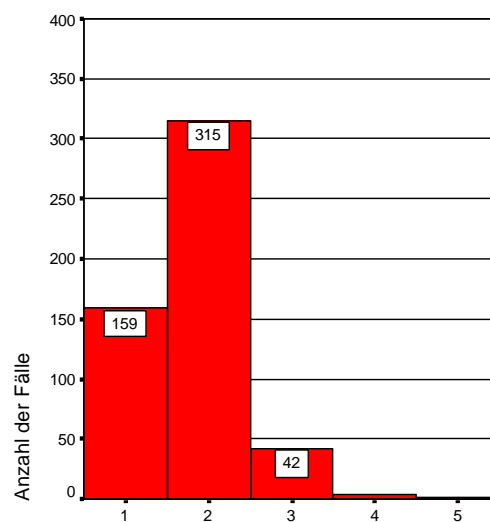


Abb. 6.1.15: Verteilung der Antworten für den ILK-Bereich „Alles zusammen“ bei den Jungen

Die Grundschüler (MW=1,72; SD=0,58) und Grundschülerinnen (MW=1,62; SD=0,55) werden von ihren Eltern am besten eingeschätzt. Die schlechtesten Gesamtwerte erreichen die Realschüler mit einem Mittelwert von 1,91 (SD=0,60). (Realschülerinnen: MW=1,84; SD=0,60). Auf einem ähnlichen Lebensqualitätsniveau befinden sich die Jungen (MW=1,88; SD=0,62) und die Mädchen von Gymnasien (MW=1,76; SD=0,68). Gegen den Trend, dass Mädchen besser bewertet werden als Jungen, werden die Hauptschüler mit einem Mittelwert von 1,74 (SD=0,71) besser als die Mädchen (MW=1,86; SD=0,79) von ihren Eltern eingeschätzt.

Die Gesamtzufriedenheit der Mädchen verschlechtert sich mit dem Alter (6- bis 9-Jährige: MW=1,60; SD=0,54, 16- bis 18-Jährige: MW=1,95; SD=0,63). Bei den Jungen ist eine ähnliche Tendenz erkennbar, wobei aber bei den 6- bis 9-jährigen Jungen mit einem Mittelwert von 1,68 (SD=0,59) eine geringfügig schlechter Gesamtzufriedenheit als bei den Mädchen festgestellt. Sind die Jungen älter als 15 Jahren, bewerten die Eltern die Jungen geringfügig zufriedener als die Mädchen

Bei beiden Geschlechtern wurden erwartungsgemäß die Grundschüler am zufriedensten eingeschätzt. Die schlechtesten Werte erreichen die Hauptschülerinnen (MW=1,86; SD=0,79), bei den Jungen werden die Realschüler (MW=1,91; SD=0,60) am schlechtesten bewertet. Vergleiche hierzu auch Anhang B.

6.2 Vergleich psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen

Im Folgenden werden sämtliche Ergebnisse der Vergleiche zwischen psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen aus der repräsentativen Telefonstichprobe und den psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen aus der Patientenstichprobe dargestellt. In Kapitel 6.2.3 werden die Ergebnisse aufgezeigt, die sich beim Vergleich psychisch gesunder und psychisch kranker Kinder allgemein ergeben. Dabei werden die (nach dem Matchingverfahren, vgl. Kapitel 4.3.3) parallelisierten 353 Paarlinge einander gegenübergestellt¹.

Die psychisch erkrankten Kinder wurden den Diagnosen entsprechend (vgl. Kapitel 4.3.4) in die beiden großen Subgruppen internale und externale Störungen eingeteilt. Die genaue Betrachtung der Ergebnisse aus den Vergleichen zwischen internal bzw. external erkrankten Kindern jeweils mit gesunden Vergleichskindern findet sich in Kapitel 6.2.2 und 6.2.3. In den zugehörigen Tabellen finden sich neben den Mittelwerten und Standardabweichungen der einzelnen Lebensbereiche die errechneten Signifikanzen des Wilcoxon-Testes mit korrigierten Signifikanzniveaus nach Bonferroni (vgl. Kapitel 4.3.5) und die Effektstärken nach Glass (vgl. Kapitel 4.3.5).

¹ Eine weitere Einteilung erfolgt anhand des Therapiemodus: 268 ambulante und 85 stationäre Patienten können den gesunden Vergleichskindern gegenübergestellt werden. Auf diese Vergleiche wird hier allerdings nicht näher eingegangen

6.2.1 Vergleich der repräsentativen Telefonstichprobe mit der Patientenstichprobe

Bei diesem Vergleich werden die ILK-Ergebnisse der Patientenstichprobe (Gesamtgruppe) mit denen der repräsentativen Telefonstichprobe (=Telefonbefragung) verglichen. D.h., die psychisch erkrankten Kinder werden allgemein den gesunden Kindern gegenübergestellt. Es findet hier noch keine Unterteilung bezüglich des Therapiemodus oder der Art der Störung statt.

In Tabelle 6.2.1 werden die Mittelwerte der einzelnen ILK-Items und die Standardabweichungen dargestellt. Die Unterschiede zwischen der Patientenstichprobe und der Telefonstichprobe wurden mit Hilfe des Wilcoxon-Tests überprüft, in der 6. Spalte der Tabelle 6.2.1 finden sich die entsprechenden Signifikanzwerte. Um eine Kumulierung der α -Fehler und damit eine de facto Verminderung des Signifikanzniveaus zu vermeiden, wurde das Signifikanzniveau nach der Regel von Bonferroni (vgl. Kapitel 4.3.5) korrigiert und wir betrachten einen p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant. In der letzten Spalte der Tabelle 6.2.1 sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in Form von Effektstärken dargestellt.

Tab. 6.2.1: ILK-Ergebnisse der Patientenstichprobe im Vergleich zur repräsentativen Telefonstichprobe:

ILK-Items	Patientenstichprobe N=353		Telefonstichprobe N=353		Wilcoxon-Test*	Effektstärke **
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung		
Schule	2,81	0,98	2,06	0,83	<0,0005	0,90
Familie	2,15	0,94	1,50	0,64	<0,0005	1,02
Andere Kinder	2,47	1,05	1,70	0,79	<0,0005	0,97
Alleine	2,48	1,09	1,81	0,89	<0,0005	0,75
Gesundheit	2,00	0,89	1,63	0,74	<0,0005	0,50
Nerven	3,17	0,91	2,06	0,75	<0,0005	1,43
Alles zusammen	2,80	0,91	1,74	0,57	<0,0005	1,86
Lebensqualitäts-Score ²⁴	14,93	3,40	19,23	2,53	<0,0005	-1,70

* Wilcoxon-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig). Da das Signifikanzniveau nach Bonferroni (vgl. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) korrigiert wurde, wird ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet

** Glass's Δ (vgl. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) Beurteilungsskala von 1= „sehr gut“ bis 5= „sehr schlecht“

Die Tabelle ist folgendermaßen zu lesen: der Mittelwert für das Item „Schule“ liegt bei der Patientenstichprobe bei 2,81, bei der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe bei 2,06 auf einer Skala von 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“. Das bedeutet, dass die

Kinder und Jugendlichen der Patientenstichprobe deutlich schlechtere Einschätzungen auf diesem Item erhalten. Insgesamt wird deutlich, dass sich die beiden Gruppen in allen überprüften Variablen signifikant unterscheiden ($p \leq 0,001$). Die ILK-Angaben der Patientenstichprobe fallen durchweg schlechter aus als die der repräsentativen Telefonstichprobe.

Die deutlichsten Unterschiede ergaben sich in der Gesamteinschätzung („*Alles zusammen*“): die Effektstärke liegt hier bei 1,86. Ebenfalls sehr deutliche Unterschiede ergeben sich beim Lebensqualität-Score24 (Effektstärke: -1,70) und dem Bereich der psychischen Gesundheit („*Nerven/Laune*“) mit 1,43.

Danach folgen die Bereiche „*Familie*“ mit einer Effektstärke von 1,02, der soziale Umgang mit anderen Kindern („*Andere Kinder*“) mit einer Effektstärke von 0,97 und der schulische Bereich („*Schule*“) mit einem Effektstärkewert von 0,90.

Das Item „*Alleine*“ liegt mit einer Effektstärke von 0,75 im Mittelfeld. Die geringsten Unterschiede ergeben sich beim Item „*Gesundheit*“: mit einem Mittelwert von 1,63 bei der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und 2,0 bei der Patientenstichprobe.

In der Abbildung 6.2.1 sind die Ergebnisse aus Tabelle 6.2.1 in grafischer Form veranschaulicht.

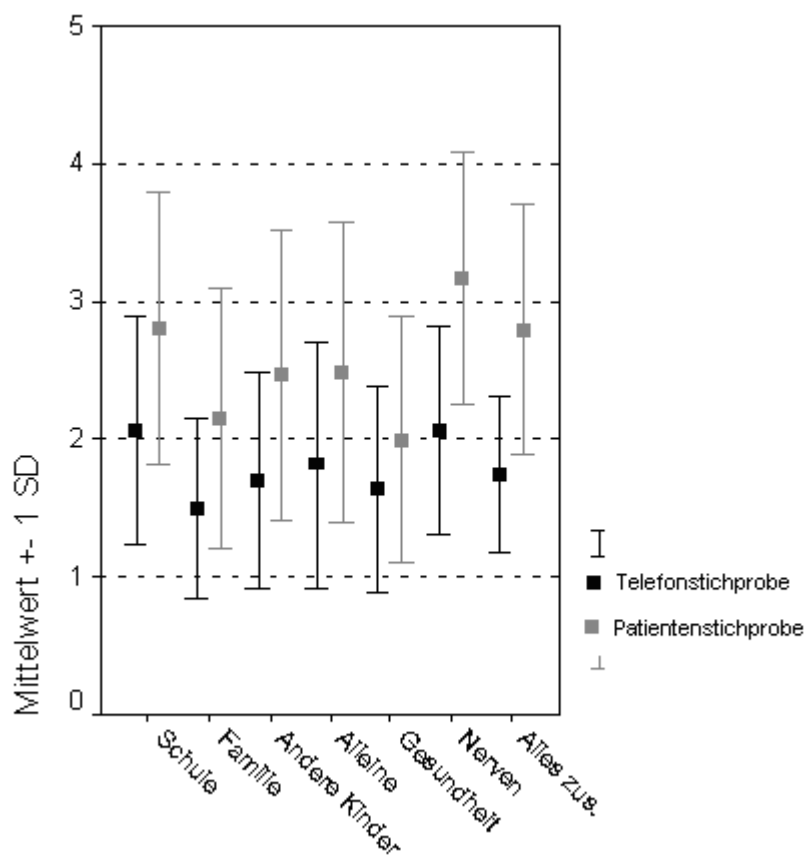


Abb. 6.2.1: Mittelwerte der ILK-Angaben mit Standardabweichungen beim Vergleich der Patientenstichprobe mit der repräsentativen Telefonstichprobe

In der Abbildung 6.2.2 sind Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamt-Lebensqualitäts-Scores²⁴ grafisch dargestellt.

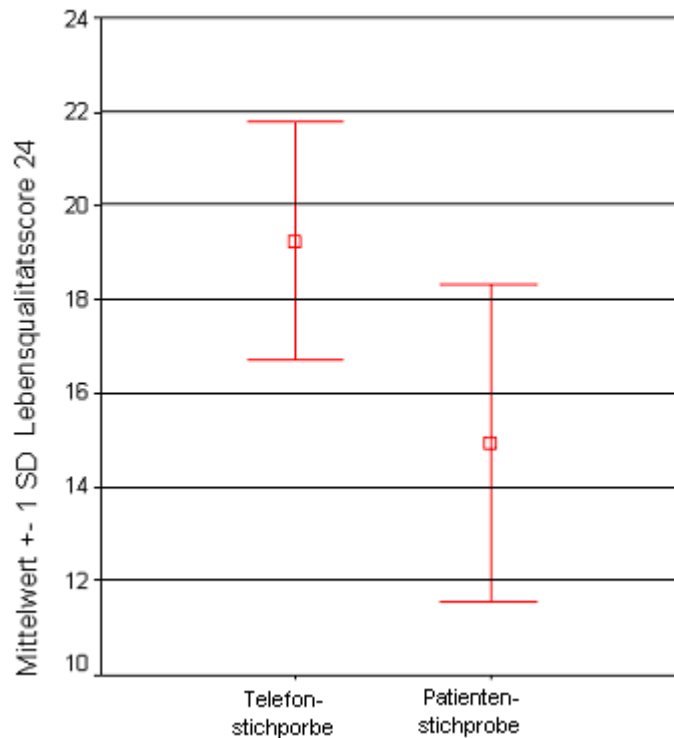


Abb.: 6.2.2: Mittelwerte und Standardabweichungen des Lebensqualitäts-Scores²⁴ der repräsentativen Telefonstichprobe und der Patientenstichprobe

Die in der Tabelle 6.2.1 dargestellten Ergebnisse können der Anschaulichkeit halber noch in anderer Weise, nämlich durch eine Dichotomisierung der Rohwerte dargestellt werden (vgl. Kapitel 4.3.2 „Dichotomisierung, Score-Bildung und Normierung der Zeiten“). Durch diese Dichotomisierung wird in leicht verständlicher Form der Prozentsatz von Kindern dargestellt, bei dem im entsprechenden Bereich Probleme vorliegen.

Bei dieser Dichotomisierung werden die ursprünglichen Werte 1=„sehr gut“ bis 5 =„sehr schlecht“ in zwei Gruppen eingeteilt: die Ausprägungen 1=„sehr gut“ und 2=„eher gut“ werden der Kategorie „kein Problem vorhanden“ und die Ausprägungen 3=„teils-teils“, 4=„eher schlecht“ und 5=„sehr schlecht“ der Kategorie „Problem vorhanden“ zugeordnet (vgl. Kapitel 4.3.2).

In Tabelle 6.2.2 sind die Ergebnisse für die auf diese Weise dichotomisierten Werte dargestellt. Die Angaben dieser Tabelle besagen, dass z.B. bei 60% der psychisch

kranken Kinder im Bereich „*Alles zusammen*“ ein Problem wahrgenommen wird, wohingegen dies nur bei 6% der gesunden Kinder der Fall ist. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit, ein „*problematisches*“ Rating zu erhalten, ist in der Patientengruppe im Vergleich zur Bevölkerungsstichprobe um das 10-fache erhöht. Entsprechend deutlich fällt auch die Effektstärke bei diesem ILK-Item aus (2,25).

Tab. 6.2.2: Problemwahrnehmung der einzelnen Bereiche bei der Gegenüberstellung Patientienstichprobe vs. repräsentative Telefonstichprobe:

Dichotomisiertes ILK-Item	Patientienstichprobe N=353		Telefonstichprobe N=353		Effektstärke *
	Angabe in %	SD in %	Angabe in %	SD in %	
Schule	70	46	26	44	1,00
Familie	33	47	7	25	1,04
Andere Kinder	46	50	15	35	0,89
Alleine	45	50	22	41	0,56
Gesundheit	23	41	10	31	0,42
Nerven	77	42	24	43	1,23
Alles zusammen	60	49	6	24	2,25

* Glass' s Δ (vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)

Analog zur Auswertung der ILK-Rohwerte finden sich bei den Kindern und Jugendlichen der Patientienstichprobe durchweg ungünstigere Werte als bei den entsprechenden Kindern und Jugendlichen aus der repräsentativen Telefonstichprobe.

Das nachfolgende Schaubild verdeutlicht die Problemwahrnehmung aufgeschlüsselt nach den einzelnen Lebensbereichen noch einmal in grafischer Form:

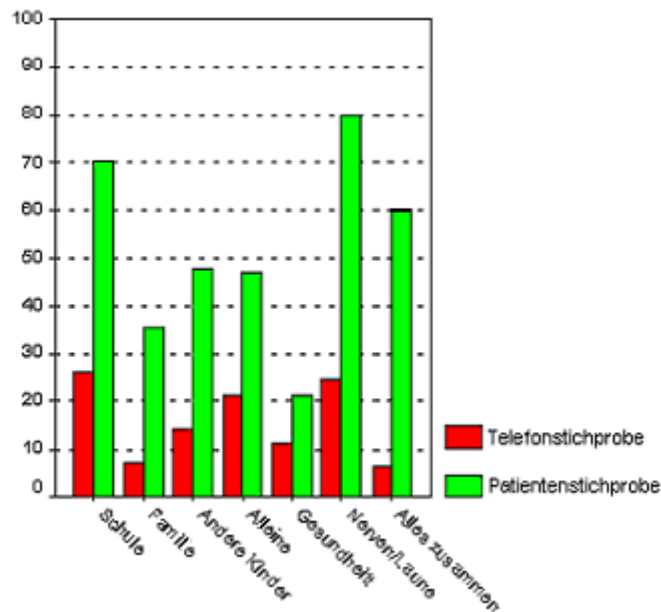


Abb.: 6.2.3: Problemwahrnehmung: Prozentangaben der dichotomisierten ILK-Angaben beim Vergleich der Patientenstichprobe vs. repräsentative Telefonstichprobe

6.2.2 Vergleich gesunder Kinder mit internal erkrankten Kindern

Die psychisch erkrankten Kinder wurden, wie bereits erwähnt, den Diagnosen entsprechend (vgl. Kapitel 4.3.4) in die beiden großen Subgruppen psychischer Störungen - die Gruppe der internalen Störungen und die Gruppe der externalen Störungen eingeteilt. In diesem Kapitel werden die Vergleiche zwischen gesunden Kindern (=„Telefon-/Bevölkerungstichprobe“) und Kindern mit internalen Erkrankungen (=„Patientenstichprobe: internale Gruppe“) vorgestellt. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl (N=108) wird auf einen nach Geschlechtern getrennten Vergleich verzichtet.

Als internale Störungen werden im Folgenden die Störungen mit den Diagnosen „Affektive Störungen“ (F3), „Neurotische Störungen“ (F4 ohne 43), „Anorexien“ (F50.0 und F50.1) und „Emotionalstörungen“ (F93) zusammengefasst.

Bei der Gegenüberstellung der Kinder mit internalen Störungen mit gesunden Kindern wird deutlich, dass die internal erkrankten Kinder in allen Lebensbereichen statistisch signifikant mehr Probleme haben als die gesunden Kinder und Jugendlichen.

In Tabelle 6.2.3 werden die Mittelwerte der einzelnen ILK-Items und die Standardabweichungen dargestellt. So liegt z.B. der Mittelwert des ILK-Items „Andere Kinder“ bei den internal erkrankten Kindern und Jugendlichen aus der Patientenstichprobe bei 2,48 - bei den gesunden Kindern und Jugendlichen der Bevölkerungsstichprobe hingegen bei 1,72 (Skala von 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“). Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden wiederum mit Hilfe des Wilcoxon-Tests überprüft, das Signifikanzniveau wurde nach der Regel von Bonferroni (vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) korrigiert.

Tab.: 6.2.3: ILK-Ergebnisse der Patientenstichprobe (internale Gruppe) im Vergleich zur repräsentativen Telefonstichprobe:

ILK-Items	Patientenstichprobe: internale Gruppe N=108		Telefonstichprobe N=108		Wilcoxon-Test*	Effektstärke **
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung		
Schule	2,70	0,99	2,13	0,91	<0,0005	0,63
Familie	1,98	0,92	1,48	0,69	<0,0005	0,73
Andere Kinder	2,48	1,07	1,72	0,78	<0,0005	0,97
Alleine	2,38	1,08	1,85	0,93	<0,0005	0,57
Gesundheit	2,13	0,99	1,72	0,82	<0,0005	0,50
Nerven	3,32	1,01	2,15	0,78	<0,0005	1,50
Alles zusammen	2,93	0,93	1,78	0,60	<0,0005	1,92
Dichotomisierter Lebensqualitäts-Score24	15,04	3,34	18,94	2,83	<0,0005	-1,38

* Wilcoxon-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig). Da das Signifikanzniveau nach Bonferroni (vgl. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) korrigiert wurde, wird ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet

** Glass's Δ (vgl. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) Beurteilungsskala von 1= „sehr gut“ bis 5= „sehr schlecht“

Dass sich die internal erkrankten und gesunden Kinder und Jugendlichen also in allen überprüften Variablen signifikant unterscheiden, wird aus der Tabelle 6.2.3 ersichtlich. Die Mittelwerte der internal erkrankten Kinder und Jugendlichen sind durchweg schlechter als die der gesunden Kinder und Jugendlichen.

Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich in der Gesamteinschätzung („Alles zusammen“, Effektstärke: 1,92) und dem Lebensqualität-Score24 mit einer Effektstärke von -1,38), im Bereich psychische Gesundheit („Nerven/Laune“) mit einer Effektstärke

von 1,50 und im sozialen Kontakt zu anderen Kindern („Andere Kinder“). Hier liegt die Effektstärke bei 0,97.

Die Items „Schule“ (Effektstärke: 0,63) und „Alleine“ (Effektstärke: 0,57) liegen in etwa auf einem Niveau. Der Bereich „Familie“ liegt mit einer Effektstärke von 0,73 im Mittelfeld. Die geringsten Unterschiede zeigen sich im Bereich körperliche Gesundheit („Gesundheit“) bei einer Effektstärke von 0,50.

In Abbildung 6.2.4 sind die Ergebnisse aus Tabelle 6.2.3 in grafischer Form dargestellt.

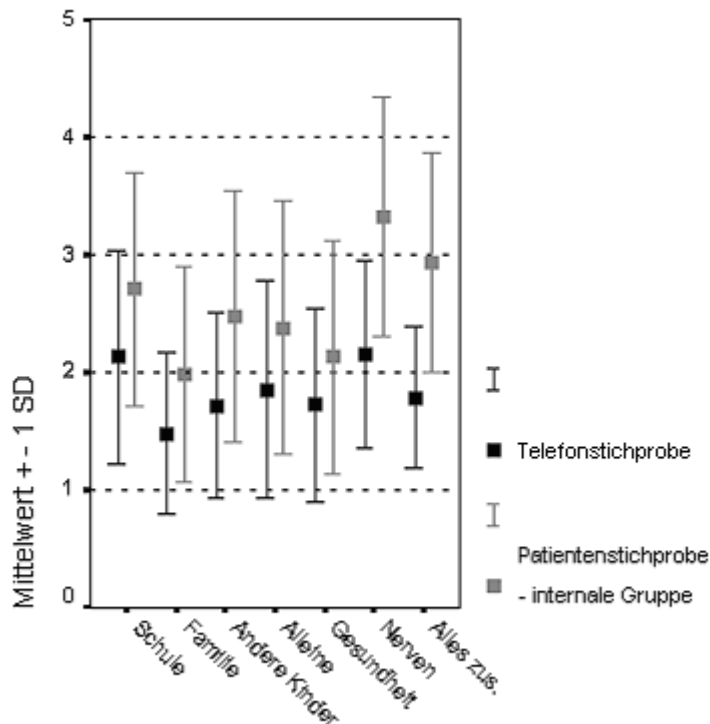


Abb. 6.2.4: Mittelwerte der ILK-Angaben mit Standardabweichungen beim Vergleich der Patientenstichprobe (interne Gruppe) mit der repräsentativen Telefonstichprobe

In Abbildung 6.2.5 werden die Kennwerte des Gesamt-Lebensqualitäts-Scores (Lebensqualität-Score24) dargestellt.

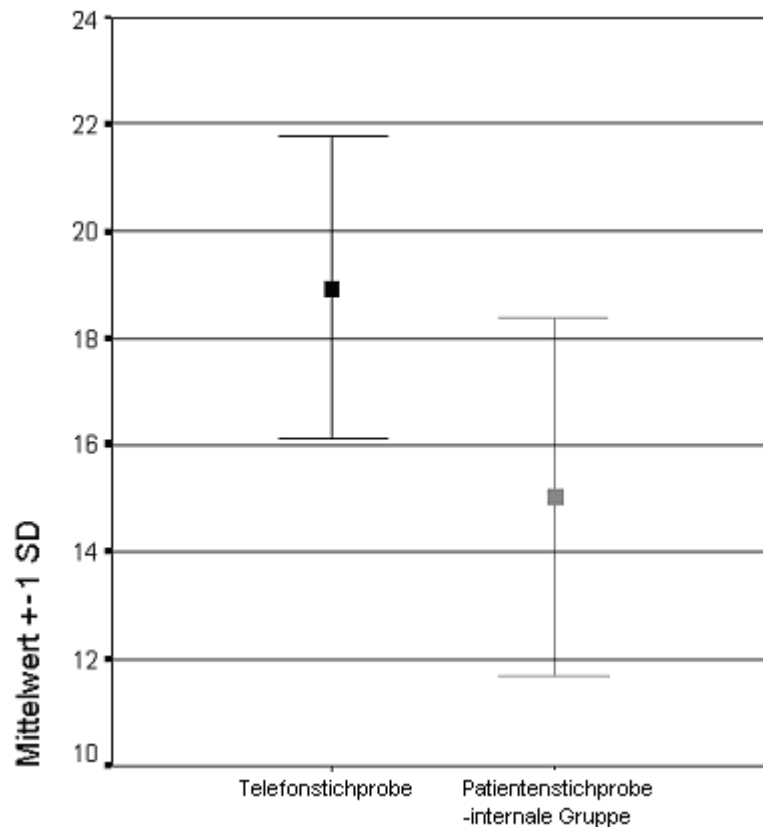


Abb. 6.2.5: Mittelwerte und Standardabweichungen des Lebensqualitäts-Scores²⁴ der repräsentativen Telefonstichprobe (internale Gruppe) und der Patientenstichprobe

In Tabelle 6.2.4 sind die dichotomisierten Werte dargestellt. So haben zum Beispiel 43% der internal gestörten Kinder Probleme im sozialen Kontakt zu anderen Kindern („Andere Kinder“), aber nur 15% der gesunden Kinder. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit ein „problematisches“ Rating in diesem Lebensbereich zu erhalten, ist in der Patientengruppe fast dreimal so hoch wie in der Gruppe der gesunden Kinder. Entsprechend hoch ist die Effektstärke (0,78) in diesem Bereich. Noch deutlicher veranschaulicht die Effektstärke (2,23) der Gesamteinschätzung („Alles zusammen“) die Unterschiede zwischen internal gestörten und gesunden Kindern und Jugendlichen. In der Patientengruppe der internal gestörten Kinder werden mehr als 9-mal so häufig Probleme (65%) registriert wie bei den gesunden Kindern (7%).

Tab. 6.2.4: Problemwahrnehmung der einzelnen Bereiche bei der Gegenüberstellung der Patientengruppe (internale Gruppe) vs. repräsentative Telefonstichprobe:

Dichotomisiertes ILK-Items	Patientenstichprobe: internale Gruppe N=108		Telefonstichprobe N=108		Effektstärke *
	Angaben in %	SD in %	Angaben in %	SD in %	
Schule	64	48	31	46	0,72
Familie	25	44	7	26	0,69
Andere Kinder	43	50	15	36	0,78
Alleine	46	50	19	40	0,68
Gesundheit	27	45	16	37	0,30
Nerven	82	39	29	45	1,18
Alles zusammen	65	48	7	26	2,23

* Effektstärke: Glass's Δ (vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)

Auch aus der nachfolgenden Abbildung 6.2.6, in der die Problemwahrnehmung nach einzelnen Lebensbereichen aufgeschlüsselt wurde, kann abgelesen werden, dass die Kinder und Jugendlichen der Patientenstichprobe (internale Gruppe) in allen Lebensbereichen ungünstigere Werte erzielen als die gesunden Kinder und Jugendlichen der Telefonstichprobe

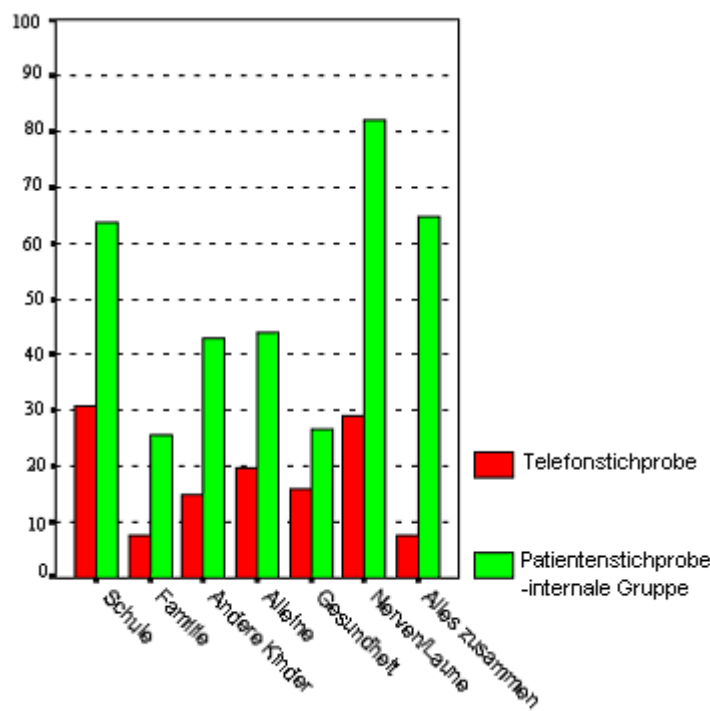


Abb. 6.2.6: Problemwahrnehmung: Prozentangaben der dichotomisierten ILK-Angaben beim Vergleich der Patientenstichprobe (internale Gruppe) vs. repräsentative Telefonstichprobe

6.2.3 Vergleich gesunder Kinder mit external erkrankten Kindern

Auch beim Vergleich von Kindern und Jugendlichen der Patientienstichprobe mit externalen Störungen (Diagnosen: „HKS“ (F90.0) und „Störung des Sozialverhaltens“ (F92 und 93), siehe Kapitel. 4.3.4) mit gesunden Kindern und Jugendlichen der repräsentativen Telefonstichprobe wird deutlich, dass die psychisch erkrankten Kinder in allen Lebensbereichen statistisch signifikant mehr Probleme haben als die gesunden Kinder.

In Tabelle 6.2.5 werden analog zu den bislang dargestellten Vergleichen die Mittelwerte der einzelnen ILK-Items und die Standardabweichungen dargestellt. So liegt z.B. der Mittelwert des ILK-Items „Schule“ bei den Kindern aus der Patientienstichprobe (Gruppe der externalen erkrankten Kinder) bei 2,97, bei den gesunden Kindern der Bevölkerungsstichprobe hingegen bei 1,97.

Tab. 6.2.5: ILK-Ergebnisse der Patientienstichprobe (externale Gruppe) im Vergleich zur repräsentativen Telefonstichprobe:

ILK-Items	Patientienstichprobe: externale Gruppe N=113		Repräsentative Telefonstichprobe N=113		Wil- coxon- Test*	Effekt- stärke **
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung		
Schule	2,97	1,00	1,97	0,82	<0,0005	1,22
Familie	2,37	0,96	1,58	0,68	<0,0005	1,16
Andere Kinder	2,73	1,02	1,81	0,84	<0,0005	1,10
Alleine	2,82	1,16	1,95	0,96	<0,0005	0,91
Gesundheit	1,94	0,76	1,58	0,64	<0,0005	0,56
Nerven	3,17	0,86	2,00	0,68	<0,0005	1,72
Alles zusammen	2,85	0,88	1,73	0,54	<0,0005	2,07
Lebensqualitäts- Score24	14,00	3,36	19,12	2,54	<0,0005	-2,02

* Wilcoxon-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig). Da das Signifikanzniveau nach Bonferroni (vgl. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) korrigiert wurde, wird ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet

** Glass' s Δ (vgl. 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“) Beurteilungsskala von 1= „sehr gut“ bis 5= „sehr schlecht“

Es wird deutlich, dass sich die beiden Gruppen in allen überprüften Variablen signifikant unterscheiden ($p \leq 0,001$). Dabei fallen in der Patientienstichprobe (externale Gruppe) die Mittelwerte der ILK-Angaben durchweg schlechter aus als die Mittelwerte der gesunden Kinder der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe.

Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich in der Gesamteinschätzung („*Alles zusammen*“, Effektstärke: 2,07 und dem Lebensqualität-Score 24 mit einer Effektstärke von -2,02) und in der psychischen Gesundheit („*Nerven/Laune*“) mit einer Effektstärke von 1,72. Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich außerdem im Bereich „*Schule*“ mit einer Effektstärke von 1,22 und im Bereich „*Familie*“. Hier liegt die Effektstärke bei 1,16.

Die Items „*Andere Kinder*“ (Effektstärke: 1,10) und „*Alleine*“ (Effektstärke: 0,91) liegen im Mittelfeld. Die geringsten Unterschiede zeigen sich im Bereich körperliche Gesundheit („*Gesundheit*“) mit einer Effektstärke von 0,56.

In der Abbildung 6.2.7 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der ILK-Items in grafischer Form dargestellt.

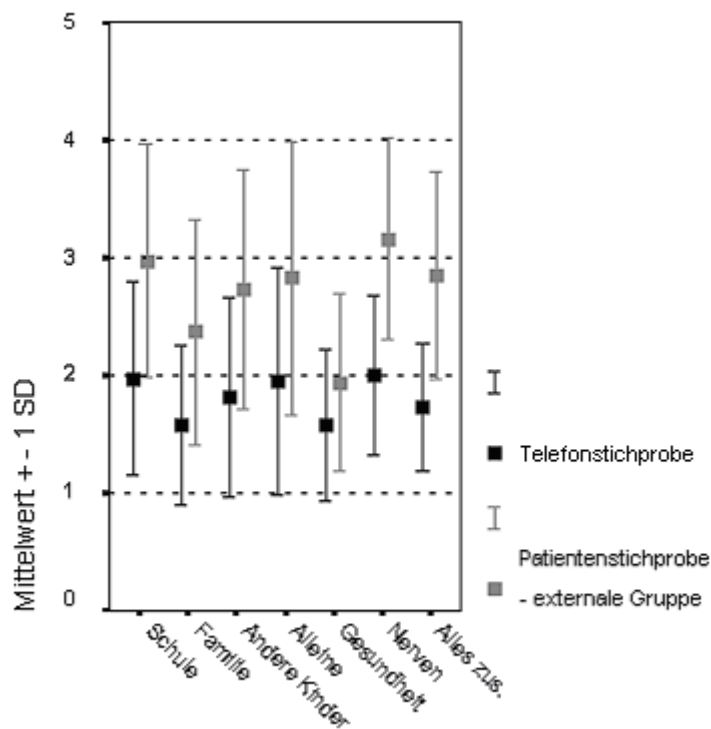


Abb. 6.2.7: Mittelwerte der ILK-Angaben mit Standardabweichungen beim Vergleich der Patientenstichprobe (externale Gruppe) mit der repräsentativen Telefonstichprobe

In Abbildung 6.2.8 wird das Ergebnis des Gesamt-Lebensqualitäts-Scores (Lebensqualität-Score 24) dargestellt.

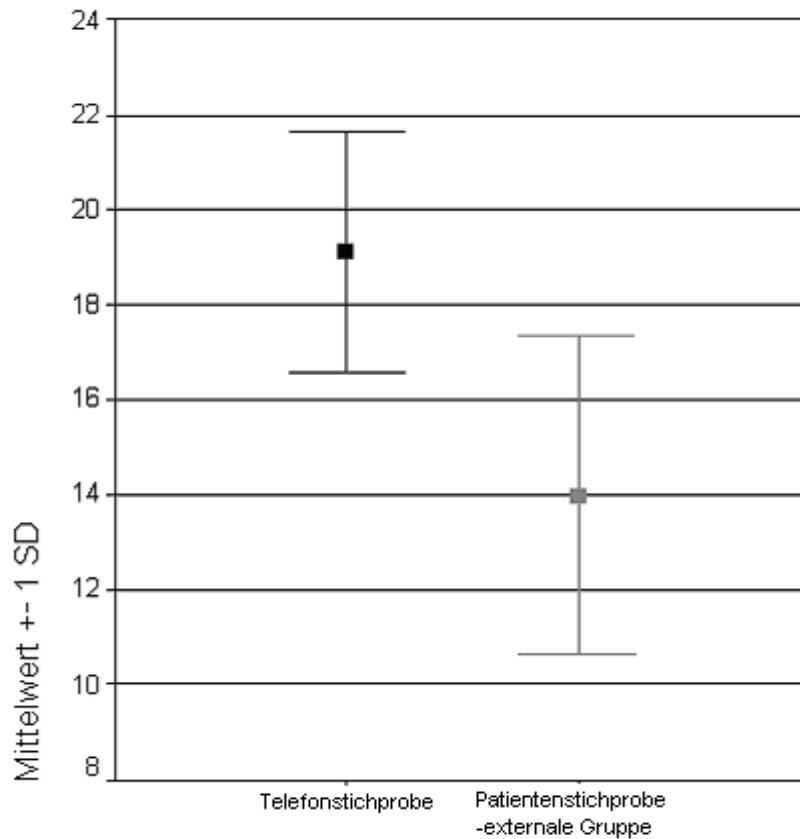


Abb. 6.2.8: Mittelwerte und Standardabweichungen des Lebensqualitäts-Score24 der repräsentativen Telefonstichprobe und der Patientenstichprobe (externale Gruppe)

In Tabelle 6.2.6 sind die Ergebnisse der dichotomisierten Werte dargestellt.

Tab. 6.2.6: Problemwahrnehmung der einzelnen Bereiche bei der Gegenüberstellung der Patientengruppe (externale Gruppe) vs. repräsentative Telefonstichprobe:

Dichotomisiertes ILK-Item	Patientenstichprobe: externe Gruppe N=113		Telefonstichprobe N=113		Effektstärke *
	Angaben in %	SD in %	Angaben in %	SD in %	
Schule	79	41	23	42	1,33
Familie	44	50	9	29	1,21
Andere Kinder	61	49	20	40	1,03
Alleine	56	50	29	46	0,59
Gesundheit	18	38	6	24	0,50
Nerven	79	41	21	41	1,41
Alles zusammen	63	49	4	21	2,81

* Effektstärke: Glass' s Δ (vgl. Kapitel 4.3.5 „Statistische Tests und Berechnung der Effektstärken“)

Zum Beispiel zeigen sich in der Tabelle 6.2.6 bei 63% der external gestörten Kinder Probleme in der Gesamteinschätzung der Lebensqualität („Alles zusammen“), aber nur bei 4% der gesunden Kinder. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit ein „problematisches“ Rating in diesem Bereich zu erhalten, ist in der externalen Patientengruppe fast 16-mal so hoch wie in der Gruppe der gesunden Kinder und Jugendlichen. Entsprechend hoch ist die Effektstärke (2,81) in diesem Bereich.

Bei den Kindern und Jugendlichen der externalen Gruppe der Patientienstichprobe werden in allen Lebensbereichen ungünstigere Werte gefunden, als bei den gesunden Kindern der repräsentativen Bevölkerungstichprobe. Die nachfolgende Grafik 6.2.9 stellt diese Verhältnisse noch einmal graphisch dar, wobei die Problemwahrnehmung nach einzelnen Lebensbereichen aufgeschlüsselt wurde.

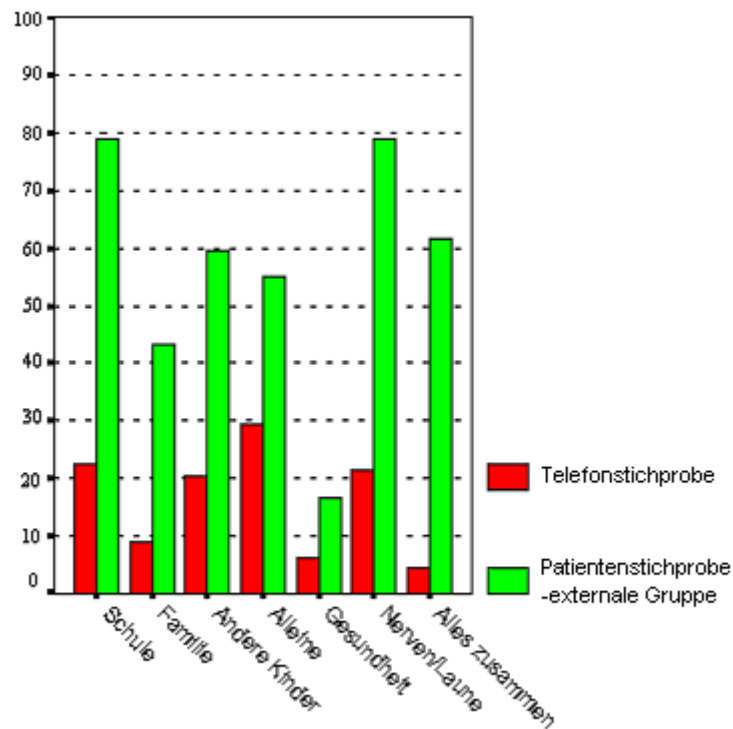


Abb. 6.2.9: Problemwahrnehmung:
 Prozentangaben der dichotomisierten ILK-Angaben beim
 Vergleich der Patientienstichprobe (externale Gruppe)
 vs. repräsentative Telefonstichprobe

Zudem fällt auf, dass die Unterschiede zwischen extroversiv erkrankten Kindern und Jugendlichen und Gesunden etwas deutlicher ausgeprägt sind als beim Vergleich der gesunden Kinder und Jugendlichen mit denen der internalen Patientengruppe.

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Ergebnisse

7.1.1 Allgemeines

In der vorliegenden Arbeit wurde die Lebensqualität von psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen mit der Lebensqualität psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher verglichen. Dabei erfolgte der Vergleich unter kontrollierten Bedingungen (vgl. Kapitel 4.3.3) und in großer Fallzahl. Es handelt sich überdies um die erste Untersuchung, in der die Daten mit einem überprüften, deutschsprachigen Instrument, welches explizit zur Anwendung in der klinischen Praxis entwickelt wurde, erhoben wurden. Die Erhebung erfolgte bei den psychisch erkrankten Kindern im Rahmen einer klinischen Multizenterstudie (vgl. Kapitel 4.3.3) mit dem ILK (vgl. Matzejat et al., 1998), bei den gesunden Kinder und Jugendlichen mit einem aus dem ILK entwickelten standardisierten Telefoninterview (=Telefonstichprobe, vgl. Kapitel 4.1.1), das mit den Eltern geführt wurde. Durch die Bildung einer Paarlingsstichprobe aus beiden Studien durch Matching (vgl. Kapitel 4.3.3) wird ausgeschlossen, dass Unterschiede zwischen den Gruppen durch Geschlechts-, Schul- und Alterseffekte erklärt werden können.

Bei den Vergleichen der Lebensqualität psychisch kranker und psychisch gesunder Kinder und Jugendlicher wurden auch Einflüsse verschiedener Diagnosegruppen (vgl. Kapitel 4.3.4) untersucht. Dabei wurde die Gruppe der internal gestörten sowie der external gestörten Kinder den jeweiligen gesunden Vergleichskindern gegenübergestellt.

Die in Kapitel 6.2 dargestellten Ergebnisse sollen im Folgenden diskutiert werden.

7.1.2 Unterschiede zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern und Jugendlichen bezüglich der Lebensqualität

Insgesamt bestätigt sich in unserer Untersuchung die in Kapitel 3 aufgestellte Hypothese, dass psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in allen überprüften Lebensbereichen mehr Einschränkungen bezüglich ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen als gesunde gleichaltrige Kinder und Jugendliche. Entsprechend liegen auf allen Skalen des ILK signifikante Unterschiede vor. Unsere Ergebnisse entsprechen damit denen anderer einschlägiger Veröffentlichungen (Escobar et al., 2005; Pongwilairat et al. 2005; Sawyer et al., 2001; Sawyer et al., 2002; Klassen et al., 2004; Bastiaansen et al., 2004b; Bastiaansen et al., 2004a; Patrick et al., 2002).

Im folgenden Abschnitt werden die Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern in den einzelnen Lebensbereichen in Anlehnung an das ILK diskutiert, wobei auch Bezug auf andere Studien genommen wird, welche die Lebensqualität gesunder und psychisch kranker Kinder und Jugendlicher miteinander vergleichen. Dabei muss kritisch angemerkt werden, dass die in der Literatur beschriebenen Lebensbereiche sowohl untereinander als auch im Vergleich zu den von uns abgefragten Lebensbereichen nicht immer vollständig deckungsgleich sind (vgl. Anhang E). Wir gehen davon aus, dass ein Lebensbereich um so bedeutsamer für die Lebensqualität der Kinder ist, je größer der Unterschied der Lebensqualität zwischen psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlichen ist.

Bereich „Schule“

Eines der Hauptprobleme psychisch erkrankter Kinder ist der schulische Bereich, der in starkem Maße die Lebensqualität beeinflusst. Bei Bastiaansen et al. (2004a) machten die psychisch erkrankten Kinder im Bereich „Schule“ die schlechtesten Angaben aller Lebensbereiche. In der vorliegenden Stichproben zeigen sich im Bereich Schule zwar deutliche und signifikante Unterschiede beim Vergleich psychisch kranker und gesunder Kinder, im Vergleich zu den anderen Lebensbereichen spielt der Bereich „Schule“ allerdings nur eine untergeordnete Rolle. Nichtsdestotrotz kann geschlussfolgert werden, dass der schulische Lebensbereich eine wichtige Einflussgröße auf die Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen darstellt.

Bereich „*Familie*“

Beim direkten Vergleich psychisch kranker Kinder mit psychisch gesunden Kindern zeigt sich in diesem Lebensbereich bei Sawyer et al. (2001 und 2002) ein Hauptproblem der psychisch Erkrankten in Bezug auf ihrer Lebensqualität. Das familiäre Umfeld wird signifikant schlechter bewertet als dies bei der gesunden Vergleichsgruppe der Fall ist. Auch in unserer Untersuchung wurden im Bereich „Familie“ signifikante Unterschiede zwischen psychisch gesunden und psychisch erkrankten Kindern ermittelt. Dabei könnten die schlechteren Werte der psychisch erkrankten Kinder möglicherweise darauf hindeuten, dass deren Eltern in höherem Maße selber an psychischen Erkrankungen leiden, als die Eltern gesunder Kinder. Dies würde den Aufbau einer innigen Eltern-Kind-Beziehung nur in geringerem Umfang zulassen. Aus den anderen Studien lassen sich weitere Gründe extrahieren, weshalb die Lebensqualität im Bereich Familie in Familien mit psychisch gestörten Kindern geringer ausgeprägt ist:

Sawyer et al. (2001 und 2002) stellten fest, dass bei den erkrankten Kindern auch die Eltern durch die Erkrankung ihrer Kinder an emotionalen Problemen leiden. In der Untersuchung von Sawyer et al. (2001) ergaben sich für die Eltern der erkrankten Kinder zusätzlich zeitliche Einschränkungen durch die Erkrankung ihres Kindes. Bei Bastiaansen et al. (2004a) wird nicht näher auf den familiären Bereich eingegangen.

In unserer Untersuchung werden diesbezüglich keine Angaben erhoben.

Bereich „soziale Kontakte zu anderen Kindern (=Andere Kinder)“

Im direkten Vergleich zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern stellte nach Bastiaansen et al. (2004a) und Sawyer et al. (2001 und 2002) der Kontakt zu anderen Kindern ein Hauptproblem dar, das sich deutlich auf die Lebensqualität auswirkt. Auch in unserer Studie erweist sich der Bereich „Andere Kinder“ als problematisch, insofern als dass psychisch kranke Kinder hier gegenüber ihren gesunden Altersgenossen deutlich beeinträchtigt sind. Im Vergleich zu anderen Lebensbereichen sind diese Unterschiede allerdings weniger bedeutsam.

Bereich „Beschäftigung mit sich selbst (=Alleine)“

Im Bereich „Alleine“ zeigen in unserer Untersuchung zwar signifikante Unterschiede zwischen psychisch erkrankten Kindern und gesunden Gleichaltrigen, diese stellen sich verglichen mit den ersten drei genannten Bereichen („Schule“, „Familie“, „Kontakt zu anderen Kindern“) aber als weniger bedeutsam dar.

In den drei zitierten Studien, in denen psychisch erkrankte und gesunde Kinder verglichen wurden, existieren keine speziellen Fragen, in wieweit und wie gut sich das Kind alleine beschäftigen kann. Bei Sawyer et al. (2000 und 2001) wurde jeweils der „CHQ-50 PF“ als Fragebogen verwendet und die einzige Frage, die in die entsprechende Richtung geht, fragt danach, wie gut das Kind „für sich selbst sorgen“ kann. Allerdings finden hier nur physische Aspekte Beachtung („Gab es Einschränkungen beim Essen, Anziehen, Baden oder alleine zur Toilette zu gehen?“). Leider wird dieser Unterpunkt mit 5 weiteren Fragen zur körperlichen Gesundheit in einem gemeinsamen Score, dem physischen Gesundheitszustand („Physical functioning“), zusammengefasst. Aus diesem Grund können keine Vergleiche zwischen unseren Ergebnissen und der Literatur angestellt werden, denn auch in der Untersuchung von Bastiaansen et al. (2004a) wird nicht nach der Fähigkeit des Kindes sich alleine zu beschäftigen gefragt.

Somit kann davon ausgegangen werden, dass dieser Bereich im Mittelfeld zwischen den Hauptproblembereichen und dem Bereich mit den geringsten Unterschieden, nämlich der „körperlichen Gesundheit“ (siehe unten), liegt.

Bereich „körperliche Gesundheit (=Gesundheit)“

In unserer Untersuchung waren die Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern zwar signifikant, die Unterschiede in allen anderen Lebensbereichen waren allerdings, wie bereits angeführt, größer und bedeutsamer. Dies bestätigen auch Bastiaansen et al. (2004a) und Sawyer et al. (2000), die zwar signifikante Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern hinsichtlich der physischen Gesundheit („Physical functioning“) feststellten, diese jedoch ebenfalls sehr gering waren. Sawyer et al. (2001) konnten diesbezüglich keinerlei signifikante Unterschiede zwischen gesunden und psychisch erkrankten Kindern finden. Damit bestätigen unsere Ergebnisse das in der bisherigen Literatur

Beschriebene. Der Bereich der körperlichen Gesundheit kann somit hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Lebensqualität und der psychischen Verfassung als weniger bedeutsam erachtet werden.

Bereich „psychische Gesundheit (=Nerven/Laune)“

In allen relevanten wissenschaftlichen Studien finden sich bei den psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen schlechtere Werte im Bereich des emotionalen Verhaltens bzw. psychischen Gesundheitszustandes (Bastiaansen et al., 2004a; Sawyer et al., 2001 und 2002). Auch unsere Ergebnisse weisen signifikante Unterschiede zwischen psychisch erkrankten und gesunden Kindern in diesem Lebensbereich nach. Wie bereits angedeutet, ergaben sich unter allen von uns abgefragten Lebensbereichen in diesem Bereich die größten und bedeutendsten Unterschiede. Die psychische Gesundheit ist demnach für die Lebensqualität psychisch kranker Kinder von großer Bedeutung.

Bereich „Gesamteinschätzung (=Alles zusammen)“

Insgesamt stellt sich in unserer Untersuchung die Gesamteinschätzung der Lebensbereiche bei den psychisch erkrankten Kindern deutlich schlechter dar als bei den gesunden Kindern. Sowohl bei der Globaleinschätzung („Alles zusammen“) als auch beim gerundeten Lebensqualität-Score²⁴ wurden signifikante Unterschiede zwischen gesunden und erkrankten Kindern festgestellt.

Unsere Ergebnisse werden durch die Studien von Bastiaansen et al. (2004a) und Sawyer et al. (2001 und 2002) bestätigt, die ebenfalls eine signifikant schlechtere Gesamtlebensqualität der psychisch erkrankten Kinder im Vergleich mit gesunden Kindern fanden.

Wie bereits erwähnt, führt nach Nieder und Seiffge-Krenke (2001) die Kombination von subjektiven mit objektiven Indikatoren besonders beim geschlechtsspezifischen Vergleich der Lebensqualität zu aussagekräftigeren Ergebnissen. Da im Bereich der Gesamteinschätzung („Alles zusammen“) objektive und subjektive Einflüsse zusammenfließen, ist es nicht verwunderlich, dass sich hier die stärksten Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen.

7.1.3 Unterschiede zwischen internal gestörten und gesunden Kindern und Jugendlichen bezüglich der Lebensqualität

Wie erwartet zeigen sich bei allen acht überprüften Skalen signifikante Unterschiede zwischen internal gestörten und gesunden Kindern und Jugendlichen. Damit findet unsere zweite, in Kapitel 3 aufgestellte, Hypothese ihre Bestätigung: Die Lebensqualität internal gestörter Kinder ist gegenüber der Lebensqualität der gesunden Altersgenossen beeinträchtigt. Im Folgenden werden unsere Ergebnisse denen der bereits dargestellten Literatur gegenübergestellt.

Die internal gestörten Kinder zeigen im *schulischen Bereich* bei uns zwar signifikant mehr Probleme als die gesunden Kinder, die Unterschiede sind allerdings nicht so bedeutend wie in anderen Lebensbereichen. Sawyer et al. (2002) und Bastiaansen et al. (2004b) stufen diesen Bereich sogar als überhaupt nicht problematisch ein. Der Bereich Schule scheint demnach kein Hauptproblembereich internal gestörter Kinder zu sein.

Internal erkrankte Kinder weisen nach Sawyer et al. (2002) im *familiären Bereich* signifikante und deutliche Unterschiede zu den gesunden Kindern auf und wird dementsprechend in der Literatur als eines der Hauptprobleme diskutiert. In der Untersuchung von Bastiaansen et al. (2004b) wurde dieser Bereich nicht abgefragt, so dass hier leider keine Rückschlüsse gezogen werden können. Bei uns werden in diesem Lebensbereich signifikante Unterschiede zu den gesunden Kindern festgestellt, allerdings sind diese nicht so bedeutend wie im Vergleich zur Gesamtgruppe der psychisch erkrankten Kinder.

Bei internal gestörten Kindern steht im klinisch-praktischen Bereich häufig im Vordergrund, dass sie Schwierigkeiten haben, in altersgemäßer Weise *Kontakte zu anderen Kindern* aufzunehmen oder aufrecht zu erhalten. Dieser Zusammenhang bestätigt sich sowohl in unserer Untersuchung als auch in der Studie von Bastiaansen et al. (2004b).

In den zum Vergleich herangezogenen Studien wurde der Bereich „*Alleine*“, also wie gut sich das Kind mit sich selbst beschäftigen kann, nicht untersucht, so dass unsere Ergebnisse leider nicht mit anderen Studien verglichen bzw. in einen Gesamtkontext eingeordnet werden können. Weiterführende Vergleichsuntersuchungen anderer Studiengruppen stehen hier also noch aus. Unsere Studie zeigt signifikante, aber nicht so bedeutende Unterschiede, wie dies in anderen Bereichen der Fall ist.

Im Bereich der *körperlichen Gesundheit* wurden bei den internal erkrankten Kindern im Vergleich zu den gesunden Kindern nur geringe Unterschiede festgestellt (Sawyer et al., 2002; Bastiaansen et al., 2004b). Auch unsere Ergebnisse weisen signifikante, aber nicht sehr bedeutende Unterschiede zu den gesunden Kindern nach.

Hinsichtlich des *psychischen Gesundheitszustandes* („Nerven/Laune“) unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant und sehr deutlich und wiesen diesen Lebensbereich damit als Hauptproblembereich aus. Auch Sawyer et al. (2002) und Bastiaansen et al. (2004b) kommen zu dem Ergebnis dass der psychische Gesundheitszustand bei internal gestörten Kinder als Problembereich zu werten ist.

Bei der *Gesamteinschätzung* der Lebensqualität („Alles zusammen“) erheben Bastiaansen et al. (2004b) eine signifikant schlechtere Einschätzung bei den internal gestörten Kindern im Vergleich zur gesunden Vergleichsgruppe. Entsprechendes gilt für unsere Ergebnisse.

7.1.4 Unterschiede zwischen external gestörten und gesunden Kindern und Jugendlichen bezüglich der Lebensqualität

Auch hier wird die in Kapitel 3 aufgestellte Hypothese bestätigt, dass die Lebensqualität von external gestörten Kindern stärker eingeschränkt ist als bei gesunden Vergleichskindern. Für alle Lebensbereiche können signifikante Unterschiede nachgewiesen werden. Im Folgenden werden unsere Ergebnisse u.a. den Ergebnissen der Forschungsgruppen von Sawyer et al. (2002) und Bastiaansen et al. (2004b) gegenübergestellt.

Der schulische Bereich kann bei den external erkrankten Kindern als einer der Hauptproblembereiche angesehen werden (Landgraf et al., 1997). Unsere Ergebnisse decken sich diesbezüglich mit denen vergleichbarer Literatur (Bastiaansen et al., 2004b; Escobar et al., 2005; Pongwilairat et al., 2005).

Bei den external gestörten Kindern unserer Untersuchung muss auch der *familiäre Bereich* zu den Hauptproblembereichen gezählt werden. In der vorhandenen Literatur wurde dies für die external erkrankten Kinder bestätigt (Escobar et al., 2005; Klassen et al., 2004; Sawyer et al., 2002).

Dass sich bei external erkrankten Kindern die „*Aktivitäten mit Freunden*“ als besonders problematisch darstellten, ergaben die Untersuchungen von Patrick et al. (2002), Bastiaansen et al. (2004b) und Pongwilairat et al. (2005), was auch unseren Ergebnissen entspricht. Allerdings geben unsere Ergebnisse, im Gegensatz zu anderen Veröffentlichungen keinen Hinweis darauf, dass es sich beim „*Aktivitäten mit Freunden*“ um einen Hauptproblembereich external erkrankter Kinder handelt.

In anderen Studien wurde der Bereich „*Alleine*“, also wie gut sich das Kind mit sich selbst beschäftigen kann, für external gestörte Kinder nicht untersucht, so dass unsere Ergebnisse leider nicht mit denen aus anderen Studien verglichen bzw. in einen Gesamtkontext eingeordnet werden können. Unsere Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, diese sind allerdings weniger bedeutend als in anderen Bereichen.

Bezüglich der *physischen Gesundheit* stellten Escobar et al. (2005) bei external erkrankten Kindern nicht signifikante Unterschiede fest: vor allem beim körperlichen Gesundheitszustand („Physical functioning“) und bei der Intensität und der Häufigkeit von allgemeinen Schmerzen und körperlichen Beschwerden („Bodily pain/discomfort“). Ebenfalls nicht signifikante Unterschiede ergaben sich für die allgemeine körperliche Gesundheitswahrnehmung („Global health perceptions“). Auch bei Patrick et al. (2002) und Sawyer et al. (2002) waren im Bereich der allgemeinen Gesamteinschätzung der körperlichen Gesundheit („General health/quality of life“ bzw. „General health perceptions“) die Unterschiede zwischen gesunden und external gestörten Kindern nicht signifikant. Bei Klassen et al. (2004) fiel auf, dass die physische Gesundheit der Gesamtgruppe der Kinder mit ADHD in etwa gleich gut eingeschätzt wurde wie die der gesunden Kontrollgruppe. Ebenso machten die Eltern der erkrankten Kinder bei Bastiaansen et al. (2004b) fast die gleichen Angaben wie die Eltern der gesunden Kinder. Bei den Kindern selbst waren die Unterschiede etwas größer als bei den Eltern. Zum gleichen Ergebnis kamen auch Pongwilairat et al. (2005), die external gestörte und psychisch gesunde Kinder verglichen. In unserer Studie finden sich hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zwar signifikante, aber nicht sehr bedeutende Unterschiede.

Bei den extroversiv erkrankten Kinder ergab sich nach Escobar et al. (2005), Klassen et al. (2004), Bastiaansen et al. (2004b), Pongwilairat et al. (2005), Patrick et al. (2002) das größte Probleme im *emotionalen Bereich*. Auch in unserer Untersuchung stellen wir signifikante Unterschiede zu gesunden Kindern fest, wobei die Probleme im

emotionalen Bereich in etwa so groß sind, wie im schulischen Bereich und damit als Hauptproblembereich gewertet werden müssen.

Pongwilairat et al. (2005) und Patrick et al. (2002), in geringerem Maße auch Bastisaansen et al. (2004b), kommen insgesamt zu dem Ergebnis, dass die Lebensqualität bei den extroversiv erkrankten Kindern deutlich schlechter bewertet wird als in der gesunden Kontrollgruppe. Unsere Ergebnisse weisen im Bereich der *Gesamteinschätzung* ebenfalls signifikante und bedeutende Unterschiede gegenüber der Kontrollgruppe nach.

Generell zeigt sich also sowohl für die Gruppe der internal, als auch der external erkrankten Kindern ein durchweg schlechtere Lebensqualität und damit eine höhere Problemwahrnehmung als bei der gesunden Vergleichsgruppe. Die als problematisch zu betrachtenden Lebensbereiche unterscheiden sich dabei bei beiden Gruppen. Insgesamt sind die Unterschiede zwischen gesunden und external erkrankten Kindern stärker ausgeprägt als zwischen internal erkrankten und gesunden Kindern.

Die Ergebnisse vergleichbarer Studien bestätigen dies zwar nicht deckungsgleich (siehe oben), dennoch geben sie keinen Anlass zu widersprüchlichen Annahmen (vgl. Kapitel 2.5).

7.1.5 Ergebnisse zu speziellen Annahmen

Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, konnten unsere in Kapitel 3 aufgestellten Hypothesen bestätigt werden. Die Lebensqualität psychisch erkrankter Kindern und Jugendlicher wird in allen Lebensbereichen signifikant schlechter eingestuft als die gesunder Vergleichskinder. Dies gilt auch für die Untergruppen internal oder external gestörter Kinder und Jugendlicher.

Zusätzlich zu diesen Hypothesen wurden von uns spezielle Annahmen formuliert, um Problemschwerpunkte internal beziehungsweise external gestörter Kinder und Jugendlicher zu erfassen (vgl. Kapitel 3 „Fragestellung und Hypothesen“). In Anlehnung an die Aufteilung der Lebensbereiche im ILK werden nachfolgend die einzelnen Bereiche beschrieben und der Unterschied zwischen internal und external erkrankten Kindern diskutiert.

Bereich „Schule“

Für den schulischen Bereich wurde die Annahme aufgestellt, dass sowohl die internal, als auch die external gestörten Kinder Probleme haben, wobei angenommen wurde, dass die external gestörten Kinder und Jugendlichen im Vergleich problembelasteter sind. Diese Annahme lässt sich aus anderen Studien zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen (siehe oben) ableiten. Die Werte unserer Untersuchung bestätigen dies: 79% der Kinder mit externaler Störung haben Probleme im Bereich *Schule*, aber nur 64% der Kinder mit internaler Störung.

Bereich „Familie“

Die Annahme für den familiären Bereich entspricht der für den Bereich *Schule*, es wurde also ebenfalls postuliert, dass sowohl die internal, als auch die external gestörten Kinder Probleme haben, die external gestörten Kinder und Jugendlichen aber im Vergleich problembelasteter sind. Unsere Ergebnisse bestätigen dies: nur 25% aller internal gestörten Kinder, aber 44% der external gestörten Kinder haben im familiären Bereich Probleme. Beide Gruppen schneiden damit signifikant schlechter ab als die gesunden Kinder und Jugendlichen. Bei den external gestörten Kindern muss der familiäre Bereich zu den Hauptproblembereichen gezählt werden.

In der vorhandenen Literatur wurde diese spezielle Annahme sowohl für die external (Escobar et al., 2005; Klassen et al., 2004; Sawyer et al., 2002) als auch für die internal gestörten Kinder bestätigt (Sawyer et al., 2002).

Zusätzlich wurden in der einzigen Studie, in der gesunde, internal und external gestörte Kinder in diesem Lebensbereich miteinander verglichen wurden (Sawyer et al., 2002) festgestellt, dass die Kinder mit externalen Störungen (ADHD, Störung des Sozialverhaltens) mehr Probleme in der Familie haben als die Kinder mit internalen Störungen (Depressionen). Als Übersicht dient hierbei die Tabelle 7.1.1:

Tab. 7.1.1: Vergleich des familiären Bereiches bei gesunden Kinder, Kindern mit internalen bzw. externalen Störungen bei Sawyer et al. (2002) auf einer Skala von 0=sehr schlecht bis 100=sehr gut:

Elternangaben, Erhebungs-instrument: CHQ-50PF *	Gesunde Kinder	Externale Störungen (ADHD (1), Störung des Sozialverhaltens (2))	Internale Störung (Depressionen)
Familiäre Aktivitäten	91,8**	75,7 (1)** 71,5 (2)**	79,1**

* Erläuterungen der Lebensbereiche siehe Anhang E

** Signifikanzniveau $p < .001$

Bereich „soziale Kontakte zu anderen Kindern (=andere Kinder)“

Aufgrund klinischer Erfahrungswerte wurde von uns angenommen, dass beim Kontakt zu anderen Kindern (ILK „*Andere Kinder*“) vor allem die internal gestörten Patienten Probleme zeigen, in geringerem Maße auch die external Gestörten. Diese Annahme konnte durch unsere Ergebnisse allerdings nicht eindeutig bestätigt werden: nur 43% der internal gestörten Kinder, aber 61% der external erkrankten Kinder hatten beim sozialen Kontakt zu anderen Kindern Probleme. Die Betrachtung der Effektstärken bestätigt dieses Ergebnis ebenfalls.

Dies stimmt jedoch überein mit Ergebnissen von Bastiaansen et al. (2004b), wonach external gestörte Kinder beim sozialen Kontakt zu anderen Kindern mehr Probleme haben als internal gestörte Kinder.

Bereich „eigene Interessen und Freizeitbeschäftigung (=Alleine)“

Die Annahme, dass bei der Beschäftigung mit sich selbst (ILK „*Alleine*“) sowohl die internal gestörten Patienten als auch die external Gestörten Probleme haben, wird anhand unserer Ergebnisse bestätigt. Anhand unserer Ergebnisse wird zusätzlich deutlich, dass die external gestörten Kinder (56%) deutlich schlechter abschneiden als die internal gestörten Kinder. Nur knapp jedes zweite Kind dieser Gruppe (46%) hat ein Problem in diesem Bereich.

Bereich „körperliche Gesundheit (=Gesundheit)“

Die abgeleitete Annahme, dass internal Gestörten mehr gesundheitliche Probleme haben als external gestörte Kinder, findet durch unsere Ergebnisse Bestätigung: 27% der internal Gestörten, aber nur 18% der external gestörten Kinder haben körperliche Probleme. Damit findet die in Kapitel 3 aufgestellte Annahme ihre Bestätigung. Auch Bastiaansen et al. (2004b) kommen zu entsprechenden Ergebnissen.

Bereich „psychische Gesundheit (=Nerven/Laune)“

Die Annahme, dass sich die nervliche bzw. seelische Verfassung (ILK „Nerven“) bei den internal gestörten Kindern und Jugendlichen negativer darstellt als bei den external gestörten Patienten, wird in unserer Untersuchung bestätigt: 82% der internal erkrankten Kinder hatten psychische Probleme, während es bei den external erkrankten Kindern mit 79% etwas weniger waren. Allerdings ist diese Tendenz nicht so deutlich ausgeprägt, wie von uns angenommen.

Bereich „Gesamteinschätzung (=Alles zusammen)“

Bei einer getrennten Betrachtung external und internal erkrankter Patienten zeigt sich, dass den external gestörten Kindern und Jugendlichen in der *Gesamteinschätzung* von ihren Eltern geringfügig weniger Probleme (63%) zugeschrieben werden, als den internal Erkrankten (65%). Insgesamt ist das Ergebnis aber eher ausgeglichen. Auch bei Bastiaansen et al. (2004b) zeigten Kinder mit internalen Störungen geringfügig mehr Probleme als external erkrankte Kinder.

Damit würde sich unsere Annahme bestätigen, dass die Gesamtzufriedenheit sowohl bei den internal als auch bei den external gestörten Kindern geringer ist als bei den gesunden Kindern.

Bei der Frage nach der Gesamtzufriedenheit der Kinder werden die Eltern im ILK gebeten, diesen Bereich als Zusammenfassung aller anderen Lebensbereiche einzuschätzen. Bei dieser Gesamteinschätzung handelt es sich also um eine rein subjektive Meinung der Eltern, die nicht notwendigerweise mit den Ratings der anderen Lebensbereiche zusammenhängen muss. Werden allerdings die einzelnen Bereiche objektiv mit Hilfe des gerundeten Lebensqualitäts-Score²⁴ zusammengefasst, dreht sich das Verhältnis der Belastung um und es zeigt sich, dass nun die externalen erkrankten Kinder insgesamt geringfügig mehr Probleme als die internal gestörten Kinder haben (external Erkrankte: MW=14,00, internal Erkrankte: MW= 15,04). Aber auch hier ist das Verhältnis weitgehend ausgeglichen. Trotzdem spricht dies dafür, dass die gesamte Lebensqualität bei den external gestörten Kindern von den Eltern entweder subjektiv als zu gut bewertet wurde, da sich aus den Einzelbereichen objektiv (=Lebensqualitäts-Score²⁴) mehr Probleme ergeben, als die Eltern tatsächlich erkennen. Oder aber die internal erkrankten Kinder werden insgesamt von den Eltern subjektiv zu schlecht

beurteilt, d.h. schlechter als eine objektive Zusammenfassung der einzelnen Bereiche ausfallen würde.

Wird also die Gesamtlebensqualität subjektiv über das ILK-Item „*Alles zusammen*“ beurteilt, bestätigt sich unsere Annahme. Keine eindeutige Bestätigung findet sie bei objektiver Ermittlung der Gesamtlebensqualität über den Lebensqualität-Score²⁴.

Zusammenfassung der Ergebnisse zu den speziellen Annahmen:

- Zur 1. und 2. Annahme: Lebensbereiche *Schule* und *Familie*: Hier haben vor allem die external gestörten Kinder und Jugendlichen Probleme. Diese wurde sowohl durch unsere Ergebnisse als auch durch die wissenschaftliche Literatur bestätigt.
- Die 3. Annahme zum Lebensbereich *Andere Kinder* konnte nur insofern bestätigt werden, dass sowohl die internal als auch die external gestörten Kinder mehr Probleme als ihre gleichaltrigen gesunden Vergleichspartner haben. Allerdings scheint der Kontakt mit anderen Kindern nicht wie erwartet für die internal gestörten, sondern vielmehr für die external gestörten Kinder ein Problem zu sein.
- Die 4. Annahme zum Lebensbereich *Alleine* zeigt sich bestätigt, wobei bei den externalen gestörten Kindern und Jugendlichen deutlich mehr Probleme registriert werden als bei den internal gestörten Kindern und Jugendlichen.
- Die 5. Annahme bezüglich der schlechteren *Gesundheit* internal gestörter Patienten wird bestätigt.
- Ebenso wird die 6. Annahme bestätigt: Internal erkrankte Kinder und Jugendliche haben hinsichtlich ihrer *seelischen Verfassung* mehr Probleme als die external Erkrankten.
- Die 7. Annahme wird über das ILK-Item „*Alles zusammen*“ ebenfalls bestätigt. Demnach haben internal erkrankte Kinder und Jugendliche mehr Probleme als external erkrankte Kinder und Jugendliche. Zieht man allerdings den Lebensqualitätsscore²⁴ zur Beurteilung heran, wird diese Annahme nicht bestätigt.

7.1.6 Fazit

Beim Vergleich der Lebensqualität psychisch kranker, internal oder external gestörter Kinder und Jugendlicher mit psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen konnten signifikante Unterschiede zuungunsten der kranken Kinder und Jugendlichen in allen Lebensbereichen sowie der Gesamteinschätzung festgestellt werden.

Per Matchingverfahren wurde eine Paarlingsstichprobe generiert, die einen kontrollierten Vergleich ermöglichte, durch den der Einfluss von Alters- und Geschlechtseffekten, sowie Effekten aufgrund der unterschiedlichen Schulformen auf die Lebensqualität ausgeschlossen werden konnte. Eine Korrektur des α -Fehlerniveaus hob die Güte der Untersuchung zusätzlich an. Die in unserer Untersuchung gefundenen Ergebnisse sind also als aussagekräftig zu betrachten.

Auch die Aufgliederung der psychisch erkrankten Kinder nach Art der Störung (internal/external) kann im Nachhinein als eindeutig sinnvoll bestätigt werden. Die Vergleichbarkeit mit anderen Studien steigt dadurch deutlich. Weiterhin ist die Unterteilung in einzelne Lebensbereiche entsprechend dem ILK sinnvoll, da über den Aspekt der Multidimensionalität die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen ebenfalls verbessert wird.

Die für die internal bzw. external erkrankten Kinder und Jugendlichen aufgestellten speziellen Annahmen bestätigten sich in den Bereichen „Schule“, „Familie“, „Alleine“, „körperliche Gesundheit“ und psychische Gesundheit („Nerven/Laune“). Nicht hypothesenkonform verhielten sich unsere Ergebnisse im Bereich des sozialen Kontaktes zu anderen Kindern („Andere Kinder“), teilweise auch in der Gesamteinschätzung aller Lebensbereiche („Alles zusammen“). Unsere Ergebnisse werden dabei durch andere verfügbare wissenschaftlichen Studien weitgehend bestätigt (Escobar et al., 2005; Pongwilairat et al. 2005; Sawyer et al., 2001; Sawyer et al., 2002; Klassen et al., 2004; Bastisaansen et al., 2004b; Bastiaansen et al., 2004a; Patrick et al., 2002).

7.2 Kritische Auseinandersetzung mit der Erhebungsmethode: Vorteile und Grenzen der Untersuchung

In unserer Telefonstichprobe wurden Daten zur Lebensqualität von gesunden Kindern und Jugendlichen über ein Telefoninterview mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten gewonnen. Die Daten der klinischen Stichprobe wurden dagegen mit einem standardisierten Fragebogen (=ILK) gewonnen. Die Angaben anderer Studien wurden ausschließlich mit Fragebögen erhoben. Die Unterschiedlichkeit der Erhebungsinstrumente erschwert natürlich die Vergleichbarkeit, lediglich die Schlussfolgerungen lassen sich vergleichen. Auch Kaestner (2000) kommt in ihrer Untersuchung zu dem Fazit, dass nicht die Messwerte an sich, sondern nur die Endaussagen der Untersuchungen vergleichbar sind.

Wie in Kapitel 2.5 beschrieben, existieren in der akademischen Literatur leider nur sehr wenige Studien, in denen die Lebensqualität psychisch erkrankter und gesunder Kinder verglichen wird. Innerhalb der gefundenen Arbeiten findet eine Parallelisierung nach Alter und Geschlecht nur in den Untersuchungen von Escobar et al. (2005) und Patrick et al. (2002) statt. Bei den anderen Untersuchungen wurde zur Kontrolle des Einflusses anderer Variablen entweder die Varianzanalyse angewandt (Bastiaansen et al., 2004a und 2004b, Saywer et al., 2001 und 2002) oder es erfolgte gar keine Kontrolle (Klassen et al., 2004 und Pongwilairat et al., 2005). Damit wird eine Vergleichbarkeit mit unseren Ergebnissen erschwert, da wir mit Hilfe des Matchingverfahrens eine größtmögliche Kontrolle des Einflusses von Alter, Geschlecht und Schulform anstrebten. Ebenso sind die in den verschiedenen Studien untersuchten Lebensbereiche sowohl untereinander als auch im Vergleich zu den von uns untersuchten Lebensbereichen nicht immer vollständig deckungsgleich. Trotzdem versuchten wir die Lebensbereiche der verschiedenen Studien in Analogie zum ILK auf die von uns untersuchten Lebensbereiche abzubilden, um wenigstens eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Endaussagen zu gewährleisten (siehe oben).

Die hauptsächliche Einschränkung der vorliegenden Studie besteht allerdings darin, dass die gewonnenen Daten von den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und nicht von den Kindern selbst erhoben wurden (Fremd- vs. Selbseinschätzung). Es wäre durchaus möglich, dass sich die kindliche Wahrnehmung der Gesundheit und der entsprechenden Lebensqualitätsbereiche von der der Eltern unterscheidet. Diese unterschiedliche Wahrnehmung einzelner Lebensbereiche durch das Kind bzw. die Eltern wird in

einigen Studien deutlich (Achenbach et al., 1987; Sawyer et al., 1999). Z.B. könnte es sein, dass Eltern die geringere Lebensqualität des Kindes fälschlicherweise auf eine bestimmte Erkrankung oder Problem zurückführen, während die Einschränkung der kindlichen Lebensqualität de facto durch ganz andere Faktoren verursacht wird. Zur Klärung könnte es wichtig sein, bestimmte Faktoren zu analysieren, die möglicherweise bestimmte Einschränkungen der Lebensqualität bedingen. Dies könnten z.B. soziodemographische Charakteristika oder Komorbiditätsfaktoren sein.

Dennoch wurde in dieser Untersuchung auf Angaben der Eltern zurückgegriffen. Auch andere Autoren akzeptieren die Fremdbeurteilung des Gesundheitszustandes von Kindern generell als reliabel (z.B. Escobar et al., 2005). Kinder neigen nach Vogels et al. (1998) dazu, ihr Aussagen in Abhängigkeit von sich erst kürzlich ereigneten Gegebenheiten zu machen. Bei ihnen dominiert das Kurzzeitgedächtnisses und beeinflusst entsprechend die Beantwortung der Fragen. Die noch nicht ausgebildeten Fähigkeiten des Langzeitgedächtnisses führen zu eher nicht reliablen Angaben, Sprachprobleme verstärken diesen Effekt noch zusätzlich.

Zusammenfassend stellten Mattejat et al. (2003a) fest, dass die in Telefoninterviews gewonnenen Daten eine *hinreichende bis gute Reliabilität* aufweisen. Auch Übereinstimmungen zwischen Elternangaben im Telefoninterview und Expertenurteilen von 75% sprechen für die Güte des Interviews. Darüber hinaus sprechen die gewonnenen Ergebnisse für die *Validität* der im telefonischen Elterninterview gewonnenen Daten (Mattejat et al., 2003).

Um repräsentative Daten zu gewinnen, stellt die Telefonumfrage mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eine praktische, kostengünstige und hinsichtlich der statistischen Gütekriterien gangbare Methode dar. Dabei gewährleistet die hohe Telefondichte in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt, 2003a) und die Generierung von Telefonnummern über eine Zufallsstichprobe nach dem „Gabler-Häder-Design“ (Gabler et al., 1998 und Kapitel 4.1.2) die Möglichkeit einer repräsentativen Teilnehmerquote.

Die im Rahmen des Telefoninterviews von uns erstellte Non-Responder-Statistik entspricht weitestgehend der Ausfallstatistik des bundesweiten ZUMA-Stichprobenexperiments vom April 1999 (Häder, 2000). Durch einen Vergleich der soziodemografischen Daten unserer Stichprobe mit Angaben aus der Bundesstatistik

konnte bestätigt werden, dass eine ausreichende Repräsentativität gegeben ist (siehe auch Jediß, 2006).

Allerdings stellte sich ein subjektiver Eindruck dahingehend ein, dass in den Haushalten derjenigen Personen, die sich bereit erklärten am Interview teilzunehmen, eher geordnete Familienverhältnisse vorherrschten als in den Haushalten derjenigen Personen, die das Interview verweigerten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Lüdtke et al. (2003), die feststellten, dass die Teilnahmewahrscheinlichkeit für Telefoninterviews umso größer war, je jünger, gebildeter, beruflich besser gestellt und zufriedener die Person war. Das entspricht der Vermutung, dass eher Personen am Interview teilnehmen, die einer höheren sozialen Schicht angehören.

Die Ausschöpfungsquote unseres Telefoninterviews liegt trotzdem auf dem Niveau anderer Telefonstichproben (Gabler et al., 1998) und deutet darauf hin, dass das Ausmaß der Verzerrung mit denen anderer Studien mit zufällig generierten Telefonnummernlisten (RLD-Samples=randomized last digit samples) vergleichbar ist.

7.3. Hinweise zur weiteren Forschung

Insgesamt können mit Hilfe der ILK-Angaben sämtliche Lebensbereiche erfasst werden. Die deutlichen Unterschiede zwischen psychisch kranken und psychisch gesunden Kindern zeigen, dass die psychisch kranken Kinder nicht nur Einschränkungen aufweisen, die unmittelbar mit ihrer Symptomatik verbunden sind, sondern mit Einschränkungen in allen erfassten Lebensbereichen konfrontiert sind.

Die deutlichsten Probleme (neben der Gesamteinschätzung und der psychischen Gesundheit) zeigen psychisch kranke Kinder in unserer Untersuchung hauptsächlich in den Bereichen *Familie* und *Schule* bzw. beim sozialen *Kontakt zu anderen Kindern*. Auch Sawyer et al. (2001) stellen fest, dass sich viele psychische Störungen von Kindern in Abhängigkeit von der Schule ergeben. Es erscheint deshalb ratsam, den Bereich Schule in Studien zur Lebensqualität psychisch kranker Kinder zukünftig verstärkt mit einzubeziehen.

Zudem legt der Befund, dass psychisch erkrankte Kinder sich in beinahe allen Bereichen ihres Lebens mit Einschränkungen der Lebensqualität arrangieren müssen, die Schlussfolgerung nahe, dass sich eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung nicht nur auf die Symptomatik, sondern auf alle Lebensbereiche – und da vor allem auf den schulischen Bereich - beziehen sollte. Eine entsprechende Diagnostik, z.B. mit Hilfe des ILK, sollte problembelastete Lebensbereiche identifizieren, damit die Behandlungsplanung darauf abgestimmt werden kann. So lässt sich ein Behandlungskonzept entwickeln, das optimal auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes abgestimmt ist.

Bezüglich der weiteren Forschung ergibt sich zusätzlich die Anregung, den Einfluss verschiedener Krankheitsbilder bzw. Behandlungsmodalitäten genauer darzustellen. Als Beispiel dienen Untersuchungen von Sawyer et al. (2002) und Bastiaansen et al. (2004b), die innerhalb der beiden hier analysierten Untergruppen (internale/externale Störung) die verschiedenen Krankheitsbilder einzeln darstellen. Auf diese Weise kann genauer untersucht werden, ob Kinder mit bestimmten Diagnosen in bestimmten Lebensbereichen Beeinträchtigungen aufweisen. Langfristig würde auch dies einer besseren individuellen Therapiegestaltung dienen.

Weiterhin kann anhand der im Rahmen der Telefonbefragung erhobenen Daten auch ein Vergleich zwischen schriftlich und telefonisch erhobenen Daten gezogen werden, da einige Eltern in Anschluss an das Telefoninterview auch schriftliche Fragebögen ausfüllten. Hier sei auf eine in der Arbeitsgruppe Lebensqualität durchgeführte Untersuchung von Schönfeld hingewiesen.

8. Zusammenfassung

Einleitung: Zunehmend wird in der Medizin gefordert, dass neben der symptomatischen Verbesserung auch die Lebensqualität der Patienten bei der Therapieplanung zu berücksichtigen ist. Dies gilt auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei nur wenige Untersuchungen zur Einschränkung der Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern existieren. Daher wurde an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Marburg/Lahn ein von der Deutschen Forschungsgesellschaft gefördertes Projekt durchgeführt, in dem das „Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (=ILK, Mattejat et al., 1998)“ überprüft werden sollte und in dem Normwerte für das ILK gewonnen werden sollten.

Fragestellung und Hypothesen: Die vorliegende Arbeit ist der Frage nachgegangen, ob sich die Lebensqualität von psychisch kranken Kindern/Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren von der Lebensqualität gesunder Kinder/Jugendlicher unterscheidet. Diesbezüglich wurden die Hypothesen aufgestellt, dass *psychisch kranke* Kinder allgemein (1) bzw. Kinder mit *internalen* (= überwiegend ängstlich-depressive Syndrome, 2) oder *externalen* Störungen (= aggressiv-ausagierende Syndrome, 3) im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen deutliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität zeigen.

Methode: In einer repräsentativen Telefonbefragung wurden 1008 Elternangaben mit dem ILK (Mattejat et al., 1998) erhoben. Die Antworten der Eltern aus sieben Lebensbereichen wurden mit bereits vorhandenen Daten einer klinischen Studie (=Multizenterstudie, vgl. Mattejat et al., 1998) verglichen, in der Eltern von stationär bzw. ambulant behandelten psychisch kranken Kindern/Jugendlichen befragt wurden. Um Alters-, Geschlechts- und Schuleffekte auszuschließen, wurden beide Stichproben in einem Matchingverfahren bezüglich Alter, Geschlecht und Schulform parallelisiert.

Ergebnisse: In allen Lebensbereichen konnten signifikante Unterschiede zwischen *psychisch kranken* und gesunden Kindern/Jugendlichen festgestellt werden. Die Unterschiede gehen dabei in die hypothetisch erwartete Richtung, wobei sich die deutlichsten Unterschiede zwischen psychisch gesunden und kranken Kindern in der Gesamteinschätzung, gefolgt von den Bereichen der psychischen Gesundheit, dem

familiären, schulischen Bereich und beim Kontakt zu anderen Kindern zeigen. Die vergleichsweise geringsten Unterschiede zeigen sich im Bereich der körperlichen Gesundheit.

Wenn man die Gruppe der *internal* gestörten Kinder mit gesunden Kindern vergleicht, zeigen sich ebenfalls bei allen ILK-Items signifikante Unterschiede in der erwarteten Richtung. Die deutlichsten Unterschiede zeigen sich bezüglich der Gesamteinschätzung, der psychischen Gesundheit und beim sozialen Kontakt zu anderen Kindern.

Bei den *external* gestörten Kindern zeigen sich beim Vergleich mit psychisch gesunden Kindern signifikante Unterschiede in allen Lebensbereichen. Vor allem die Gesamteinschätzung und die psychische Gesundheit werden signifikant schlechter bewertet als bei den gesunden Gleichaltrigen. Sehr deutliche Unterschiede zeigen sich außerdem im schulischen und im familiären Bereich.

Diskussion: Mit unseren Befunden wird die generelle Hypothese (zu 1) bestätigt, dass *psychisch erkrankte* Kinder und Jugendliche mehr Einschränkungen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen als gesunde Gleichaltrige. Dies entspricht den Ergebnissen der wenigen bereits vorhandenen Untersuchungen aus der wissenschaftlichen Literatur. Vergleicht man unsere Ergebnisse bezüglich der Untergruppen von *internal* (2) bzw. *external* (3) gestörten Kindern mit Studienergebnissen aus der wissenschaftlichen Literatur, so entsprechen auch hier unsere Ergebnisse weitgehend den Befunden der wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen und die aufgestellten Hypothesen werden bestätigt.

Insgesamt zeigen sich in unseren Ergebnissen zwischen den *external* gestörten und gesunden Kindern etwas deutlichere Unterschiede als beim Vergleich zwischen *internal* gestörten und gesunden Kindern. Hier besteht in der Literatur ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen. Die gefundenen Unterschiede zeigen sehr deutlich, dass die psychisch kranken Kinder nicht nur Einschränkungen aufweisen, die unmittelbar mit ihrer Symptomatik verbunden sind, sondern sich in allen erfassten Lebensbereichen Einschränkungen darstellen. Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung sollte sich deshalb nicht nur auf die Symptomatik, sondern auf alle Lebensbereiche beziehen. Hierzu ist im Vorfeld eine entsprechende Diagnostik durchzuführen und bei der Behandlungsplanung jeweils zu berücksichtigen, welche Lebensbereiche beeinträchtigt sind, um ein Behandlungskonzept zu entwickeln, das optimal auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes abgestimmt ist.

9. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity, *Psychology Bulletin*, 101(2): 213-232.
- Adelmann, H.S., Taylor, L. & Nelson, P. (1989). *Minors' dissatisfaction with their life circumstances*, *Child Psychiatry and Human Development*, 1989 (20): 135-147.
- Alsaker, F.D. & Bütikofer, A. (2005) *Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter*, Hogrefe-Verlag, *Kindheit und Entwicklung* 2005, 14(3): 169-180.
- Angermeyer, M.-C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM), Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. (BVM) (1996). *Richtlinie für telefonische Befragungen*, 1996.
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM), Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI), Statistisches Bundesamt (1999). *Demografische Standards: Methoden – Verfahren – Entwicklungen*, 1999.
- Bastiaansen, D., Koot, H.M., Bongers, I.L., Varni, J.W. & Verhulst, F.S. (2004a). *Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQL™ 4.0 generic core scales*, 2004, *Quality of Life Research* (Kluwer Academic Publishers), 13: 489-495.
- Bastiaansen, D., Koot, H.M., Ferdinand, H.F. & Verhulst, F.S. (2004b). *Quality of Life in Children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinical report*, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004(43): 221-30.
- Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2005). *Kurzbeschreibung der Befragung "Seelisches Wohlbefinden und Verhalten" (BELLA) in der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des Robert Koch-Instituts, Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Unveröffentlichte Dissertation, 2005, Technische Universität Berlin.

- Bortz, J. (Hrsg.) (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*, 6. Auflage, Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Bott, U. (2000). *Die Messung der Lebensqualität*, in: M. Berger (Hrsg.): *Diabetes mellitus* (2. Auflage), München: Urban und Schwarzenberg.
- Bullinger, M.; Mackensen, S.v. & Kirchberger, I. (1994). KINDL - Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 1994 II(1): 64-77.
- Bullinger, M. & Ravens-Sieberer, U. (1995). *General principles, methods and areas of application of quality of life research in children*, *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 44(10): 391-399.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U. & Siegrist, J. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – Eine Einführung. In: M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer, J. Siegrist (Hrsg.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive*. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 18. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004). *Grund- und Strukturdaten 2003/2004*. Berlin.
- Cohen, J. (Ed.) (1988). *Statistical power analysis for the behavioural science* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Demo, D.H. & Acock, A.C. (1996). *Family structure, family process, and adolescent well-being*, *Journal of Research on Adolescence*, 1996, 6(4): 457-488.
- Dimsdale, J.E. & Baum, E. (Eds.) (1995). Quality of life in behavioral medicine research. In N. J. Hillsdale: *Perspectives in behavioral medicine*. England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., pp. 286.
- Drotar, D. (Ed.) (1998). *Measuring health related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice*, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Edwards, T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A. & Patrick, D.L. (2002). *Adolescents quality of life, Part I: conceptual and measurement model*, *Journal of Adolescence*, 2002 (25): 275-286.

- Ehnis, P., Trosse, M., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2004). Lebensqualität von Schülern in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Gesundheit - Risiko, Chancen und Herausforderung* (S. 91) Leipzig: System Print-Medien GmbH.
- Eiser, C. & Morse, R. (2001). *Can Parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review*. *Quality of Life Research*, Kluwer Academic Publisher, 2001, 10(4): 347 – 357.
- Engstler, H. & Menning, S. (2003). *Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik*, Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Erikson, E.H. (1976). *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp, 1976, Frankfurt.
- Escobar R., Soutullo, C.A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. & Gilaberte, I. (2005). *Worse Quality of life for children with newly diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children* (2005). *Pediatrics* Vol. 116(3): 364-369.
- Evans, M., Kessler, D., Lewis, G., Peters, T.J. & Sharp, D. (2004). *Assessing mental health in primary care research using standardized scales: can it be carried out over the telephone?*, *Psychological Medicine* 2004 (34): 157-162.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Handweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Fitzpatrick, J. (2000). *What Are Our Goals in Teaching Research Methods to Public Administrators*. *Journal of Public Affairs Education*, Vol. 6 (3), 173-181.
- Franke, K. (2003). *Die Bedeutung von Erkrankungen und Behinderungen sowie verschiedener Einflusskriterien für die subjektive Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen*, unveröffentlichte Dissertation, Philipps-Universität Marburg.
- Fuchs, M. (2003). *Befragung in der Handy-Population. Stichprobenverfahren, Feldarbeit, Datenqualität, Niederschrift eines Vortrages im Rahmen eines ZUMA-Kolloquiums im Januar 2003*.

- Gabler, S., Häder, S. & Hoffmeyer-Zlotnik J.H.-P. (Hrsg.) (1998). *Telefonstichproben in Deutschland*, Westdeutscher Verlag 1998. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gabler, S. & Häder, S. (Hrsg.) (2002). *Telefonstichproben: Methodische Innovationen und Anwendungen in Deutschland*, Waxmann Verlag 2002.
- Gelbard, A., Haub, S. & Kent, M.M. (1999). *World population beyond six billion*, Population Bulletin. 1999, 54(1): 1-44.
- Gilligan, D.T. & Huebner, E.S. (2000). *Multidimensional life satisfaction reports of adolescents: a multitrait-multimethod study*, Personality and Individual Differences 2002 (32): 1149-1155.
- Gilman, R., Huebner, E.S. & Laughlin, J.E. (2000). *A first Study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with Adolescents*, Social Indicators Research, Kluwer Academic Publishers, 2000 (52): 135-160.
- Gilman, R. (2001). *The Relationship between Life Satisfaction, Social Interest, and Frequency of Extracurricular Activities among adolescent Students*, Journal of Youth and Adolescence, 2001, Vol. 30(6): 749-767.
- Gilman, R. & Meyers, J. (2004). *Structured extracurricular activities among adolescents: Findings and implications for school psychologists*, Psychology in the Schools, 2004, 41(1): 31-41.
- Graham, P. & Stevenson, J. (1994). *Child Health Related Quality of Life. Child Questionnaire, Revised Version*, Septemer 1994.
- Greenberger, E. & Chen, Ch. (1996). *Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans*, Development Psychology, 1996 (32): 707-716.
- Groen, G. & Petermann, F. (2005). *Depressive disorders in adolescence: Course, outcome, and clinical predictors of persistence/Depressive Störungen im Jugendalter: Verlauf und klinische Prädiktoren der Persistenz*, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 2005, Vol. 34(1): 10-18.

- Gullone, E. & Cummins, R.A. (1999). *The Comprehensive Quality of Life Scale: A Psychometric Evaluation with an Adolescent Sample*, Behaviour Change, 1999 Vol. 16 (2): 127-139.
- Häder, S., (2000). *Telefonstichproben*, How-to-Reihe, Nr. 6, 2000, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analyse (=ZUMA), Mannheim.
- Harding, L. (2001). *Children's Quality of Life Assessments: A Review of Generic and Health Related Quality of Life Measures completed by Children and Adolescents*, Clinical Psychology and Psychotherapy, 2001(8): 79-96.
- Harrington, R. (1993). *Depressive disorders in childhood and adolescence*, Chichester: Wiley.
- Hawkins, W.E., Hawkins, M.J. & Seeley, J. (1992). *Stress health related behavior and quality of life on depressive symptomology in a sample of adolescents*, Psychological Reports, 1992 (71): 183-186.
- Heinisch, M., Ludwig, M. & Bullinger, M. (1991). Psychometrische Testung der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL). In M. Bullinger, M. Ludwig & N. v. Steinbüchel (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen*, Göttingen: Hogrefe, 1991: 73-90.
- Herschbach, P. (2002). *Das Zufriedenheitsparadoxon in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab?* Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 52: 141-150.
- Hinds, P.S. (1990). *Quality of Life and Children and Adolescents with Cancer*. Seminars in Oncology Nursing, 6(4): 285-291.
- Hirsch, O., Kaestner, F., Resch, K., Gutenbrunner, C., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *Quality of life in child psychiatric and non-clinical samples*, In: European Child and Adolescent Psychiatry, [Abstract 11th International Congress, Sept. 15th – 19th, Hamburg], 8(2): S.173.
- Huebner, E. S. (1991a). *Initial Development of the Students' Life Satisfaction Scale*; School Psychology International, 1991 (12): 231-240.

- Huebner E.S. (1991b). *Correlations of life satisfaction in children*, School Psychology Quarterly, 1991, 6(2): 103-111.
- Huebner, E.S., Funk III, B.A.. & Gilman, R. (2000). *Cross-sectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction reports*, Canadian Journal of School Psychology, 2000 16(1): 53-64.
- Huebner, E.S., Seligson, J.L. & Valois, R.F. (2003). *Preliminary validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS)*. Social Indicators Research, Feb. 2003, Vol. 61(2): 121-145.
- Huebner, E.S., Suldo, S.M., Smith, L.C. & McKnight, C.G. (2004). *Life Satisfaction in Children and Youth : empirical Foundations and Implications for School Psychologists*, Psychology in the School, 2004, Vol. 41(1): 81-93.
- Huschka, D. (2002). *Entwicklung der deutschen Lebensqualität – die Bundesländer im Vergleich*, Veröffentlichung der Abteilung Sozialstruktur und Sozialberichterstattung des Forschungsschwerpunktes „Sozialer Wandel, Institutionen und Vermittlungsprozesse des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung“, 2002.
- Ihle, W. & Esser., G. (2002). *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede*, Psychologische Rundschau, 2002, 53. Jhg. (4): 159-169.
- Ingersoll, G. M. & Marrero, D. G. (1991). *A modified diabetes quality of life measure for youths: Psychometric properties*. The Diabetes Educator, 1991 (7): 114-118.
- Jediß, N. (2006). *Zeitbudget bei psychisch kranken und gesunden Kindern und Jugendlicheb. Ergebnisse aus einer kontrollierten Vergleichsuntersuchung*. Med. Dissertation Marburg, 2006.
- Juniper, E.E., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Ferrie, P.J. et al. (1996). *Measuring quality of life in children with asthma*. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation. 1996, Vol 5(1): 35-46.

- Kaestner, F. (2000). *Messung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen, Eine Befragung von 2527 Schülern*, unveröffentlichte Dissertation, Philipps-Universität Marburg.
- Katz, S. (1987). *The science of quality of life*, Journal Chronic Disease. 40(6): 459-463.
- Kenny, M. (1994). *Quality and correlates of parental attachment among late adolescents*, Journal of Counseling & Development, 1994 (72): 399-402.
- Klassen, A.F., Miller, A. & Fine, S. (2004). *Health-related Quality of Life in Children and Adolescents who have a diagnosis in attention-deficit/hyperactivity-disorder*, Pediatrics 2004 (14): 541-547.
- Landgraf, J.M., Abetz, L. & Ware, J. (1997). *Child Health Questionnaire (CHQ): a users manual*, Boston: The Health Institute Press.
- Lang, S. (1985). *Lebensbedingungen und Lebensqualität von Kindern*. Campus Verlag: Frankfurt/Main.
- Lauer, G. (1994). *Ergebnisse und Probleme der Lebensqualitätsperspektive*, Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 13: 694-695.
- Lauer, G. & Mundt, C. (1995). *Lebensqualität und Qualitätssicherung*, in H.J. Haug & R.D. Stieglitz (Hrsg.): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*, Enke, Stuttgart.
- Levi, R. & Drotar, D. (1998). *Critical issues and needs in health-related quality of life assessment of children and adolescents with chronic health conditions*, in: D. Drotar, *Measuring health-related quality of life in children and adolescents: Implications for research and practice*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. 5. bearbeitete und erweiterte Auflage, Weinheim: Beltz – PVU: 283-285.
- Lind, G. (2005). *Effektstärken: Statistische versus praktische und theoretische Bedeutsamkeit*, University of Konstanz.

- Loreck, E.-M. (2004). *Überprüfung der faktoriellen Struktur und der klinischen Validität der Fragebogenversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK-F), an einer ambulanten, kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation*, Diplomarbeit, Universität Marburg.
- Lorenz, W. & Koller, M. (2002). Empirically-based concepts of outcome and quality of life in medicine. In: A. Gimmler, Ch. Lenk & G. Aumüller (Eds.), *Health and quality of life. Philosophical, medical and cultural aspects*. Münster: LIT-Verlag.
- Lüdtke, O., Tomasik, M.J. & Lang, F.R. (2003) *Teilnahmewahrscheinlichkeit und Stichprobenselektivität in altersvergleichenden Erhebungen*, Hogrefe-Verlag: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 2003, 35(3): 171-180.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1997). *The Impact of family relations on coping processes of children and adolescents with psychiatric disorders / Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen--Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Vol 46(5): 371-392.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nolkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M. H. & Remschmidt, H. (1998). *The Inventory for the Assessment of the Quality of Life in Children and Adolescents (IQLC): A pilot study / Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie*. Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26(3): 174-182.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Verlag Hans Huber, Bern, 1998 (26): 183-196.
- Mattejat, F., Hirsch, O. & Remschmidt, H. (2003a). *Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Verzerrungen)*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Verlag Hans Huber, Bern, 2003, 31(1): 17-34.

- Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Höhne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F. & Remschmidt, H. (2003b). *Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Verlag Hans Huber, Bern, 2003, 31(4): 296-303.
- Mattejat, F., König, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D., Janthur, B., Jungammn, J., Katzenski, Kirchner, J., B., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F. & Remschmidt (2005). *Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihrer Eltern*, Kindheit und Entwicklung, Hogrefe Verlag, 2005, 14(1): 39-47.
- Marmot, M.G. & Wilkinson, R.G. (Editors) (1999). *The Social Determinants of Health*. Oxford University Press: Oxford.
- McKnight, C.G, Huebner, E.S.& Suldo, S. (2002). *Relationship among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents*, Psychology in the School, 2002, Vol. 39(6): 677-687.
- McMunn, A.M. Nazroo, J.Y., Marmot, M.G., Boreham, R. & Goodman, R. (2001). *Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings form the Health Survey for England*, Social Science & Medicine, 2001, 53(4): 432-440.
- Mühlhauser, I. (2000). Diabetes mellitus, in: U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendungen*, Landsberg: Ecomed, 2000: 135-143.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi, Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Surrís, J.-C., Diserens, C., Alsaker, F.D. & Michaud, P.-A. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002*, Lausanne: Institut universitaire de medecine et preventive.
- Nieder, T. & Seiffge-Krenke, I. (2001). *Psychosoziale Determinanten depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter*, Praxis, Kinderpsychologie, Kinderpsychiatrie, Vandenhoeck/Rupprecht, 2001, 50: 342-359.

- Neto, F. (1993). *The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample*, Journal of Youth and Adolescence (Historical Archive), Volume 22, Issue 2: 25 – 134.
- Noll, H.-H. (1998). Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte (1998), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie, 1998, in: M. Hagerty, V. Moeller, & J. Vogel: *State of the Art in Measuring National Living Conditions and Quality of Life*. Social Indicators Research, Special Issue.
- Parson, D.S. & Harris, D.C. (1997). *A review of quality of life in chronic renal failure*, Pharmoeconomics, 1997 (12): 140-160.
- Patrick, D.L., Edwards, T.C. & Topolski, T.D. (2002). *Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument*, Journal of Adolescence 2002 (25): 287-300.
- Petito, F. & Cummins, R.A. (2000). *Quality of Life in Adolescence: The Role of Perceived Control, Parenting Style, and Social Support*, Behaviour Change, Vol. 17(3): 196-207.
- Pongwilairat, D., Orawan, L., Charnsil, C. & Witoonchart, C. (2005). *Quality of Life of Children with Attention-Defizit/Hyper Activity Disorder*. Journal of the Medical Association of Thailand, 2005; 88(8): 1062-1066.
- Porst, R. (2004). *Praxis der Umfrageforschung*, Wiesbaden: Teubner.
- Prüfer, P. & Stiegler, A. (2002). *Die Durchführung standardisierter Interviews: Ein Leitfaden*, ZUMA How-to-Reihe, 2002, Nr.11.
- Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (1998), *Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytic results*, Kluwer Academic Publishers, Quality of Life Research, 1998 (7): 399-407.
- Ravens-Sieberer, U. (2000). *Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ein Überblick*, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Springer-Verlag, 2000 (43): 198-209.

- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL--Revidierte Form: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*, Unveröffentlichtes Manual, 2000.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (Ed.) (1992). *Developmental Psychopathology, Child and Youth Psychiatry*, 1992.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1998). *Information zum DFG-Projekt: Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Überprüfung des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*, eigene Stellungnahme, Universität Marburg.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störung des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Remschmidt, H., Hirsch, O. & Mattejat, F. (2003). *Reliability and validity of evaluation measures assessed through telephone interviews / Reliabilität und Validität von telefonisch erhobenen Evaluationsmassen*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 31(1): 35-49.
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch*, F. Resch (Hrsg.), Psychologie Verlags-Union, Weinheim.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic Procedures for Social Research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ryan, R. & Lynch, J. (1989). *Emotional autonomy versus detachment: Revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood*, Child Development, 1999 (60): 430-456.
- Sastre, M.T.M. & Ferriere, G. (2000). *Family "decline" and subjective well-being of adolescents*, Social indicators Research, 2000 (49): 69-82.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, J. & Rice, M. (1999). *A comparison of parent and adolescent reports describing the health-related quality of life of adolescents treated for cancer*, International Journal of Cancer, 1999(12): 39-45.

- Sawyer, M.G., Arney, F.M., Baghurst, P.A., Clark, J.J., Graetz, B.W., Kosky, R.J., Nurcombe, B., Patton, G.C., Prior, M.R., Raphael, B., Rey, J.M., Whaites, L.C. & Zubrick, S.R. (2001). *The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Volume 35 (6): 806-814.
- Sawyer, M.G., Whaitens, L., Rey, J.M., Hazell, P.L., Graetz, B.W. & Baghurst, P.A. (2002). *Health-related Quality of Life of Children and Adolescents with mental disorders*, Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2002 (41): 530-537.
- Schmeck, K. & Poustka, F. (1997). Quality of life and childhood disorders, in: Katschnig, H., Freeman, H., Sartorius, N. (Eds.), *Quality of life in Mental Disorders*, J. Wiley, Chinchester.
- Schmeck, K., Poustka, F. & Katsching, H. (Hrsg.) (1998). *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Springer-Verlag, Wien/New York.
- Schöb, A. (2001). *Die Wohlfahrtssurveys 1978 bis 1988. Zeitreihen zur Wohlfahrtsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland*, Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Schubert, M.T., Herle, M. & Wurst, E. (2003). *ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität . Pilotstudie zur Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher*, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 2003, 31(4): 285-291.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung, aus: Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.) (2003): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*, Göttingen: Hogrefe.
- Shek, D.T.L. (1997). *The relation of family functioning to adolescents psychological well-being, school adjustment, and problem behavior*, Social Behavior and Personality, 1997 (25): 277-290.
- Statistisches Bundesamt (1999a). *Mitteilungen für die Presse vom 20. Dezember 1999*.

- Statistisches Bundesamt (1999b). *Demographische Standards, Methoden, Verfahren, Entwicklungen*, Gruppe IB, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003a). *Datenreport 2002, Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*, Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 376, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Statistisches Bundesamt (2003b). *Mikrozensus 2002*. Fachserie 1, Reihe 3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2005a). *Datenreport 2004, Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*, Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Bd. 450, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Statistisches Bundesamt (2005b). *Mikrozensus 2004*. Fachserie 1, Reihe 3, Wiesbaden.
- Susman, E.J., Dorn, L.D. & Chrouses, G.P. (1991). *Negative affect and hormone levels in young adolescents: Concurrent and predictive perspectives*, Journal of Youth and Adolescence, 1991 (20): 167-190.
- van Wel, F.; Linssen, H. & Abma, R. (1999). *The Parental Bond and Well-Being of Adolescents and Young Adults*, Journal of Youth and Adolescence (2000) Vol. 29(3): 307-318.
- Vogels, T., Verrips, G.H.W., Verloove-Vanhorick, S.P., Fekkes, M., Kamphuis, R.P., Koopman, H.M., Theunissen, N.C. & Wit, J.M.. (1998). *Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form*, Kluwer Academic Publishers, Quality of Life Research (1998), Vol. 7: 457-465.
- Wahn, U., Szczepanski, R. & Bullinger, M. (Hrsg.). (1995). *Chronisch kranke Kinder – Krankheitsbewältigung und Lebensqualität*, Hamburg: EuMe Com Press.
- WHOQOL-Group (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*, Social Science and Medicine, 41(10): 1403-1409.
- Wiesmann, U., Krause, C. & Hannich, H.-J. (2004). *Selbstwertgefühl und Wohlbefinden im Kindesalter*, Psychomed: Zeitschrift für Psychologie und Medizin, 2004, 16(3): 159-172.

- Windle, M. & Miller-Tutzauer, C. (1992). *Confirmatory factor analysis and concurrent validity of the perceived social support-family measure among adolescents*, Journal of marriage and the family, 1992 (54): 777-787.
- Wurst, E., Herle, M., Fuiko, R., Hajszan, M., Kathouda, C., Kienboom, A. & Schubert, M. (2002). *Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK)*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2002, Vol. 30(1): 21-28.
- Zumbo, B.D., Hemingway, D., Michalos, A.C. & Hubley, A.M. (2001). *Health and other aspects of the quality of life of older people*. Social Indicators Research, 2001, Vol. 54(3): 239-274.

Gliederung des Anhangs:

- Anhang A Auszug der ILK-Lebensbereiche aus dem Interview-Leitfaden
- Anhang B Lebensqualität bei gesunden Kindern nach ILK-Items geordnet
- Anhang C Krankheitsbilder und Diagnosen der klinischen Vergleichsdaten
- Anhang D Überblick über alle Vergleiche psychisch kranke vs. gesunde Kinder
- Anhang E Beschreibung der Fragebögen CHQ, YQOL-R und PedsQL
- Anhang F Verzeichnis der akademischen Lehrer, Danksagung

Anhang A: Auszug aus dem Interview-Leitfaden

10.1 Wie kommt _____ mit den schulischen Leistungsanforderungen (oder Ausbildung/ Praktikum), die an ihn/sie gestellt werden zurecht? Entsprechendes ankreuzen

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

7 Angabe verweigert 8 WN _____ (ILk1t)

10.2 Wie ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)?

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

7 Angabe verweigert 8

WN _____ (ILk2t)

10.3 Wie ist der Kontakt von _____ zu anderen Kindern/Jugendlichen in der Freizeit?

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

7 Angabe verweigert 8

WN _____ (ILk3t)

10.4 Wie kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

7 Angabe verweigert 8

WN _____ (ILk4t)

10.5 Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit von _____ ein?

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

7 Angabe verweigert 8

WN _____ (ILk5t)

10.6 Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung von _____ ein? (gemeint ist die psychische Verfassung)

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

₇ Angabe verweigert ₈

WN _____ (ILk6t)

10.7 Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie geht es _____ zur Zeit insgesamt?

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)
-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	----------------------

₇ Angabe verweigert ₈

WN _____ (ILk7t)

Anhang B: Lebensqualität bei gesunden Kindern nach ILK-Items geordnet

ILK „Schule“

Tab. B1: ILK-Schule: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien

ILK-Schule		gesamt		weiblich		männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	227	23,9	127	27,7	100	20,4
	Eher gut	450	47,5	216	47,1	234	47,9
	Teils-teils	232	24,5	102	22,2	130	26,6
	Eher schlecht	31	3,3	12	2,6	19	3,9
	Sehr schlecht	8	,8	2	,4	6	1,2
Gesamt		948*	100,0	459	100,0	489	100,0

*Ausfälle: insgesamt: N=60 (6,0%), davon: TNZ, da Kindergarten: N=52 (5,2%), weiß nicht: N=3 (0,3%), fehlender Wert: N=5 (5%)

Tab. B2: ILK-Schule nach Schulformen getrennt:

ILK-Schule	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstiges	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
weiblich	145 ⁽¹⁾	1,77	29	2,28	81	2,27	139	2,00	44	2,11
männlich	166	1,98	47	2,30	81	2,32	127 ⁽²⁾	2,34	48	2,15

*Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%); AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)
(1) : WN: N=1 (2) : AV: N=1

Tab. B3: ILK-Schule nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Altersgruppe des befragten Kindes	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	270	1,87	,774	126	1,74	,706	144	1,98	,815
10 bis 12 Jahre	243	2,11	,872	126	1,99	,825	117	2,24	,906
13 bis 15 Jahre	247	2,25	,765	114	2,23	,753	133	2,26	,777
16 bis 18 Jahre	188	2,21	,849	93	2,14	,855	95	2,27	,844

ILK „Familie“

Tab. 4: ILK-Familie: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien

ILK-Familie		gesamt		Weiblich		Männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	525	52,1	267	55,1	258	49,3
	Eher gut	389	38,6	183	37,7	206	39,4
	Teils-teils	82	8,1	31	6,4	51	9,8
	Eher schlecht	12	1,2	4	,8	8	1,5
Gesamt		1008	100,0	485	100,0	523	100,0

Tab. B5: ILK-Familie nach Schulform getrennt:

ILK-Familie	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstiges	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
Weiblich*	146	1,36	29	1,72	81	1,57	139	1,61	44	1,50
Männlich**	166	1,49	47	1,79	81	1,78	128	1,66	48	1,75

*Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%);
AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)

Tab. B6: ILK-Familie nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Alter gruppiert des befragten Kindes	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	323	1,41	,585	149	1,35	,519	174	1,47	,633
10 bis 12 Jahre	243	1,54	,657	126	1,48	,642	117	1,60	,670
13 bis 15 Jahre	247	1,68	,721	114	1,65	,691	133	1,71	,747
16 bis 18 Jahre	195	1,81	,775	96	1,73	,732	99	1,88	,812

ILK „Andere Kinder“

Tab. B7: ILK-andere Kinder: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien

ILK-andere Kinder N=1008		Gesamt		Weiblich		Männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	467	46,3	234	48,2	233	44,6
	Eher gut	398	39,5	193	39,8	205	39,2
	Teils-teils	113	11,2	45	9,3	68	13,0
	Eher schlecht	25	2,5	9	1,9	16	3,1
	Sehr schlecht	5	0,5	4	0,8	1	0,2
Gesamt		1008	100,0	485	100,0	523	100,0

Tab. B8: ILKAandere Kinder nach Schulform getrennt:

ILK-and. Kinder N=1008	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstiges	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
Weiblich*	146	1,64	29	1,76	81	1,67	139	1,64	44	1,89
Männlich**	166	1,77	47	1,94	81	1,72	128	1,70	48	1,73

* Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%); AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)

Tab. B9: ILK-Andere Kinder nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Alter gruppiert des befragten Kindes N=1008	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	323	1,71	,789	149	1,67	,757	174	1,74	,817
10 bis 12 Jahre	243	1,75	,796	126	1,70	,772	117	1,81	,819
13 bis 15 Jahre	247	1,71	,794	114	1,72	,826	133	1,70	,769
16 bis 18 Jahre	195	1,68	,827	96	1,58	,804	99	1,77	,843

ILK „Alleine“

Tab. B10: ILK-Alleine: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien

ILK-Alleine		Gesamt		Weiblich		Männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	508	50,4	251	51,8	257	49,1
	Eher gut	335	33,2	166	34,2	169	32,3
	Teils-teils	127	12,6	54	11,1	73	14,0
	Eher schlecht	34	3,4	14	2,9	20	3,8
	Sehr schlecht	4	,4	0	0	4	,8
Gesamt		1008	100,0	485	100,0	523	100,0

Tab. B11: ILK-Alleine nach Schulform getrennt:

ILK-Alleine	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstiges	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
Weiblich*	146	1,73	29	2,03	81	1,56	139	1,51	44	1,73
Männlich**	166	1,92	47	1,85	81	1,65	128	1,62	48	1,85

*Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%); AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)

Tab. B12: ILK-Alleine nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Altersgruppe des befragten Kindes N=1008	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	323	1,80	,887	149	1,70	,860	174	1,89	,903
10 bis 12 Jahre	243	1,72	,825	126	1,69	,774	117	1,76	,877
13 bis 15 Jahre	247	1,62	,776	114	1,61	,748	133	1,64	,801
16 bis 18 Jahre	195	1,61	,863	96	1,58	,749	99	1,63	,965

ILK „Gesundheit“

Tab. B13: ILK-Gesundheit: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien

ILK-Gesundheit		Gesamt		Weiblich		Männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	469	46,5	221	45,6	248	47,4
	Eher gut	430	42,7	208	42,9	222	42,4
	Teils-teils	87	8,6	43	8,9	44	8,4
	Eher schlecht	19	1,9	11	2,3	8	1,5
	Sehr schlecht	3	,3	2	,4	1	,2
Gesamt		1008	100,0	485	100,0	523	100,0

Tab. B14: ILK-Gesundheit nach Schulform getrennt:

ILK-Gesundheit	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstiges	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
Weiblich*	146	1,48	29	1,90	81	1,73	139	1,78	44	1,80
Männlich**	166	1,59	47	1,70	81	1,68	128	1,63	48	1,75

*Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%); AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)

Tab. B15: ILK-Gesundheit nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Altersgruppe des befragten Kindes	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	323	1,56	,708	149	1,50	,643	174	1,61	,758
10 bis 12 Jahre	243	1,62	,714	126	1,62	,714	117	1,62	,717
13 bis 15 Jahre	247	1,82	,786	114	1,91	,858	133	1,74	,714
16 bis 18 Jahre	195	1,71	,718	96	1,81	,786	99	1,62	,634

ILK „Nerven/Laune“

Tab B16.: ILK-Nerven: Häufigkeiten der einzelnen Kategorien

ILK-Nerven		Gesamt		Weiblich		Männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	195	19,4	96	19,9	99	19,0
	Eher gut	552	55,0	261	54,1	291	55,7
	Teils-teils	219	21,8	106	22,0	113	21,6
	Eher schlecht	33	3,3	18	3,7	15	2,9
	Sehr schlecht	5	,5	1	,2	4	,8
Gesamt		1004*	100,0	485	100,0	523	100,0

* Ausfälle: Weiß nicht: N=4 (0,4%)

Tab. B17: ILK-Nerven nach Schulform getrennt:

ILK-Nerven	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstiges	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
Weiblich*	146	2,05	29	2,17	80 ⁽¹⁾	2,19	139	2,09	43 ⁽²⁾	2,12
Männlich**	166	2,09	46 ⁽³⁾	2,20	81	2,19	128	2,04	48	2,33

*Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%); AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)

(1) AV: N=1 (2) WN: N=1 (3) WN: N=1

Tab. B18: ILK-Nerven nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Altersgruppe des befragten Kindes	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	322	2,05	,768	148	2,04	,708	174	2,06	,817
10 bis 12 Jahre	242	2,08	,739	125	1,99	,724	117	2,17	,746
13 bis 15 Jahre	246	2,14	,734	114	2,24	,756	132	2,06	,707
16 bis 18 Jahre	194	2,18	,804	95	2,18	,863	99	2,18	,747

ILK „Alles zusammen“

Tab. B19: ILK-Alles zusammen:

ILK-Alles zusammen		Gesamt		Weiblich		Männlich	
		N	%	N	%	N	%
Kategorie	Sehr gut	324	32,2	165	34,1	159	30,5
	Eher gut	595	59,2	280	57,9	315	60,5
	Teils-teils	75	7,5	33	6,8	42	8,1
	Eher schlecht	10	1,0	6	1,2	4	,8
	Sehr schlecht	1	,1			1	,2
Gesamt		1005*	100,0	484	100,0	521	100,0

*Ausfälle: Weiß nicht: N=3 (0,3%)

Tab. B20: ILK-Alles zusammen nach Schulform getrennt:

ILK-Alles zusammen	Grundschule		Hauptschule		Realschule		Gymnasium		Sonstige Schulen	
	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW	N	MW
Weiblich*	146	1,62	29	1,86	81	1,84	139	1,76	43 (1)	1,79
Männlich**	166	1,72	47	1,74	80 (2)	1,91	128	1,88	47	1,87

*Gesamt: N=485; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=22 (4,8%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,7%); AV: N=1 (0,2%)

**Gesamt: N=523; Fehlend: Schulkindergarten/Vorklasse: N=30 (6,0%); TNZ, da nicht in Schule: N=23 (4,4%)

(1) : WN: N=1 (2) : AV: N=1

Tab. B21: ILK-Alles zusammen nach Altersgruppen und Geschlechtern getrennt:

Altersgruppe des befragten Kindes	Gesamt			Weiblich			männlich		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
6 bis 9 Jahre	322	1,65	,568	148	1,60	,544	174	1,68	,587
10 bis 12 Jahre	243	1,77	,629	126	1,67	,617	117	1,86	,628
13 bis 15 Jahre	246	1,85	,646	114	1,87	,631	132	1,83	,660
16 bis 18 Jahre	194	1,91	,666	96	1,95	,701	98	1,88	,630

Dichotomisierter Lebensqualitäts-Score24:

Tab. B22: dichotomisierter Lebensqualitätsscore 24 nach Geschlechtern getrennt:

Ngesamt=1008		weiblich		männlich	
		N=485	Prozent	N=523	Prozent
Gültig	7	-	-	1	,2
	9	1	,2	2	,4
	11	3	,6	1	,2
	12	2	,4	2	,4
	13	1	,2	8	1,5
	14	14	2,9	9	1,7
	15	16	3,3	23	4,4
	16	23	4,7	37	7,1
	17	42	8,7	62	11,9
	18	58	12,0	66	12,6
	19	81	16,7	78	14,9
	20	81	16,7	85	16,3
	21	68	14,0	58	11,1
	22	44	9,1	47	9,0
23	31	6,4	35	6,7	
24	20	4,1	9	1,7	
Gesamt		485	100,0	523	100,0

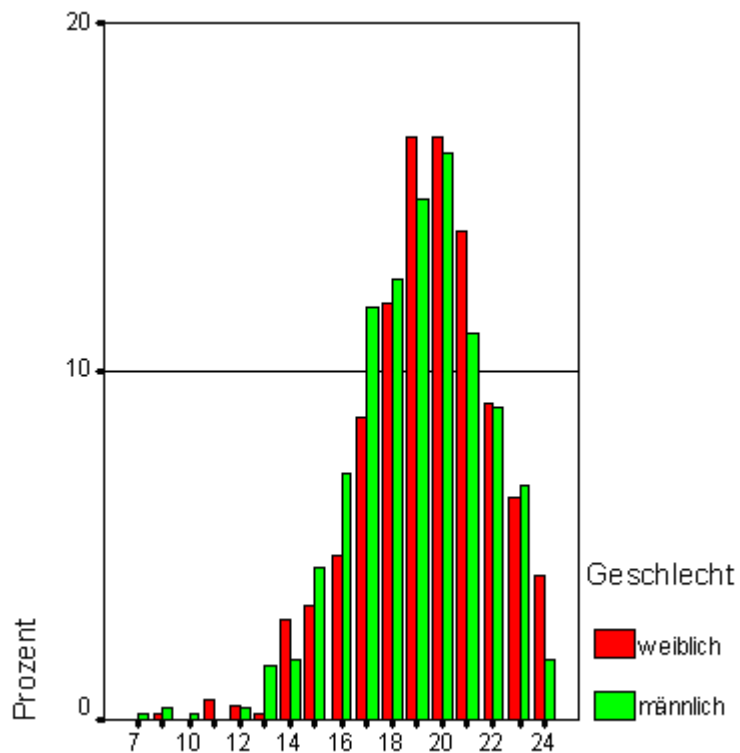


Abb. B1: Lebensqualitätsscore24 nach Geschlechtern getrennt

Tab. B23: Lebensqualitätsscore 24 nach Geschlechtern und Altersgruppen getrennt:

Altersgruppe	Gesamt			weiblich			männlich		
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD
6-9 Jahre	323	19,64	2,49	149	20,02	2,23	174	19,32	2,66
10-12 Jahre	243	19,18	2,59	126	19,52	2,65	117	18,80	2,47
13-15 Jahre	247	18,78	2,55	114	18,65	2,52	133	18,89	2,58
16-18 Jahre	195	18,82	2,70	96	18,96	2,66	99	18,68	2,74

Tab. B24: Lebensqualitätsscore24 nach Geschlechtern und Schultyp getrennt:

Schultyp	Gesamt			weiblich			männlich		
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD
Grundschule	312	19,53	2,41	146	19,96	2,22	166	19,16	2,51
Hauptschule	76	18,20	2,91	29	18,14	2,94	47	18,23	2,93
Realschule	162	18,86	2,40	81	19,02	2,54	81	18,69	2,26
Gymnasium	267	19,21	2,68	139	19,37	2,69	128	19,03	2,66
Rest	191	19,12	2,67	90	19,06	2,51	101	19,17	2,83

Tab. B25: Lebensqualitätsscore 24 nach Geschlechtern, Schultyp und Altersgruppen getrennt:

Altersgruppe	Geschlecht	Schultyp	MW	SD
6 bis 9 Jahre	weiblich	Grundschule	19,96	2,23
		Rest	20,28	2,30
	männlich	Grundschule	19,12	2,51
		Rest	20,55	2,52
10 bis 12 Jahre	weiblich	Grundschule	19,96	2,23
		Hauptschule	18,17	3,52
		Realschule	19,27	2,98
		Gymnasium	19,91	2,68
		Rest	19,26	2,00
	männlich	Grundschule	19,38	2,53
		Hauptschule	17,76	2,51
		Realschule	18,43	2,21
		Gymnasium	18,92	2,45
		Rest	19,25	2,40
13 bis 15 Jahre	weiblich	Hauptschule	17,85	2,82
		Realschule	18,78	2,46
		Gymnasium	18,95	2,37
		Rest	18,00	2,92
	männlich	Hauptschule	18,83	3,33
		Realschule	18,80	2,49
		Gymnasium	19,26	2,42
		Rest	18,30	2,20
16 bis 18 Jahre	weiblich	Hauptschule	18,33	0,57
		Realschule	19,46	2,07
		Gymnasium	19,24	2,92
		Rest	18,31	2,48
	männlich	Hauptschule	17,00	2,00
		Realschule	18,65	1,85
		Gymnasium	19,09	2,78
		Rest	18,31	2,48

Anhang C: Krankheitsbilder und Diagnose der klinischen Vergleichsdaten

Tab. C1: Darstellung der Diagnosen für die klinische Stichprobe* und der Paarlingsstichprobe:

Diagnosen	Klinische Stichprobe* Nges=462	Paarlingsstichprobe Nges=353
	N= %	N= %
Organische Störungen (F0)	-	-
Drogenstörungen (F1)	-	-
Schizophrenie (F2)	13 2,8%	6 1,7%
Affektive Störungen (F3)	12 2,6%	12 3,4%
Anpassungsstörungen (F43)	41 8,9%	32 9,1%
Neurotische Störungen (F4 ohne F43)	19 4,1%	14 4,0%
Anorexien (F50.0 und F50.1)	14 3,0%	13 3,7%
Bulimie (F50.2 und F50.3)	5 1,1%	4 1,1%
Andere Essstörungen (F50.4)	-	-
Persönlichkeitsstörungen (F60 ohne 62-69)	7 1,5%	4 1,1%
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	-	-
HKS (F90.0)	76 16,5%	61 17,3%
Störung des Sozialverhaltens (F91 und F92)	76 16,5%	52 14,97%
Emotionalstörung (F93)	87 18,8%	69 19,5%
Störung der sozialen Funktionen (F94)	-	-
TICs (F95)	5 1,1%	4 1,1%
Sonstige Verhaltensstörungen (F98)	82 17,7%	61 17,3%
Rest / fehlende bzw. unklare Diagnose	-	-
Fehlend	25 5,4%	21 5,9%
Gesamt	462 100%	353 100%

* Die klinischen Fälle, in denen vollständige Eltern-ILKs vorlagen (N=462)

Anhang D: Überblick über alle Vergleiche psychisch krank vs. gesund

Vergleich Bevölkerungsstichprobe vs. klinische Stichprobe: Gesamtgruppe

Tab. D1: ILK-Ergebnisse der Patientenstichprobe (Gesamtgruppe) im Vergleich zur repräsentativen Telefonstichprobe (=Telefonbefragung):

ILK-Items	Patientenstichprobe: Gesamtgruppe N=353		Telefonstichprobe N=353		Wicoxon-Test*	Effektstärke**
	MW	SD	MW	SD		
Schule	2,81	0,98	2,06	0,83	<0,0005	0,90
Familie	2,15	0,94	1,50	0,64	<0,0005	1,02
Andere Kinder	2,47	1,05	1,70	0,79	<0,0005	0,97
Alleine	2,48	1,09	1,81	0,89	<0,0005	0,75
Gesundheit	2,00	0,89	1,63	0,74	<0,0005	0,50
Nerven	3,17	0,91	2,06	0,75	<0,0005	1,43
Alles zusammen	2,80	0,91	1,74	0,57	<0,0005	1,86
Ger. Lebensqualitäts-Score ²⁴	14,93	3,3992	19,23	2,53	<0,0005	-1,70

* Wilcoxon-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig). Da das Signifikanzniveau nach Bonferroni (vgl. Kapitel 4.3.5) korrigiert wurde, wird ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet

** Glass's Δ , (vgl. Kapitel 4.3.5)

Tab. D2: Problemwahrnehmung der einzelnen Bereiche bei der Gegenüberstellung Patientenstichprobe (Gesamtgruppe) vs. repräsentative Telefonstichprobe (=Telefonbefragung):

Dichotomisiertes ILK-Item	Patientenstichprobe: Gesamtgruppe N=353		Telefonstichprobe N=353		Effektstärke*
	Angabe in %	SD	Angabe in %	SD	
Schule	70	0,46	26	0,44	1,00
Familie	33	0,47	7	0,25	1,04
Andere Kinder	46	0,50	15	0,35	0,89
Alleine	45	0,50	22	0,41	0,56
Gesundheit	23	0,41	10	0,31	0,42
Nerven	77	0,42	24	0,43	1,23
Alles zusammen	60	0,49	6	0,24	2,25

* Glass's Δ (vgl. Kapitel 4.3.5)

Vergleich Bevölkerungsstichprobe vs. klinische Stichprobe: internale Störungen

Tab. D3: ILK-Ergebnisse der Patientenstichprobe (internale Gruppe) im Vergleich zur repräsentativen Telefonstichprobe:

ILK-Items	Patientenstichprobe: internale Gruppe N=108		Telefonstichprobe N=108		Wilcoxon-Test*	Effektstärke**
	MW	SD	MW	SD		
Schule	2,70	0,99	2,13	0,91	<0,0005	0,63
Familie	1,98	0,92	1,48	0,69	<0,0005	0,73
Andere Kinder	2,48	1,07	1,72	0,78	<0,0005	0,97
Alleine	2,38	1,08	1,85	0,93	<0,0005	0,57
Gesundheit	2,13	0,99	1,72	0,82	<0,0005	0,50
Nerven	3,32	1,01	2,15	0,78	<0,0005	1,50
Alles zusammen	2,93	0,93	1,78	0,60	<0,0005	1,92
Ger. Lebensqualitäts-Score ²⁴	15,04	3,34	18,94	2,83	<0,0005	-1,38

* Wilcoxon-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig). Da das Signifikanzniveau nach Bonferroni (vgl. Kapitel 4.3.5) korrigiert wurde, wird ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet

** Effektstärke: Glass's Δ (vgl. Kapitel 4.3.5)

Tab. D4: Problemwahrnehmung der einzelnen Bereiche bei der Gegenüberstellung der Patientengruppe (internale Gruppe der Multizenterstudie) vs. repräsentative Telefonstichprobe (=Telefonbefragung):

Dichotomisiertes ILK-Items	Patientenstichprobe: internale Gruppe N=108		Telefonstichprobe N=108		Effektstärke*
	Angaben in %	SD	Angaben in %	SD	
Schule	64	0,48	31	0,46	0,72
Familie	25	0,44	7	0,26	0,69
Andere Kinder	43	0,50	15	0,36	0,78
Alleine	46	0,50	19	0,40	0,68
Gesundheit	27	0,45	16	0,37	0,30
Nerven	82	0,39	29	0,45	1,18
Alles zusammen	65	0,48	7	0,26	2,23

* Effektstärke: Glass's Δ (vgl. Kapitel 4.3.5)

Vergleich Bevölkerungsstichprobe vs. klinische Stichprobe: externe Störungen

Tab. D5: ILK-Ergebnisse der Patientenstichprobe (externale Gruppe) im Vergleich zur repräsentativen Telefonstichprobe (=Telefonbefragung):

ILK-Items	Patientenstichprobe: externe Gruppe N=113		Repräsentative Telefonstichprobe N=113		Wilcoxon-Test*	Effektstärke**
	MW	SD	MW	SD		
Schule	2,97	1,00	1,97	0,82	<0,0005	1,22
Familie	2,37	0,96	1,58	0,68	<0,0005	1,16
Andere Kinder	2,73	1,02	1,81	0,84	<0,0005	1,10
Alleine	2,82	1,16	1,95	0,96	<0,0005	0,91
Gesundheit	1,94	0,76	1,58	0,64	<0,0005	0,56
Nerven	3,17	0,86	2,00	0,68	<0,0005	1,72
Alles zusammen	2,85	0,88	1,73	0,54	<0,0005	2,07
Ger. Lebensqualitäts-Score ²⁴	14,00	3,36	19,12	2,54	<0,0005	-2,02

* Wilcoxon-Test: asymptotische Signifikanz (2-seitig). Da das Signifikanzniveau nach Bonferroni (vgl. Kapitel 4.3.5) korrigiert wurde, wird ein p-Wert von $\leq 0,001$ als statistisch signifikant betrachtet

** Effektstärke: Glass's Δ (vgl. Kapitel 4.3.5)

Tab. D6: Problemwahrnehmung der einzelnen Bereiche bei der Gegenüberstellung der Patientengruppe (externale Gruppe) vs. repräsentative Telefonstichprobe (=Telefonbefragung):

Dichotomisiertes ILK-Item	Patientenstichprobe: externe Gruppe N=113		Telefonstichprobe N=113		Effektstärke*
	Angaben in %	SD	Angaben in %	SD	
Schule	79	0,41	23	0,42	1,33
Familie	44	0,50	9	0,29	1,21
Andere Kinder	60	0,49	20	0,40	1,03
Alleine	56	0,50	29	0,46	0,59
Gesundheit	18	0,38	6	0,24	0,50
Nerven	79	0,41	21	0,41	1,41
Alles zusammen	63	0,49	4	0,21	2,81

* Effektstärke: Glass's Δ (vgl. Kapitel 4.3.5)

Anhang E: Beschreibung der Fragebögen CHQ, YQOL-R und PedsQL

Bei der Literaturrecherche zum vorliegenden Thema stützten wir uns auf die wissenschaftlichen Datenbanken *Psyn dex*, *PsychINFO*, *Sociological abstracts* und *Medline/pubmed*. Dabei wurden in sämtlichen Datenbanken englische Suchbegriffe zum Thema Lebensqualität eingegeben. Folgende Kombinationen erschienen sinnvoll: “Quality of life”, “Well being”, “Life satisfaction” jeweils mit “Children”, “Youth”, “Adolescents”, “Adolescence”, “Parents” kombiniert.

Aufgrund der hohen Trefferquote erfolgte die weitere Eingrenzung mit Hilfe bestimmter Ausschlusskriterien. Danach durften die untersuchten Kinder und Jugendlichen nur zwischen 6 und 18 Jahren sein und die Daten mussten mit einem Interview oder Fragebogen erhoben worden sein. Um einen Vergleich unserer Ergebnisse mit denen aus anderen Ländern zu gewährleisten, wurden nur diejenigen berücksichtigt, die eine der deutschen entsprechende Staatsform haben. Darunter vielen Untersuchungen aus Europa, Australien und Nordamerika.

Bei der Literaturrecherche nach Studien, in denen die Lebensqualität von psychisch erkrankten Kindern mit der Lebensqualität von psychisch gesunden Kindern verglichen wird, fanden sich 8 Untersuchungen. Diese sind mit drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten (=Fragebögen) gewonnen worden:

1. **CHQ** (=Child Health Questionnaire Child/Parent Version)
2. **YQOL-R** (=Youth Quality of Life-Research Version)
3. **PedsQL** (=Pediatric Quality of Life Inventory)

Diese drei Fragebögen werden im Folgenden kurz vorgestellt:

a) Der CHQ (=Child Health Questionnaire)

In den drei Studien von Escobar et al. (2005), Klassen et al. (2004), Sawyer et al. (2002), werden die Unterschiede der Lebensqualität zwischen psychisch gesunden und psychisch erkrankten Kindern mit dem Fragebogen „CHQ“ (Child Health Questionnaire) erhoben. Dabei beziehen sich alle drei Studien auf die Elternversion mit 50 Items (CHQ-PF50 = parent-form 50 items). Mit diesem von Landgraf et al. (1997)

entwickelten Fragebogen ist die Fremdbeurteilung von Kindern zwischen 5-18 Jahren möglich. Ganz allgemein werden Daten zur physischen Gesundheit und zur psychosozialen Gesundheit erhoben. Diese werden folgendermaßen aufgeschlüsselt:

Tab. E1: Darstellung der einzelnen CHQ-Skalen mit deren Bedeutung und den jeweils korrespondierenden ILK-Items:

CHQ Ab-kürz.	Bedeutung	Beschreibung des CHQ-PF50-Bereiches*	Korresp. ILK-Item
PF	Physical functioning	Körperliche Aktivitäten	Körperliche Gesundheit = „Gesundheit“
RP	Role/social - physical	Einschränkungen durch gesundheitliche Probleme in der Schule und bei Aktivitäten mit Freunden	Soziale Kontakte zu anderen Kindern (“Andere [Kinder]”)**
REB	Role/social emotional-behavoral	Einschränkungen durch emotionale Probleme und Verhaltensschwierigkeiten in der Schule und bei Aktivitäten mit Freunden	Soziale Kontakte zu anderen Kindern (“Andere [Kinder]”)**
GH	General health perceptions	allgemeine körperliche Gesundheitswahrnehmung	körperliche Gesundheit = „Gesundheit“
BP	Bodily pain/ discomfort	Intensität und Häufigkeit von allgemeinen Schmerzen und körperliche Beschwerden	-
MH	Menal health	psychische Gesundheit: Häufigkeit von positivem und negativem Befinden	Psychische Gesundheit = „Nerven/Laune“
SE	Self esteem	Selbstwertgefühl/Dimension des Selbstwertes, wie z.B. Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen	-
BE	Behavior	Extroversive Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Stehlen, Betrügen, Lügen, mangelnde Konzentrationsfähigkeit	-
FA	Family activities	Einschränkungen der Familienaktivitäten aufgrund der Erkrankung des Kindes	„Familie“
FC	Family cohesion	Beziehungen innerhalb der Familie	„Familie“
PE	Emotional impact on parent	emotionale Belastung/Probleme der Eltern durch die Krankheit des Kindes	-
PT	Time impact on parent	zeitliche Belastung/Einschränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes	-

* Beschreibung des Bereiches in Orientierung an die deutsche autorisierte Übersetzung nach ZRF, 1997

** teilweise soziale Kontakte zu anderen Kindern, da auch Einschränkungen in der Schule abgefragt werden

Mit Ausnahme der Fragen zur allgemeinen Gesundheit, zum Vergleich des Verhaltens mit anderen Gleichaltrigen, der Gesundheit und des familiären Zusammenlebens beziehen sich die restlichen Fragen auf die letzten 4 Wochen. Bei den Antwortmöglichkeiten handelt es sich um vier- bis sechsstufige Likert-Skalen, die bei

fast jeder Frage unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von Symptomen bzw. zur Stärke der Einschränkungen beinhalten.

Anhand der einzelnen Lebensbereiche (siehe Tab. E1) lassen sich drei Scores erstellen:

1. individueller Gesamtscore („overall score“): die Angaben der 12 Bereiche werden summiert
2. individueller Summen-Scores hinsichtlich physischer Gesundheit („physical summary score“) und psychosozialer Gesundheit („psychosocial summary score“)

Bei der Berechnung der Summenscores („physical summary score“, „psychosocial summary score“) werden 10 der oben vorgestellten Lebensbereiche (GH, BP, PF, RP, PT, PE, MH, SE, REB, BE) durch eine Faktorengewichtung unterschiedlich stark bewertet.

Im Folgenden sind die einzelnen Bereiche für die Summenscoreberechnung aufgelistet:

1. **physical summary score:**

general health (GH), bodily pain/discomfort (BP), physical functioning (PF), role/social limitations: physical (RP), parent impact: time (PT), parent impact: emotional (PE)

2. **psychosocial summary score:**

mental health (MH), self esteem (SE), role/social limitations: emotional and behavioural (REB), behaviour (BE), parent impact: time (PT), parent impact: emotional (PE)

Zur Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen liegen normierte Summenscores aus der Allgemeinbevölkerung und aus klinischen Studien vor.

b) Der YQOL-R (Youth Quality of Life-Research Version)

Patrick et al. (2002) benutzten den Fragebogen „YQOL-R“ als Erhebungsinstrument, welcher im Folgenden kurz vorgestellt wird:

Der Fragebogen besteht aus 56 Items, die drei Gruppen zugeordnet werden können:

1. objektive (=contextual) Items (15 Items): potentiell auch durch andere Personen verifizierbar
2. subjektive (=perceptual) Items (41 Items): nur von Befragtem beantwortbar

Bei einer Zusatzfrage (=individual specific) soll die befragte Person die 5 wichtigsten Items herausstellen und die 5 Items, die durch bessere ersetzt werden sollten.

Befragt werden mit diesem Fragebogen Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren hinsichtlich 4 Lebensbereiche:

1. **eigene Persönlichkeit** (= „self“): beinhaltet Fragen zur Selbständigkeit („being oneself“), Selbstvertrauen („belief in self“), psychischer („mental health“) und physischer Gesundheitszustand („physical health“) und dem Glauben („spirituality“)
2. **soziale Beziehungen zu anderen Menschen** (= „relationship“): fragt das Verhältnis zu anderen Kindern/Jugendlichen ab: Unterstützung durch Erwachsene („adult support“), Sorge des Befragten für andere („caring for others“), familiäre Beziehungen („family relations“), Freiheit („freedom“), Freundschaften („friendships“), Verhältnis zu anderen Gleichaltrigen („peer relations“), Teilnahme an Aktivitäten („participation“).
3. **Umfeld** (= „environment“): fragt die Möglichkeiten bzw. Einschränkungen im sozialen und kulturellen Umfeld des Kindes ab: Beschäftigung und Aktivitäten („engagement and activities“), Erziehung („good education“), Nachbarschaft („liking neighbourhood“), finanzielle Situation der Familie („monetary resources“), persönliche Sicherheit („personal safety“), Sichtweise der Zukunft („view of future“).

4. **Allgemeine Lebensqualität** (=„general health/quality of life“): fragt die globale Zufriedenheit mit dem eigenen Leben ab: Lebensfreude („enjoying life“), Lebenszufriedenheit („being satisfied with one’s life“), Lebenswert („feeling life is worthwhile“).

Ein Summe der subjektiven Einschätzung aller 4 Bereiche („Total percetual Score“) errechnet sich aus 14 subjektiven („percetual“) Items im Bereich eigene Persönlichkeit (= „self“), aus 14 Items im Bereich der Beziehungen (= „relationship“), aus 10 Items im Bereich des Umfeldes (= „environment“) und schließlich 3 Items aus der Einschätzung der allgemeine Lebensqualität (=„general health/quality of life“)

Um die auch diese Studienergebnisse besser mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit vergleichen zu können, wird versucht, den einzelnen Bereichen des YQOL-R ein korrespondierendes Item des ILKs zu zuordnen:

Tab. E2: Darstellung der einzelnen CHQ-Items mit deren Bedeutung und den korrespondierenden ILK-Items:

YQOL-R	Bedeutung	Korrespondierendes ILK-Item
Self	Eigene Persönlichkeit	psychische Gesundheit =„Nerven/Laune“
Relationship	Soziale Beziehungen zu anderen Menschen, vorwiegend Kindern	Soziale Kontakte zu anderen Kindern = „andere Kinder“*
Environment	Umfeld	-
General health/quality of life	Allgemeine Gesamteinschätzung der körperlichen Gesundheit und der Lebensqualität	Körperliche Gesund. = „Gesundheit“ ev. Globaleinschätzung „Alles zusammen“
Total percetual Score	Gesamtwahrnehmung : Summe der subjektiven Einschätzung aller 4 Bereiche	-

* teilweise korrespondiert auch der familiäre Bereich „ILK-Familie“ mit dem YQOL-R-Score „Relationship“

c) Der PedsQL 4.0

In weiteren drei Studien wurde der von Varni et al. (1999) entwickelte Fragebogen PedsQL 4.0 (=Pediatric Quality of Life Inventory) als Erhebungsinstrument benutzt, um sowohl Angaben des Kindes (PedsQL 4.0: Child report; Selbstbeurteilung), als auch Angaben der Eltern (PedsQL 4.0 parent report; Fremdbeurteilung) zu erhalten: Pongwilairat et al. (2005), Bastiaansen/Koot/Ferdinand/Verhulst (2004), Bastiaansen/Varni/Verhulst et al. (2004). Dabei werden 23 Items abgefragt und in vier verschiedenen „Multidimensional Scales“ eingeteilt:

1. Physical Functioning (8 Items)
2. Emotional Functioning (5 Items)
3. Social Functioning (5 Items)
4. School Functioning (5 Items)

Die Antwortskala reicht von 0= nie Probleme bis 4=immer Probleme. Die Messwerte der einzelnen Items werden auf eine 0-100 Skala transformiert, wobei höhere Skalenwerte auch eine höhere Lebensqualität darstellen.

Die oben vorgestellten 4 Lebensbereiche werden im Folgenden genauer dargestellt:

1. **körperlicher Gesundheitszustand („Physical Functioning“):** hier beziehen sich die 8 Fragen auf die physische Gesundheit, in wie weit der Befragte Probleme beim Laufen, Rennen, leichten körperlichen Arbeiten, Heben oder beim Sport hat. Außerdem wird nach Schwierigkeiten bei der Körperhygiene (beim Duschen bzw. Baden) und nach generellen Schmerzen gefragt. Zusätzlich wird nach der Stärke der Antriebslosigkeit gefragt.
2. **psychischer Gesundheitszustand („Emotional Functioning“):** Die hier gestellten Fragen beziehen sich auf den emotionalen Bereich und zwar inwiefern das Kind sich traurig, ängstlich, verwirrt, wütend fühlt. Zusätzlich sollen die Sorgen eingeschätzt werden, was die Zukunft mit sich bringt (=mit ihm/ihr zukünftig passiert).

3. **Soziale Kontakte zu anderen Kindern („Social Functioning“):** Diese Items beziehen sich auf die sozialen Kontakte zu anderen Kindern, nämlich ob das Kind gut mit anderen Kindern auskommt, diese gerne dessen Freunde sind, von anderen Kindern oft geärgert/gehänselt wird oder ebenso Dinge tun kann, die von gleichaltrigen Kindern ausgeführt werden können. Die letzte Frage bezieht sich auf die Konstanz (=Durchhaltefähigkeit) des Kindes beim Spielen mit anderen Kindern.

4. **schulischer Bereich („School Functioning“):** Diese 5 Fragen beziehen sich auf die Aufmerksamkeit des Kindes in der Klasse, wie häufig zum Beispiel Dinge vergessen werden, wie gut das Kind im Unterricht folgen kann und wie oft das Kind aus Unwohlsein oder aufgrund von Arzt- bzw. Krankenhausbesuchen der Schule fernbleibt.

Aus diesen vier Multidimensional-Scales ergeben sich 3 Summen-Scores:

- der *Total-Scale-Score* umfasst alle 23 Items
- der *Physical-Health-Summary-Score* beinhalten die 8 Items des Bereiches „Physical Functioning“ (siehe 1.)
- der Summenscore oder *Psychosocial-Health-Summary-Score* fasst alle anderen 3 Bereiche (siehe 2.-4.), wobei alle 15 Items Berücksichtigung finden

Um auch die Ergebnisse der Studien, die mit dem PedsQL erhoben wurden mit unseren Ergebnissen vergleichen zu können, wird versucht, den einzelnen Bereichen des PedsQL ein korrespondierendes Item des ILKs zu zuordnen:

Tab. E3: Darstellung der einzelnen PedsQL-Items mit deren Bedeutung und den korrespondierenden ILK-Items:

PedsQL	Bedeutung	Korrespondierendes ILK-Item
Total-Scale-Score	Gesamtbeurteilung, umfasst die Bereiche 1-4	Gesamteinschätzung = „Alles zusammen“
Psychosocial- Health-Summary-Score	Psychosoziale Einschätzung, umfasst die Bereiche 2-4	-
Physical Functioning	körperlicher Gesundheitszustand (1. Bereich)	Körperliche Gesundheit = „Gesundheit“
Emotional functioning	Emotionaler Gesundheitszustand (2. Bereich)	Psychische Gesundheit = „Nerven/Laune“
Social functioning	Soziale Kontakte zu anderen Kindern (3. Bereich)	Soziale Kontakte zu anderen Kindern = „andere Kinder“
School functioning	Schulischer Bereich (4. Bereich)	Schulischer Bereich = „Schule“

Zusammenfassung:

Bei der Darstellung der einzelnen Fragebögen fällt auf, dass sich nicht alle angegebenen und untersuchten Bereiche entsprechend einem ILK-Item zuordnen lassen. Am meisten Übereinstimmungen mit dem ILK werden beim PedsQL festgestellt, ebenso lassen sich die überwiegende Anzahl der Scores des YQOL-R auch einem ILK-Item zuordnen. Beim CHQ-PF50 können durch seine sehr spezifischen Fragestellungen in den einzelnen Bereichen die ILK-Items zur bedingt zugeordnet werden.

Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren Damen/Herren in Marburg:

Aumüller, Austermann, Bach, Bruchmann, Cetin, Coca, Daut, Dibbets, Feuser, Flores de Jacoby, Folz, Gente, Gloerfeld, Hasilik, Herzum, Höfken, Holzheidt, Jungclas, Kern, Koolman, Lammel, Lehmann, Lotzmann, Mengel, Mittag, Moll, Pieper, Radsack, Ramaswami, Seitz, Stachniss, Stelzel, Stoll, Sundermeier, Umstadt, Weihe, Wenz, Werner, Westermann

Danksagung

Meinen besonderen Dank möchte ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. F. Mattejat, für die Überlassung des Themas und die Möglichkeit, diese Dissertation anzufertigen, aussprechen. Mein Dank gilt vor allem der hervorragenden Betreuung während dieser Arbeit, bei der er mich auf stets nette und humorvolle Art und Weise hinsichtlich der Durchführung und Auswertung der Arbeit unterstützt hat.

Meiner Freundin Sylvie danke ich von Herzen für ihre Aufopferungsbereitschaft und die Unterstützung, sowohl während der Auswertungszeit, als auch während der arbeitsintensiven Schlussphase dieser Arbeit.

Auch meinen Eltern möchte ich für die Schaffung der Rahmenbedingungen und der Unterstützung während der gesamten Zeit, die für die Erstellung dieser Arbeit nötig war, herzlich danken. Ebenso hat mein Bruder Lutz in dankenswerter Weise diese Arbeit korrekturgelesen.

Patrick Ehnis und Maria Trosse sowie den Damen und Herren Bachmann, Michalke und Nass aus der Arbeitsgruppe Lebensqualität und Herrn König danke ich für die großartige Unterstützung und Hilfestellung vor allem bei statistischen Fragen und Fragen zu Anwendungen mit SPSS®.

Mein besonderer Dank innerhalb der Arbeitsgruppe gilt Frau John, die mir bei den Korrekturarbeiten mit vielen guten Ideen zur Seite stand.

Desgleichen möchte ich mich auch sehr herzlich bei meinem Bbr. Bodo Pfaff bedanken, durch dessen technisches Know-How und Ideenreichtum so manche Schwierigkeiten behoben werden konnte.

Die gesamte Durchführung wäre ohne meinen besten Freund Nikolai in dieser Form nicht möglich gewesen. Bei ihm bedanke ich für die überaus kollegiale Zusammenarbeit bei der Datenerhebung und Auswertung. Viele Probleme, die sich während der Auswertung und Erstellung ergaben, fanden durch sein Fachwissen eine schnelle und adäquate Lösung. Auch über eine weite Entfernung hinweg war und ist sein unkompliziertes, fröhliches Wesen und Teamgeist Erfolgsgrundlage dieser Arbeit und darüber hinaus.